

PARTICULIERS



prevoyance
collective

NOTICE D'INFORMATION

Prévoyance

Mipss

La mutuelle de la Sécurité
Auvergne

unmi

MUTUELLEMENT PLUS FORTS



prévoyance collective

« GARANTIE DECES » EST UN CONTRAT DE PRÉVOYANCE COLLECTIVE À ADHESION OBLIGATOIRE ET INDIVIDUELLE

Objet du Contrat

Le Contrat a pour objet de garantir le versement d'un capital en cas de décès de l'Assuré.

Faculté de rachat

Le Contrat ne comporte pas de faculté de rachat.

Participation aux excédents

Le Contrat ne prévoit pas de participation aux excédents.

Les frais

- Frais à l'entrée : Aucun.
- Frais en cours de vie du Contrat (Taux de commissions et de chargement) : 9% maximum intégrés dans le montant de la cotisation à payer.
- Frais de sortie : Aucun.
- Autres frais : Aucun.

Durée de l'adhésion au Contrat

La durée de l'adhésion recommandée dépend notamment de la situation patrimoniale de l'Adhérent de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur, et des caractéristiques du Contrat choisi. L'Adhérent est invité à demander conseil auprès de son Assureur.

Désignation d'un Bénéficiaire

L'Adhérent peut désigner le ou les Bénéficiaire(s) du capital décès au moment de son adhésion au Contrat ou ultérieurement en complétant un nouveau formulaire de « Désignation de Bénéficiaire(s) » ou suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. La désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le(s) Bénéficiaire(s). Les modalités de la désignation du ou des Bénéficiaire(s) sont précisées dans la Notice d'information.

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention de l'Adhérent sur certaines dispositions essentielles du Contrat. Il est important que l'Adhérent lise intégralement la Notice d'information et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer la demande d'adhésion.



SOMMAIRE

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS.....	5
ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT.....	5
ARTICLE 3 - CONDITIONS D'ADHÉSION AU CONTRAT.....	5
ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET, DURÉE ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION AU CONTRAT	5
ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET ET CESSATION DE LA GARANTIE	6
ARTICLE 6 - OBJET DE LA GARANTIE	6
ARTICLE 7 - BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE	6
ARTICLE 8 - REVALORISATION DE LA PRESTATION	6
ARTICLE 9 - MODALITÉS DE VERSEMENT DU CAPITAL DÉCÈS	6
9.1 - <i>Formalité</i>	6
9.2 - <i>Délai de versement</i>	7
ARTICLE 10 - CONTRATS EN DÉSHÉRENCE	7
ARTICLE 11 - EXCLUSIONS	7
ARTICLE 12 - COTISATION.....	7
12.1 - <i>Montant de la cotisation</i>	7
12.2 - <i>Paiement des cotisations</i>	7
12.3 - <i>Défaut de paiement des cotisations</i>	7
12.4 - <i>Révision des cotisations</i>	8
ARTICLE 13 - PRESCRIPTION	8
ARTICLE 14 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	8
14.1 - <i>Recueil des informations</i>	8
14.2 - <i>Conservation et portabilité des données</i>	8
14.3 - <i>Droits de l'assuré</i>	9
ARTICLE 15 - RÉCLAMATION - MÉDIATION.....	9
ARTICLE 16 - DROIT APPLICABLE - LITIGES.....	9
ARTICLE 17 - ORGANISME DE CONTRÔLE	9
FORMULAIRE DE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE(S).....	11



La présente notice d'information a pour objet de définir les droits et obligations découlant du contrat collectif à adhésion obligatoire « Garantie décès » souscrit par la Mutuelle MIPSS Auvergne 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 la Mutuelle MIPSS Auvergne à chaque Adhérent. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Adhérents, 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

Adhérent : Personne physique, Membre participant 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 : Il faut entendre par Assuré la personne physique :

- Membre participant de la Mutuelle, qui adhère au Contrat en remplissant et en signant le bulletin d'adhésion ;
- Conjoint, Partenaire de PACS ou Concubin du Membre participant inscrit sur le bulletin d'adhésion ;
- Enfants à charge du Membre participant âgé de plus de 12 ans et inscrit sur le bulletin d'adhésion.

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

Bénéficiaire : La (les) personnes(s) qui perçoit(ven)t les prestations en cas de réalisation du risque décès..

Concubin : Personne vivant en concubinage avec l'Assuré 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 l'Assuré est marié, non divorcé, ni séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée.

Contrat : Le contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire « Garantie Décès » souscrit par la Mutuelle MIPSS Auvergne auprès de l'UNMI.

