

KALIO HOSPI

Garantie individuelle

FICHE D'INFORMATION

La présente fiche est soumise aux statuts et règlement mutualiste
de France Mutuelle

FH-KH - 01/2018

SOMMAIRE

1.	La garantie Kalio Hospi	3
1.1	Objet de la garantie	3
1.2	Territorialité de la garantie	3
1.3	Adhésion à la garantie	3
1.2.1.	<i>Conditions d'adhésion</i>	3
1.2.2.	<i>Prise d'effet et durée</i>	3
1.2.3.	<i>Délais d'attente</i>	4
1.2.4.	<i>Droit de renonciation : Fourniture à distance d'opérations d'assurance et démarchage à domicile</i>	4
2.	Les prestations	5
2.1.	Montant ou taux et nature des prestations	5
2.2.	Versement des prestations	5
2.2.1.	<i>Modalités de versement</i>	5
2.2.2.	<i>Principe général des conditions de remboursement</i>	5
2.2.3.	<i>Accident</i>	6
2.2.4.	<i>Déclaration tardive des demandes de remboursement</i>	6
2.2.5.	<i>Trop versé - Gestion de l'indu</i>	6
3.	Limites et exclusions	7
3.1.	Franchise	7
3.2.	Durée de versement	7
3.3.	Limites	7
3.4.	Exclusions	7
4.	La vie de la garantie	8
4.1.	Cotisations	8
4.1.1.	<i>Paiement des cotisations</i>	8
4.1.2.	<i>Affectation et fixation des cotisations</i>	8
4.1.3.	<i>Evolution des cotisations</i>	8
4.2.	Modification de la garantie	8
4.2.1.	<i>Modification par le conseil d'administration</i>	8
4.2.2.	<i>Modification par le membre participant et changement de situation</i>	8
4.3.	Résiliation de la garantie	9
4.3.1.	<i>Résiliation par le membre participant</i>	9
4.3.2.	<i>Résiliation pour non-paiement des cotisations</i>	9
4.3.3.	<i>Résiliation de plein droit en cas de décès du membre participant</i>	9
4.4.	Nullité pour fausse déclaration	9
4.5.	Fraude à l'assurance	10
4.6.	Prescription	10
4.7.	Subrogation	10
4.8.	Traitement des réclamations et saisine du médiateur	11
4.9.	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution	11
4.10.	Informatique et Libertés	11
5.	Définitions des termes utilisés	12

1. La garantie Kalio Hospi

1.1 Objet de la garantie

La garantie Kalio Hospi souscrite à titre individuel assure au membre participant ainsi qu'à ses ayants droit inscrits sur son dossier, le versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation. Elle est indépendante des remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme.

La garantie Kalio Hospi a pour objet, en cas d'hospitalisation en France métropolitaine, d'assurer au membre participant, ainsi qu'à ses ayants droit, le versement d'une allocation journalière à hauteur du niveau d'allocations journalières hospitalisation choisi : de 10 à 50 € (par tranche de 10 €). Cette hospitalisation de plus de 72 heures doit être prise en charge par la Sécurité sociale dans la limite des exclusions énumérées à l'article 3.4.

La présente fiche d'information a pour objet d'informer le membre participant des conditions et des modalités d'entrée en vigueur de la garantie Kalio Hospi ainsi que des formalités à accomplir en cas d'exécution.

Elle correspond aux conditions générales de votre garantie. Le bulletin d'adhésion précisant le niveau d'allocation souscrit détermine les conditions spécifiques de votre garantie.

1.2 Territorialité de la garantie

Cette garantie ne s'applique pas en cas d'hospitalisation à l'étranger ou dans un département d'outre-mer. Les cotisations et prestations sont versées en euros.

1.3 Adhésion à la garantie

1.2.1. Conditions d'adhésion

Pour adhérer à la garantie Kalio Hospi, le membre participant (ainsi que son conjoint s'il est couvert par la garantie) doivent être âgés de moins de 70 ans lors de la souscription et résider en France Métropolitaine.

L'adhésion à la garantie Kalio Hospi est soumise à la souscription préalable ou concomitante d'une garantie frais de santé proposée par France Mutuelle.

L'adhésion est parfaite lors de l'encaissement des cotisations dues et à l'expiration du délai de rétractation.

Les ayants droits du membre participants tels que définis à l'article 5. de la présente fiche d'information peuvent bénéficier de la garantie frais de santé.

