



**prevoyance
collective**

**NOTICE D'INFORMATION
FRAIS D'OBSÈQUES**

Prévoyance

unmi

MUTUELLEMENT PLUS FORTS



SOMMAIRE

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS.....	4
ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT.....	4
ARTICLE 3 - CONDITIONS D'ADHÉSION AU CONTRAT.....	4
ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET, DURÉE ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION AU CONTRAT	4
ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET ET CESSATION DE LA GARANTIE	5
ARTICLE 6 - OBJET DE LA GARANTIE	5
ARTICLE 7 - PORTABILITÉ DES DROITS	5
7.1 - Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail	5
7.2 - Prise d'effet des garanties	5
7.3 - Cessation du maintien des garanties	5
7.4 - Financement.....	5
ARTICLE 8 - BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE	6
ARTICLE 9 - REVALORISATION DE LA PRESTATION	6
ARTICLE 10 - MODALITÉS DE VERSEMENT DE LA PRESTATION	6
10.1 - Formalités	6
10.2 - Délai de versement	6
ARTICLE 11 - CONTRATS EN DÉSHÉRENCE	7
ARTICLE 12 - EXCLUSIONS.....	7
ARTICLE 13 - COTISATION.....	7
13.1 - Montant et paiement de la cotisation	7
13.2 - Paiement des cotisations	7
13.3 - Révision de la cotisation	7
13.4 - Indexation des cotisations	7
13.5 - Défaut de paiement des cotisations	7
ARTICLE 14 - PRESCRIPTION	8
ARTICLE 15 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS.....	8
15.1 - Recueil des informations	8
15.2 - Conservation et portabilité des données.....	8
15.3 - Droits de l'assuré.....	8
ARTICLE 16 - RÉCLAMATION - MÉDIATION	9
ARTICLE 17 - DROIT APPLICABLE - LITIGES.....	9
ARTICLE 18 - ORGANISME DE CONTRÔLE	9
ANNEXES	
I - GARANTIE	10
II - COTISATION	10



La présente notice d'information a pour objet de définir les droits et obligations découlant du contrat collectif à adhésion obligatoire « Frais d'obsèques » souscrit par So'Lyon Mutuelle auprès de l'UNMI. Elle définit les garanties assurées par l'UNMI, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Elle indique également le contenu des clauses édictant les nullités, les exclusions de garanties ainsi que les délais de prescription.

Le présent document est obligatoirement remis à l'adhésion par So'Lyon Mutuelle à chaque Membre participant. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, la Mutuelle est tenue de les informer en leur remettant une nouvelle notice d'information établie à cet effet par l'Assureur.

Article 1 - Définitions

Accident : Toute atteinte corporelle résultant d'un choc direct, violent, soudain et imprévu provoqué par un agent extérieur à l'Assuré.

Le suicide, la tentative de suicide, l'infarctus du myocarde, les affections coronariennes, les pathologies soudaines, les affections dues à un choc émotif ou à un surmenage, ne sont pas considérés comme des accidents.

En outre, ne sont pas considérées comme d'origine accidentelle les altérations ou lésions de la colonne vertébrale consécutives à un effort (sciatalgies, lombalgies, dorsalgies, cervicalgies etc.).

Accident de la circulation : Toute atteinte corporelle résultant d'un choc direct, violent, soudain et imprévu dont l'Assuré est victime au cours d'un trajet sur la voie publique ou privée, du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton ou à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau lorsque l'accident affecte le moyen de transport public ou privé utilisé.

Adhérent : Personne morale, membre de la Mutuelle qui adhère au Contrat et qui s'engage à payer les cotisations pour l'ensemble des Assurés.

Année civile : Période du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Assuré : En application du Contrat, il faut entendre par Assuré la personne physique :

- Membre participant de la Mutuelle, salarié de l'Adhérent, couvert par un contrat d'assurance complémentaire santé assuré par la Mutuelle ;
- Les anciens salariés de l'Adhérent ayant souscrit auprès de la Mutuelle un contrat collectif conformément aux dispositions des articles L.221-2.III.1e et L.221-2.III.2e du Code de la Mutualité et affiliés au contrat collectif précité au titre du maintien de garanties résultant du dispositif de portabilité de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Assureur : **Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle (UNMI)**, union soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 50 avenue Daumesnil 75012 Paris.

Bénéficiaire : Le capital obsèques forfaitaire est versé à la personne qui s'est acquittée des frais d'obsèques à hauteur des frais engagés. Le solde éventuel après financement des frais d'obsèques est versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) par l'Assuré conformément

à l'article 8 « Bénéficiaires de la garantie ».