Enfant à charge : Enfant de l'Adhérent, qu'il soit légitime, naturel, adoptif, reconnu ou recueilli :

- De 12 ans jusqu'à son 18^{ème} anniversaire, sans condition ;
- Jusqu'à son 26^{ème} anniversaire et sous condition, soit :
 - Qu'il soit considéré à charge au sens de l'administration fiscale ;
 - Qu'il poursuive des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - Qu'il soit en apprentissage ;
 - Qu'il poursuive une formation professionnelle

en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;

- Qu'il soit, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrit auprès du Pôle Emploi comme demandeur d'emploi ou stagiaire de la formation professionnelle ;
- Qu'il soit employé dans un Etablissement ou une Structure d'Aide par le Travail (ESAT) en tant que travailleur handicapé.
- Quel que soit son âge, s'il est infirme et titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant son 26^{ème} anniversaire, justifié par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé.

Membre participant : Personne physique membre de la Mutuelle qui bénéficie des garanties en raison de son adhésion au Contrat.

Mutuelle : Mutuelle Intereentreprise Personnel Sécurité Sociale (MIPSS AUVERGNE), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 779 209 469, dont le siège social est situé 5 rue Entre les Deux Villes, Immeuble CARSAT, 63036 Clermont Ferrand Cedex 9.

Partenaire de PACS : Personne avec laquelle l'Assuré est lié par un pacte civil de solidarité (PACS) conformément à l'article 515-1 du Code civil.

Article 2 - Objet du Contrat

Le Contrat « Garantie Décès » est une opération d'assurance collective à adhésion obligatoire souscrit par la Mutuelle auprès de l'UNMI.

L'objet du Contrat est de garantir le versement d'un capital en cas de décès de l'Assuré survenu pendant la période de garantie. L'Assuré doit être âgé de plus de 12 ans et ne pas bénéficier d'un régime de protection juridique (mandat spécial, curatelle, tutelle).

Le Contrat est régi par le Code de la mutualité.

Article 3 - Conditions d'adhésion au Contrat

Le Contrat collectif d'assurance « Garantie Décès » à adhésion obligatoire est proposé en inclusion des contrats d'assurance complémentaire santé de la Mutuelle.

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. 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 de l'Adhérent 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 12.3 de la Notice d'information ;
- Le 31 décembre à minuit suivant la demande de résiliation de l'adhésion par l'Adhérent notifiée au plus tard le 31 octobre de chaque année, selon son choix :
 - Soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur ;
 - Soit par acte extrajudiciaire.
- 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 chaque Assuré, 9 mois après la prise d'effet de l'adhésion et sous réserve de l'encaissement de la cotisation.

La garantie prend fin pour l'Assuré :

- Au jour de son décès ;
- Au jour de la perte de sa qualité de membre de la Mutuelle ;
- Au jour de la perte de sa qualité de Conjoint, Concubin ou Enfant à charge ;
- Au jour où le Conjoint, Concubin ou Enfant à charge perd sa qualité d'ayant droit ;
- 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 le versement d'un capital d'un montant de 1 220 euros au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'Assuré, quelle que soit son âge et le lieu du décès.

Article 7 - Bénéficiaires de la garantie

L'Assuré désigne le(s) Bénéficiaire(s) de son choix lors de l'Adhésion à l'aide du formulaire « Désignation de Bénéficiaire(s) » remis par l'Assureur, ou, ultérieurement sous réserve des dispositions prévues ci-après en cas d'acceptation du Bénéficiaire. La désignation de Bénéficiaire(s) peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

A défaut de désignation nominative de Bénéficiaire(s), le capital est versé en application de la clause standard suivante : « A mon Conjoint, non séparé de corps par jugement définitif ; à défaut à mon Concubin ou à la personne liée par un pacte civil de solidarité ; à défaut à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés ; à défaut à mes ascendants à charge (père et mère) ; à défaut à mes héritiers ».

En cas de désignation multiple et à défaut de précision de la part attribuée en %, le capital dû est réparti par parts égales entre Bénéficiaires désignés. L'Assuré peut modifier la désignation de Bénéficiaire(s)

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, le lien existant avec l'Assuré etc.), celles-ci seront utilisées par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré.

En présence d'un Bénéficiaire acceptant, sa désignation devient irrévocable pendant la durée de l'adhésion 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 l'Assuré est informé de l'adhésion au Contrat. L'acceptation est faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé de l'Assuré 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, soit nommément désignés, soit selon la dévolution prévue au Contrat.

Article 8 - Revalorisation de la prestation

L'Assureur revalorise le capital décès garanti, à compter du décès de l'Assuré jusqu'à la réception des pièces nécessaires pour le versement du capital décès ou, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 223-25-4 du Code de la mutualité.