Dès la confirmation de son adhésion, le membre participant ainsi que ses ayants droit se verront attribuer un numéro d'adhérent, référence unique et spécifique à la mutuelle. Ce numéro est à rappeler obligatoirement dans toutes les relations ou correspondances avec la mutuelle.

1.2.2. Prise d'effet et durée

Sous réserve des délais d'attente visés à l'article 1.2.3 ci-dessous, la garantie prend effet le 1^{er} d'un mois et au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion dûment complété accompagné de l'ensemble des justificatifs requis. La date d'effet ne peut être antérieure à la date de réception du bulletin d'adhésion.

L'adhésion à la mutuelle court à compter de la date d'effet susvisée pour expirer le 31 décembre de l'année. Elle se renouvelle ensuite d'année en année par tacite reconduction.

La garantie cesse à la fin du mois qui suit le 80^{ème} anniversaire du membre participant ou – en cas de sinistre en cours - au plus tard à la fin d'indemnisation dudit sinistre.

1.2.3. Délais d'attente

Les garanties sont acquises pour chaque membre participant à la date d'effet précisé à l'article susvisé.

Le membre participant et ses éventuels ayants droit bénéficieront de l'allocation journalière :

- Immédiatement en cas d'accident, sur présentation des justificatifs selon les modalités prévues à l'article 2.2.3 ci-après.
- Après un délai de **6 mois** à compter de la date d'adhésion dans les autres cas d'hospitalisation. **Tout évènement survenant pendant le délai d'attente ne sera jamais garanti.**

1.2.4. Droit de renonciation : Fourniture à distance d'opérations d'assurance et démarchage à domicile

• Renonciation en cas de vente à distance

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L.221-18 du code de la mutualité, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un membre participant, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la mutuelle ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour cette garantie, utilise exclusivement des techniques de communication à distance, y compris, la conclusion de la garantie sur internet.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L.221-18 du code de la mutualité, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion de la garantie initiale, pour les garanties renouvelables par tacite reconduction.

Si la garantie a été conclue à la demande du membre participant en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, la mutuelle ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion de la garantie.

Le membre participant, personne physique, qui conclut à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle une garantie à distance, est informé qu'il dispose d'un **délai de quatorze (14) jours calendaires révolus** pour renoncer et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité. Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, soit à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L.221-18 du code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure à la première.

Le membre participant est informé que la garantie ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

• Renonciation en cas de démarchage à domicile

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, est informée qu'elle dispose d'un **délai de quatorze (14)**

jours calendaires révolus et ce, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion

- **Modèle de lettre de renonciation**

Le membre participant, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré ci-dessous, dûment complété par ses soins.

« Je soussigné [nom – prénom – numéro d'adhérent], demeurant [adresse complète], déclare renoncer, en application des dispositions des articles L.221-18 et L.221-18-1 du code de la mutualité, à la garantie d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature du bulletin d'adhésion]

Date [À COMPLETER]
[membre participant »

Signature

À cet égard, le membre participant est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante :

(montant de la cotisation annuelle) x (nombre de jours garantis) /365.

La mutuelle ou l'union est tenue de rembourser au membre participant le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion.

La lettre de renonciation doit être envoyée par **lettre recommandée avec accusé de réception** à :

GROUPE FRANCE MUTUELLE
Centre de Gestion
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75 089 Paris Cedex 02

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

2. Les prestations

2.1. Montant ou taux et nature des prestations

L'ensemble des prestations accordées par la mutuelle est versé exclusivement pour les événements survenus dans la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée.

2.2. Versement des prestations

2.2.1. Modalités de versement

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant (ou de celui de son ayant droit) sur présentation des pièces justificatives ci-après.

Tout justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé. La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la mutuelle est celle indiquée sur le bulletin d'hospitalisation.

2.2.2. Principe général des conditions de remboursement

FL-KH - 01/2018

Le membre participant doit transmettre à la mutuelle les justificatifs énumérés ci-dessous et sur lesquels il lui appartiendra de faire obligatoirement figurer son numéro d'adhérent.

En vue du versement de l'allocation dans les limites des garanties souscrites, les pièces justificatives à fournir à la mutuelle sont :

- une déclaration de l'hospitalisation précisant la nature de l'hospitalisation, accident ou maladie,
- un bulletin d'hospitalisation précisant la discipline médico-tarifaire concernant le séjour de l'adhérent ainsi que les dates d'entrée et de sortie

Les pièces justificatives seront envoyées à :

Groupe France Mutuelle
Centre de gestion
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75 089 Paris Cedex 02

2.2.3. Accident

En cas d'accident, le membre participant doit informer la mutuelle de l'origine accidentelle des soins qui en découlent.