Concubin : Personne vivant en concubinage avec le Membre participant au moment du décès. La définition du concubinage est celle retenue par l'article 515-8 du Code civil. De plus, le concubinage doit avoir été notoire et permanent pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au décès. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

Conjoint : Personne avec laquelle le Membre participant est marié, non divorcé, ni séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut, personne avec laquelle le Membre participant est lié par un pacte civil de solidarité (PACS) conformément à l'article 515-1 du Code civil.

Contrat : Contrat d'assurance de frais d'obsèques souscrit par So'Lyon Mutuelle auprès de l'UNMI.

Membre participant : Personne physique, salariée de l'Adhérent membre de la Mutuelle, qui bénéficie des garanties en raison de son affiliation au Contrat.

Mutuelle : **So'Lyon Mutuelle**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 779 846 849, dont le siège social est situé 28 Rue Narcisse Bertholey, 69600 Oullins

Article 2 - Objet du Contrat

Le Contrat est un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire, au sens de l'article L.221-3 du Code de la mutualité souscrit par la Mutuelle au profit de ses Membres participants.

L'objet du Contrat est de garantir le versement d'une allocation forfaitaire permettant de financer tout ou partie des frais d'obsèques en cas de décès de l'Assuré survenu pendant la période de garantie.

Article 3 - Conditions d'adhésion au Contrat

Le Contrat est proposé en inclusion des contrats d'assurance complémentaire santé de la Mutuelle.

L'affiliation au Contrat est obligatoire pour les salariés des Entreprises adhérentes.

Article 4 - Prise d'effet, durée et résiliation de l'adhésion au Contrat

L'adhésion au Contrat prend effet concomitamment à la prise d'effet du contrat d'assurance complémentaire santé de la Mutuelle. **L'adhésion au Contrat est annuelle et se renouvelle simultanément au contrat d'assurance complémentaire santé.**

L'adhésion au Contrat prend fin :

- A la date de radiation, d'exclusion ou de démission du Membre participant au contrat d'assurance complémentaire santé de la Mutuelle ;
- A la date de résiliation ou cessation du contrat d'assurance complémentaire santé de la Mutuelle ;
- A la date indiquée sur la lettre recommandée en cas de défaut de paiement des cotisations, conformément à l'article 13.5 « Défaut de paiement des cotisations » ;
- En tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du Contrat conclu entre les Parties.

La résiliation de l'adhésion au Contrat met fin à la garantie.



Article 5 - Prise d'effet et cessation de la garantie

La garantie prend effet, pour l'Assuré :

- Soit à la date de prise d'effet de l'adhésion au Contrat si le Membre participant fait partie de la catégorie de personnel à assurer ;
- Soit à la date d'entrée du Membre participant dans la catégorie de personnel à assurer, postérieurement à la date d'effet de l'adhésion au Contrat.

La garantie prend fin pour l'Assuré :

- Au jour de son décès ;
- Au jour où le Membre participant n'appartient plus aux effectifs de l'Adhérent, sous réserve du maintien des garanties ;
- Au jour de la perte de sa qualité de membre de la Mutuelle ;
- A la date de fin du Contrat, dans les cas prévus à l'article 4 « Prise d'effet, durée et résiliation de l'adhésion au Contrat ».

Article 6 - Objet de la garantie

L'Assureur garantit en cas de décès de l'Assuré, le versement d'une allocation forfaitaire, limitée aux frais réels acquittés, dans la limite du plafond prévu selon la formule du contrat santé souscrite, à la(les) personne(s) physique(s) ou à l'entreprise de pompes funèbres ayant acquitté les frais d'obsèques. Le solde éventuel du capital obsèques après paiement de l'intégralité des frais d'obsèques engagés est versé au(x) Bénéficiaire(s) conformément aux modalités prévues à l'article 8 « Bénéficiaires de la garantie ».

Le montant de l'allocation forfaitaire est exprimé en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) et varie en fonction de l'option du contrat d'assurance complémentaire santé souscrite.

Le montant de l'allocation forfaitaire est défini à l'annexe 1 de la Notice d'information.

L'option choisie peut être remise en cause annuellement par notification à la Mutuelle avant le 1^{er} novembre par l'Adhérent.

Article 7 - Portabilité des droits

7.1 - Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail

Les garanties sont maintenues aux anciens salariés lorsque les droits à couverture complémentaire ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail et lorsque la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde.