La revalorisation du capital décès 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 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts (TME) de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Article 9 - Modalités de versement du capital décès

9.1 - Formalité

La demande de prestation doit être accompagnée des documents justificatifs suivants :

- Acte de décès original,
- Certificat médical,
- Photocopie complète du livret de famille du défunt (y compris les pages vierges),
- Photocopie recto verso de la carte d'identité du (des) Bénéficiaire(s).

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 doivent être envoyées, par écrit, à l'adresse suivante :

MIPSS Auvergne
Immeuble CARSAT
5 Rue Entre les Deux Villes
63036 CLERMONT-FERRAND CEDEX 9



9.2 - 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 de sa prise de connaissance des coordonnées du/des Bénéficiaire(s) afin de demander au(x) Bénéficiaires de la garantie décès de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement du capital décès. 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.

Le capital décès est versé 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, le capital non versé 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 10 - Contrats en déshérence

Les sommes dues au(x) Bénéficiaire(s) du capital décès, 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 du décès de l'Assuré. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Le dépôt des sommes à la Caisse des dépôts et consignations est libératoire de toute obligation pour l'Assureur. Ce caractère libératoire n'emporte cependant pas exonération de responsabilité pour les manquements commis antérieurement à ce dépôt.

Six mois avant l'expiration du délai de dix ans précité, l'Assureur informe les Bénéficiaires, par tout moyen, de la mise en œuvre des présentes dispositions.

Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations en application du présent article et qui n'ont pas été réclamées par les Bénéficiaires sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

Article 11 - Exclusions

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

- **Meurtre commis par l'un des Bénéficiaires sur la personne de l'Assuré dès lors que ce Bénéficiaire a été condamné, le Contrat produisant ses effets au profit des autres Bénéficiaires ;**
- **Faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré ou les Bénéficiaires ;**
- **Guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;**

- **Faits de guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'insurrection, d'attentat et d'acte de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active ;**
- **Démonstrations, raids, acrobaties, compétitions, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ;**
- **Vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou licence valide ;**
- **Vols sur aile volante, ULM, deltaplane, parachute ascensionnel et parapente.**

Ces exclusions n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur.

Article 12 - Cotisation

12.1 - Montant de la cotisation

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

Le montant de la cotisation est mentionné sur l'appel à cotisations. Il n'évolue pas en cours d'adhésion selon l'âge de l'Assuré.

En cas d'adhésion en cours d'exercice, la cotisation est calculée prorata-temporis. En cas de sortie entraînant la fin de l'adhésion en cours d'exercice, la cotisation est calculée prorata-temporis en mois complets avec effet le dernier jour du mois de la fin de l'adhésion.

Toute taxe qui deviendrait applicable au Contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait mise à charge de l'Adhérent et payable en même temps que la cotisation.

12.2 - Paiement des cotisations

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

12.3 - 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 précité, 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 mentionné 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.



12.4 - Révision des cotisations

Les cotisations peuvent être révisées par l'Assureur au 1^{er} janvier de chaque exercice civil. L'Assureur 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.

En cas de désaccord, la Mutuelle doit en aviser l'Assureur 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.

A défaut de désaccord exprimé avant le 31 octobre, la Mutuelle est réputée avoir accepté la révision des cotisations. La Mutuelle en informe les Adhérents.

Article 13 - Prescription

En application de l'article L.221-11 du code de la mutualité, toutes actions dérivant du règlement mutualiste sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement 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 de l'Adhérent, que du jour où l'Assureur 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 de l'Adhérent, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Assureur 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 portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le Bénéficiaire n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Adhérent décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Adhérent.

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, adressé par l'Assureur à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée ;
- La demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

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 à l'Adhérent ou à l'Assureur de se libérer de ses obligations.

Article 14 - Informatique et libertés

14.1 - 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 desdites 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.

14.2 - Conservation et portabilité des données

Les données seront conservées pendant toute la durée de l'adhésion au 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.



14.3 - 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 :

UNMI - CENTRE DE GESTION
BATIMENT B LES ORIELS
289 BOULEVARD DUHAMEL DU MONCEAU
CS 90662
45166 OLIVET CEDEX 01

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 :

- Soit par courriel à : dpo@unmi.eu
- Soit par téléphone à : 01.40.15.39.45

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 15 - Réclamation - Médiation

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

MIPSS Auvergne
Immeuble CARSAT
5 Rue Entre les Deux Villes
63036 CLERMONT-FERRAND CEDEX 9

Si le désaccord persiste, l'Assuré 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 de l'Assuré et de l'Assureur 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 16 - Droit applicable - Litiges

Le Contrat sera régi et interprété conformément au droit français.

Article 17 - Organisme de contrôle

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

PARTICULIERS

PRÉVOYANCE



MUTUELLEMENT PLUS **FORTS**