On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant ou de son ayant droit provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Par ailleurs, pour être exempté des délais d'attente, le membre participant doit justifier auprès de la mutuelle du caractère accidentel de son hospitalisation en adressant au centre de gestion au moins l'un des justificatifs suivants:

- la déclaration d'accident auprès de son assureur IARD,
- la photocopie du constat de police ou de gendarmerie, un certificat de l'hôpital attestant de l'origine accidentelle de l'hospitalisation,
- une copie de l'assignation du tiers impliqué dans l'accident.

Pour le paiement des prestations, la mutuelle est subrogée dans les droits et actions du membre participant, victime d'un accident, contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la garantie n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit demeure acquise, sous la même réserve.

2.2.4. Déclaration tardive des demandes de remboursement

La demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives doit parvenir à la mutuelle dans un délai de deux (2) ans à compter à compter de la fin d'hospitalisation.

Au-delà, aucun remboursement ne sera effectué par la mutuelle.

2.2.5. Trop versé - Gestion de l'indu

Les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit doivent être remboursées à la mutuelle dans les meilleurs délais. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la mutuelle au titre de la répétition de l'indu.

3. Limites et exclusions

3.1. Franchise

Une franchise de **3 jours** est appliquée à chaque hospitalisation. Le versement de l'indemnité commence au 4ème jour d'hospitalisation sans effet rétroactif.

3.2. Durée de versement

Les allocations forfaitaires journalières sont versées dans la limite de **90 jours d'hospitalisation par année civile**.

3.3. Limites

Aucune limite annuelle du nombre d'hospitalisations n'est appliquée sur la garantie Kalio Hospi.

3.4. Exclusions

Ne donnent pas droit à prestation, les hospitalisations découlant :

- de la guerre civile ou étrangère, de la participation à des rixes (sauf légitime défense), crimes, délits, émeute et paris de toute nature,
- du suicide ou de sa tentative, de l'automutilation consciente ou non, du fait intentionnel de l'assuré,
- de l'état alcoolique (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile au jour du sinistre) ; de l'utilisation de stupéfiants ou substances analogues, médicaments et traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée,
- de la pratique d'un sport à titre professionnel,
- de la pratique de certains sports dangereux : alpinisme, spéléologie, bobsleig, surfing,
- de l'utilisation par l'assuré d'un appareil quelconque (avec ou sans moteur) permettant de se placer dans les airs,
- des affections nerveuses et mentales (notamment psychiatriques),
- d'une désintégration du noyau de l'atome atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.

Sont également exclus de la garantie :

- les séjours en maison de repos, de plein air, de convalescence, de retraite, en centre de rééducation et de réadaptation, en établissements thermaux, climatiques et de cures, en instituts médicaux pédagogiques, en hospice et service de gérontologie,
- les séjours des personnes qui, d'une manière irréversible, n'ont plus leur autonomie ou dont l'état nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien.

Sont en outre exclues les hospitalisations :

- causées par une maladie psychosomatique ou un coma diabétique,

- découlant d'une intervention de chirurgie esthétique,
- liées à un traitement hygiéno-diététique,
- liées à l'exécution d'une période militaire.

4. La vie de la garantie

4.1. Cotisations

4.1.1. Paiement des cotisations

En contrepartie de la garantie, le membre participant doit verser une cotisation annuelle exigible d'avance. Cette cotisation est due au jour de l'adhésion. Ensuite, le membre participant recevra chaque année un appel de cotisation adressé par la mutuelle pour le paiement de la cotisation annuelle au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Le règlement de la cotisation peut être à la demande du membre participant fractionné.

4.1.2. Affectation et fixation des cotisations

La cotisation est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la mutuelle

Des cotisations spéciales destinées soit à un organisme fédéral, soit à des organismes techniques publics ou privés (cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes) peuvent s'ajouter à la cotisation annuelle à la mutuelle.

Tous impôts, taxes, prélèvements divers prévus par les textes législatifs et réglementaires et dont la mutuelle est chargée du recouvrement, sont à la charge du membre participant.