La portabilité est subordonnée à la prise en charge de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage. Celui-ci devra donc faire parvenir à l'Assureur tout justificatif de son inscription au Pôle Emploi et de cette prise en charge, dans les meilleurs délais suivant la cessation de son contrat de travail. L'Assureur se réserve le droit de demander à l'ancien salarié tout justificatif de sa situation au regard de l'assurance chômage. A défaut de réception de ce document par l'Assureur, la portabilité cessera immédiatement. Toute prestation indûment versée par l'Assureur fera l'objet d'une procédure de répétition de l'indu.

La durée du maintien est égale à la période d'indemnisation du régime d'assurance chômage, dans

la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur pour l'Adhérent au Contrat, les éventuelles modifications de garanties du Contrat, tant à la hausse qu'à la baisse, sont donc applicables à l'ancien salarié.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues pour la même période.

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier. L'Adhérent doit informer l'Assureur de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à portabilité, et notamment attester de la durée du ou des dernier(s) contrat(s) de travail permettant de définir la durée maximale des droits. À cet effet, l'Assureur peut mettre en place un formulaire de déclaration nominative. En cas de fausse déclaration sur les conditions à remplir pour bénéficier du dispositif de portabilité, la garantie accordée par l'Assureur est nulle.

7.2 - Prise d'effet des garanties

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la rupture du contrat de travail du salarié, sous réserve du paiement de la totalité de la cotisation afférente par l'Adhérent et à condition que l'ancien salarié remplisse l'ensemble des conditions cumulatives suivantes :

- Rupture ou cessation du contrat de travail de quelle que nature que ce soit, à l'exclusion du licenciement pour faute lourde ;
- L'intéressé bénéficie d'un droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage du fait de cette rupture ;
- Le contrat de travail a duré un mois minimum ;
- L'ensemble des conditions d'affiliation au Contrat est respecté.

7.3 - Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- Cessation du versement des allocations chômage, quel qu'en soit le motif (reprise d'activité professionnelle, prise d'effet de la retraite Sécurité sociale, radiation des listes de Pôle Emploi, décès) ;
- Expiration de la période de droits à laquelle peut prétendre l'ancien salarié ;
- Résiliation du Contrat.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de droit à maintien.

L'Adhérent s'engage à informer sans délai l'Assureur de tout événement dont il aurait connaissance ayant pour conséquence de mettre fin de façon anticipée à la période de maintien des garanties.

7.4 - Financement

Le financement du dispositif de portabilité est inclus dans la cotisation des salariés en activité (part



patronale et part salariale).

Article 8 - Bénéficiaires de la garantie

Le capital obsèques est versé, sur présentation des justificatifs et à hauteur des frais engagés, à la (aux) personne(s) physique(s) ou à l'entreprise de pompes funèbres ayant pris en charge les frais obsèques de l'Assuré.

Pour le solde éventuel restant, l'Assuré désigne le(s) Bénéficiaire(s) de son choix lors de l'Affiliation à l'aide du formulaire « *Désignation de Bénéficiaire(s)* » remis par l'Assureur, ou, ultérieurement par voie d'avenant conformément à l'article L. 223-10 du Code de la mutualité. La désignation de Bénéficiaire(s) peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

L'Assuré peut choisir de désigner le(s) Bénéficiaire(s) par le biais, soit de la clause nominative, soit de la clause standard suivante : « *A mon Conjoint survivant ; à défaut, à mes enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés ; à défaut, à mes ascendants ; à défaut, à mes héritiers* ».

Le Concubin n'est pas assimilé au Conjoint pour le bénéfice du solde éventuel du capital obsèques. Par conséquent, si l'Assuré souhaite affecter le bénéfice de son capital obsèques à son Concubin, il devra le faire en effectuant une désignation expresse.

En cas de désignation multiple et à défaut de précision, le capital dû est réparti par parts égales entre les Bénéficiaires désignés. L'Assuré peut modifier la désignation effectuée lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Toute nouvelle désignation annule et remplace la désignation antérieure. Afin de permettre la recherche du Bénéficiaire désigné nominativement, l'Assuré doit indiquer les coordonnées de chaque Bénéficiaire (nom, prénom, code postal de naissance, lien existant avec l'Assuré etc.).

A défaut de désignation nominative de Bénéficiaire, le capital est versé en application de la clause standard.

En présence d'un Bénéficiaire acceptant, sa désignation devient irrévocable pendant la durée de l'affiliation au Contrat et son accord sera nécessaire pour modifier la clause bénéficiaire établie. L'acceptation ne peut intervenir que 30 jours au moins à compter du moment où le stipulant est informé de l'affiliation au Contrat. L'acceptation est faite par un acte authentique ou sous seing privé signé du stipulant et du Bénéficiaire.

Lorsque le Bénéficiaire est un opérateur de prestations funéraires, il ne peut en aucun cas être acceptant.

Le montant de la prestation ne peut, en aucun cas, excéder les frais réellement engagés. L'éventuel différentiel sera réparti entre les autres Bénéficiaires, nommément désignés ou, à défaut de désignation nominative, entre les autres Bénéficiaires déterminés selon la clause standard.

Article 9 - Revalorisation de la prestation

L'Assureur revalorise l'allocation obsèques garantie, à compter du décès de l'Assuré jusqu'à la réception des pièces nécessaires pour le versement de celle-ci ou, jusqu'à son dépôt à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 223-25-4 du Code de la mutualité.

La revalorisation de cette prestation est calculée sur la base d'un taux d'intérêt, net de frais, égal pour chaque année civile, au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts (TME) de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts (TME) de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Article 10 - Modalités de versement de la prestation

10.1 - Formalités

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des documents justificatifs cités ci-dessous, dans un délai maximum de 6 mois suivant la date du décès, sous peine de déchéance des droits à indemnisation dans les conditions prévues à l'article L. 221-16 du Code de mutualité.

Le capital est versé au Bénéficiaire en une seule fois dans un délai d'un mois à réception du dossier complet comportant les pièces justificatives suivantes :

- Facture des frais d'obsèques ;
- Copie de la carte d'identité du ou des Bénéficiaires(s) ;
- Relevé d'Identité Bancaire du ou des Bénéficiaire(s) ;
- Acte de décès de l'Assuré ;
- Certificat médical à destination du médecin conseil de l'Assureur précisant la cause du décès ;
- En cas d'Accident corporel ou d'un Accident de la circulation : un procès-verbal de gendarmerie ou rapport de police ;
- Le cas échéant le Bénéficiaire apporte la preuve de la relation directe entre l'Accident et le décès ;
- Pour tout Bénéficiaire nécessitant de prouver un lien de parenté avec l'Assuré : Copie intégrale du livret de famille ;
- Pour tout Bénéficiaire nécessitant de prouver un lien de parenté avec l'Assuré : Acte de naissance de l'Assuré et de chaque Bénéficiaire ;
- Si le Bénéficiaire est le Conjoint : Attestation sur l'honneur de non séparation et de non divorce ;
- Si le Bénéficiaire est le Concubin : Déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (quittance loyer d'électricité, téléphone aux noms des Concubins) ;
- Si le Bénéficiaire est un Enfant : Délibération du conseil de famille lorsque l'Enfant est mineur et non placé sous l'administration légale du Conjoint ou du Concubin survivant ;
- Si le Bénéficiaire est un héritier : Acte de notoriété ou attestation dévolutive successorale.

La Mutuelle qui bénéficie d'une délégation de gestion du Contrat, se réserve la possibilité de demander toutes autres pièces nécessaires au traitement du dossier.

La demande de prestation ainsi que les pièces justificatives ci-après définies doivent être envoyées, par écrit, à l'adresse suivante :

SO LYON MUTUELLE
UG64 - TSA 81938 -
92894 Nanterre Cedex 9



10.2 - Délai de versement

L'Assureur et par délégation, la Mutuelle, dispose d'un délai de quinze jours, après réception de l'avis de décès et prise de connaissance des coordonnées du/des Bénéficiaire(s) de la prestation pour demander au(x) Bénéficiaire(s) de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement de la prestation.

Au-delà du délai de quinze jours, le capital produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant un mois puis, à l'expiration de ce délai d'un mois, au triple du taux légal.

L'allocation obsèques, et le cas échéant le reliquat, est versé(e) à réception des pièces justificatives dans un délai d'un mois.

Au-delà du délai d'un mois à compter de la réception des pièces, la prestation non versée produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal. Si, au-delà du délai de quinze jours mentionnés au premier alinéa, l'Assureur et par délégation, la Mutuelle, a omis de demander au(x) Bénéficiaire(s) l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement d'un mois.