La mutuelle s'interdit de recueillir des informations à caractère purement médical des personnes souhaitant adhérer dans le but de fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

Pour un même niveau de garantie et dans le respect des dispositions de l'article L.110-2 du code de la mutualité, les cotisations évoluent selon l'âge de l'adhérent.

4.1.3. Evolution des cotisations

Les montants ou taux de cotisation sont établis compte tenu notamment des dispositions fiscales en vigueur et des dispositions générales de la Sécurité sociale et de ses bases de remboursement en vigueur à la date d'effet de l'engagement contractuel, ainsi que de l'évaluation du coût du risque. Si ces éléments viennent à être modifiés en cours d'adhésion, la mutuelle pourra procéder sans délai à leur révision. Les modifications votées par le conseil d'administration seront portées à la connaissance du membre participant et dès lors s'appliqueront d'office.

4.2. Modification de la garantie

4.2.1. Modification par le conseil d'administration

Conformément aux dispositions des articles 6 et 33 des statuts de la mutuelle, chaque garantie peut être modifiée à tout moment par le conseil d'administration qui prend sa décision au regard des principes fixés par l'assemblée générale.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celle-ci au membre participant.

4.2.2. Modification par le membre participant et changement de situation

Le membre participant a l'obligation, au long de son adhésion, de déclarer à la mutuelle tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français dans un délai d'un mois à compter de sa survenance.

Les changements de garantie (à la baisse ou à la hausse) ne peuvent s'opérer qu'au 1^{er} janvier de chaque année. Ils ne sont soumis à aucun délai d'attente.

4.3. Résiliation de la garantie

4.3.1. Résiliation par le membre participant

Conformément à l'article L.221-10 du code de la mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à FRANCE MUTUELLE **au moins deux mois avant la date d'échéance**.

Pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuel de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste. Lorsque cette information ne lui a pas été adressée dans les conditions visées ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée avec accusé de réception, mettre un terme à son adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction.

4.3.2. Résiliation pour non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L.221-7 du code de la mutualité à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les (10) dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue (30) trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

France Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

4.3.3. Résiliation de plein droit en cas de décès du membre participant

Cependant, si la garantie couvre d'autres personnes, les droits et obligations du membre participant décédé peuvent, avec notre accord, être transférés à l'une d'entre elles. La garantie actuellement en vigueur sera résiliée et une nouvelle garantie sera souscrite en remplacement.

4.4. Nullité pour fausse déclaration

Conformément à l'article 211-14 du code de la mutualité, la garantie accordée au membre participant par FRANCE 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 le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

4.5. Fraude à l'assurance

Le bénéficiaire des prestations est déchu de tout droit à remboursement s'il a sciemment utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux (*présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation ...*).

La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux.

Les prestations déjà versées par la mutuelle se révélant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

4.6. Prescription

En application des articles L. 221-11 et L. 221-12 du code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du membre participant, 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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du code civil à savoir :

- la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait
- la demande en justice (même en référé)
- un acte d'exécution forcée

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, 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.

4.7. Subrogation

En application de l'article L.224-9 du code de la mutualité, France Mutuelle est subrogée de plein droit à la personne couverte victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière

ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

4.8. Traitement des réclamations et saisine du médiateur

En cas de désaccord ou d'insatisfaction concernant l'application ou l'interprétation des Statuts, du règlement mutualiste ou de la présente fiche d'information, le membre participant peut écrire à l'adresse suivante :

Groupe France Mutuelle
Service Relations Adhérents
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75 089 Paris Cedex 02

E-mail : adherent@francemutuelle.fr

La mutuelle s'engage à traiter les dossiers en respectant un délai de dix jours ouvrables pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

Après épuisement de ces voies de recours et si le litige persiste, le membre participant a la possibilité de saisir, par écrit, le médiateur de la mutuelle. La réclamation ainsi que l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier devront être communiqués à l'adresse suivante:

Fédération Nationale de la Mutualité Française (F.N.M.F.)
- Le Médiateur -
255 rue de Vaugirard 75015 PARIS

Ou bien par mail à l'adresse: mediation@mutualite.fr

Une charte de la médiation précisant les différents engagements est à la disposition des adhérents sur le site Internet (<http://www.francemutuelle.fr/>) ou sur simple demande auprès de la mutuelle.

4.9. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

Conformément aux dispositions du code de la mutualité, France Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

4.10. Informatique et Libertés

Dans le cadre de la relation d'assurance, Groupe France Mutuelle est amené à recueillir auprès de l'adhérent des données personnelles protégées par la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée.