Article 11 - Contrats en déshérence

Les sommes dues au(x) Bénéficiaire(s) qui ne font pas l'objet d'une demande de versement, sont déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par l'Assureur et la Mutuelle, du décès de l'Assuré. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai. Six mois avant l'expiration du délai de dix ans précité, l'Assureur informe les Bénéficiaires du Contrat, par tout moyen, de la mise en œuvre des présentes dispositions. A défaut de réclamation auprès de la Caisse des dépôts et consignations par leur(s) Bénéficiaire(s), ces sommes sont définitivement acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans.

Article 12 - Exclusions

Ne sont pas garantis les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences :

- Meurtre de l'Assuré par l'un des bénéficiaires dès lors qu'il a été condamné. Toutefois, les garanties restent acquises à l'égard des autres bénéficiaires ;
- Faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré ou les bénéficiaires ;
- Guerres civiles ou étrangères, attentats, émeutes, insurrections, actes de terrorisme, dès lors que l'Assuré y prend part ;
- Bagarres, rixes sauf cas de légitime défense ou de force majeure ;
- Démonstrations, acrobaties, raids, compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ;
- Vols sur des appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas une licence ou un brevet valide ;
- Vols sur « ailes volantes », ULM et pratique de para - pente ;
- Conduite d'engins à moteur sans permis lorsque celui-ci est obligatoire ;

- Manipulation d'explosifs, travaux souterrains ou sous-marins ;
- Effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome ;
- Les risques survenus dans les régions et pays formellement déconseillés par le Ministère des affaires étrangères ;
- En cas d'imprégnation alcoolique (taux supérieur ou égal au taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement sanctionné dans le Code de la route au jour du sinistre), d'alcoolisation aiguë ou d'éthylisme chronique ou en cas d'usage abusif de stupéfiants ou de médicaments sans prescription médicale.

Article 13 - Cotisation

13.1 - Montant et paiement de la cotisation

La cotisation est mensuelle et payable d'avance par l'Adhérent à la Mutuelle.

La cotisation est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) et varie selon l'option du contrat complémentaire santé souscrite.

Le montant de la cotisation, par Assuré, est défini à l'annexe 2 de la Notice d'information.

13.2 - Paiement des cotisations

La Mutuelle se charge elle-même de l'appel des cotisations et de leur reversement à l'UNMI.

13.3 - Révision de la cotisation

Les cotisations peuvent être révisées au 1^{er} janvier de chaque exercice civil. L'UNMI notifie la révision des cotisations à la Mutuelle, au plus tard le 30 septembre de l'année précédant la date d'application de la modification envisagée, soit par lettre recommandée avec avis de réception soit en mains propres. A défaut de désaccord exprimé avant le 31 octobre, la Mutuelle est réputée avoir accepté la révision des cotisations. Dans ce cas, l'UNMI le notifie à la Mutuelle, laquelle en informe les Adhérents.

En cas de désaccord, la Mutuelle doit en aviser l'UNMI par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Ce refus entraîne la résiliation du Contrat à effet au 31 décembre de la même année.

13.4 - Indexation des cotisations

Les cotisations sont indexées le 1^{er} janvier de chaque année sur la dernière évolution du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

13.5 - Défaut de paiement des cotisations

Lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'Assureur d'appliquer des majorations de retard et de poursuivre en justice l'exécution du Contrat, la garantie pourra être suspendue trente jours après la mise en demeure de la Mutuelle.

Dans la lettre de mise en demeure qu'il adresse à la Mutuelle, l'Assureur l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

L'Adhérent est informé qu'à l'expiration du délai de trente jours le défaut de paiement de la cotisation par



la Mutuelle est susceptible d'entraîner la résiliation du Contrat, et de fait son adhésion, sauf s'il entreprend de se substituer à la Mutuelle pour le paiement des cotisations.

L'Assureur a le droit de résilier le Contrat dix jours après le délai de trente jours mentionnés ci-dessus.

Le Contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 14 - Prescription

Conformément à l'article L.221-11 du code de la mutualité :

« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui lui 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 ou l'union 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 participant, 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du code de la mutualité, 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.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre participant ».

Conformément à l'article L.221-12 du code de la mutualité :

« 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 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 ».

Conformément à l'article L.221-12-1 du code de la mutualité :

« 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. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- L'action en justice (même en référé, ou devant une juridiction incompétente ou encore quand l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure) ;
- L'acte d'exécution forcée ;
- La reconnaissance des droits du créancier.

La prescription constitue une fin de non-recevoir (article 122 du code de procédure civile) à une action judiciaire et elle peut être soulevée à tous les stades de la procédure (article 123 du code de procédure civile), et même pour la première fois en appel.

La prescription permet au Membre participant ou à la Mutuelle de se libérer de leurs obligations.

Article 15 - Informatique et libertés

15.1 - Recueil des informations

Les informations recueillies auprès des Assurés ou Bénéficiaires sont strictement nécessaires à la gestion des garanties prévues au contrat d'assurance. Ces informations sont indispensables à la gestion des dites garanties et au paiement des prestations qui en découleraient en cas de sinistre.

Ces données sont également collectées et traitées au titre de l'exercice du recours à la gestion des réclamations et du contentieux.

Les informations recueillies permettront l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude ou à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

15.2 - Conservation et portabilité des données

Les données seront conservées pendant toute la durée du contrat d'assurance et au maximum pendant 10 ans après sa résiliation (en effet la durée de conservation des données est liée à celle de la prescription des garanties souscrites ou de celle de la transmission des capitaux décès à la caisse des dépôts et consignations).

Les destinataires des données des Assurés ou Bénéficiaires peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités du traitement : les personnels de l'Assureur, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, et les souscripteurs du Contrat mais uniquement dans le cadre strict de la gestion et de l'exécution du contrat d'assurance.

Lors de la résiliation du contrat d'assurance, l'Assuré pourra demander à l'organisme assureur quitté, la portabilité des données collectées auprès du nouvel assureur dans les conditions prévues par la législation.

15.3 - Droits de l'assuré

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016, l'Assuré ainsi que toute personne concernée bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations les concernant. Ces personnes peuvent également,



pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de ces données. Toutefois, les données indispensables à la gestion du contrat d'assurance telles que celles nécessaires à l'appel des cotisations et au paiement des prestations ne pourront donner lieu à suppression.

Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits en adressant leur demande aux coordonnées suivantes :

- Par mail : protection.donnees@solyon-mutuelle.fr
- Ou par courrier : So'Lyon Mutuelle - DPO - 28 Rue Narcisse Bertholey, 69600 Oullins

Les Assurés et Bénéficiaires disposent également d'un droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle compétente, la CNIL (www.cnil.fr).

Les personnes concernées disposent de la faculté de contacter le délégué à la protection des données aux coordonnées suivantes :

Par email à : protection.donnees@solyon-mutuelle.fr

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à l'Assuré ou, le cas échéant, aux ayants droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique.

Conformément à l'article L. 223-2 du Code de la consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des Assurés ou des Bénéficiaires des données téléphoniques, il est rappelé qu'ils disposent d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur le site : www.bloctel.gouv.fr.

Article 16 - Réclamation - Médiation

En cas de désaccord concernant l'exécution des dispositions afférentes au Contrat, l'Assuré ou toute autre personne doit faire valoir sa contestation par écrit à l'adresse suivante :

SO LYON MUTUELLE
UG64 - TSA 81938 -
92894 Nanterre Cedex 9

La Mutuelle en accusera réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables suivant sa date d'envoi (sauf si elle a pu apporter une réponse avant) et traitera la réclamation dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de son envoi, sauf circonstances exceptionnelles qui seraient alors exposées à l'intéressé.

L'Assuré ou toute autre personne peut saisir, en langue française uniquement, le médiateur de la Mutualité Française :

- Soit par courrier à :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 RUE DE VAUGIRARD
75719 PARIS CEDEX 15

- Soit par voie électronique sur le site du médiateur : www.mediateur-mutualite.fr

La proposition du médiateur ne préjuge pas des droits du réclamant et de l'Assuré d'intenter une action en justice.

En application de l'article 2238 du Code civil, ce recours à la médiation suspend le délai de prescription.

Article 17 - Droit applicable - Litiges

Le Contrat sera régi et interprété conformément au droit français.

Article 18 - Organisme de contrôle

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution 4 Place de Budapest 75436 PARIS Cedex 09. Annexe 1



GARANTIE

Montant de la garantie

Formule du contrat collectif santé	Montant de l'allocation (en % du PMSS)
Option 1	100%
Option 2	200%
Option 3	300%

ANNEXE 2 COTISATION

Montant de la cotisation

Formule du contrat collectif santé	Montant de l'allocation (en % du PMSS)	Taux de la cotisation mensuelle par Assuré (en % du PMSS)
Option 1	100%	0,14%
Option 2	200%	0,27%
Option 3	300%	0,41%

PRÉVOYANCE