Le responsable du traitement de ces données personnelles est Groupe France Mutuelle, qui les utilise principalement pour les finalités suivantes, dans le strict respect de la confidentialité et du secret médical : gestion de la relation, prospection, études statistiques, enquêtes et sondages, prévention de la fraude, obligations légales.

Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard de l'adhérent d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur(s) collecte(s). Les informations collectées obligatoires sont nécessaires au traitement de votre demande et à l'envoi des documents commerciaux.

Ces données sont conservées durant la durée nécessaire à la relation contractuelle et conformément aux exigences légales et réglementaires en vigueur.

A ce titre, l'adhérent est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises :

- Aux établissements et sous-traitants liés contractuellement avec Groupe France Mutuelle pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment,
- Aux partenaires commerciaux de Groupe France Mutuelle qui interviennent dans la réalisation d'un produit ou un service souscrit par l'adhérent aux seules fins d'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis de l'adhérent ou de Groupe France Mutuelle
- A des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires
- Vers des pays non membres de l'Union Européenne lorsque l'exécution du contrat le nécessite et notamment lors d'une surcharge de notre standard téléphonique.

Il est précisé que toute déclaration fausse ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude.

Conformément à la loi Informatique et Liberté, vous disposez, sans frais et pour motif légitime, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et d'opposition des données vous concernant. Vous avez également le droit de définir des directives après votre décès, en vous adressant à l'adresse suivante :

Groupe France Mutuelle
Correspondant Informatique et Libertés
Service juridique
10 rue du 4 septembre
CS 11601
, 75089 Paris Cedex 02
ou par mail à GFM_CIL@francemutuelle.fr

5. Définitions des termes utilisés

Ayants droit

Sont considérés comme ayants droit au titre de la présente garantie :

- Le conjoint, partenaire ou concubin de l'adhérent tel que défini par le présent article,
- Les enfants à charge tels que définis ci-après par le présent article,

Les ayants droit bénéficiaires de la garantie frais de santé sont nommément désignés dans le bulletin d'adhésion.

Concubinage

Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple (article 515-8 du code civil).

Concubin

Personne vivant en concubinage avec le membre participant exerçant ou non une activité professionnelle sous

réserve que le membre participant et son concubin :

- Vivent sous le même toit,
- Soient libres de tout autre lien de même nature, c'est-à-dire célibataires, veufs(ves) ou divorcés(ées),
- Ne soient pas engagés dans les liens d'un PACS avec une autre personne.

Peuvent être considérés comme bénéficiaires les concubins majeurs de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Conjoint

Epoux ou épouse du membre participant, non divorcé et non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle.

Peuvent être considérés comme bénéficiaires les conjoints de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Délai d'attente (ou délai de carence)

Période au cours de laquelle une garantie ne s'applique bien que le membre participant cotise. Les éventuels délais d'attente sont mentionnés et détaillés dans la fiche d'information.

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge au titre de la présente garantie, les enfants légitimes, naturels, reconnus adoptifs ou recueillis du membre participant, de son conjoint, à défaut de son partenaire ou concubin tels que défini par la présente fiche d'information, sous réserve qu'ils soient :

- âgés de moins de 20 ans et bénéficiant de prestations d'un régime obligatoire d'assurance maladie sous le numéro d'immatriculation du membre participant, de son conjoint, partenaire ou concubin dès lors qu'il est lui-même ayant-droit ;
- âgés de moins de 28 ans et :
 - ✓ poursuivent leurs études (sous présentation d'un certificat de scolarité ou d'une carte d'étudiant)
 - ✓ poursuivent une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou de professionnalisation)
 - ✓ inscrit à Pôle Emploi comme primo-demandeur d'emploi sous réserve de la présentation d'une attestation pôle emploi de non-indemnisation.

Ces enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du mois au cours duquel ils atteignent leur 20^{ème} ou 28^{ème} anniversaire.

- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 21^{ème} anniversaire.

Les enfants sont réputés être ayant-droit au jour de leur naissance, dès lors que le parent, membre participant qui procède à son inscription, délivre à la mutuelle, un acte de naissance dans les 3 mois à compter de sa naissance.

A leur demande, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants de la mutuelle sans intervention de leur représentant légal.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants-droit de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

En ce qui concerne l'enfant issu d'un ayant droit mineur, il est prévu, postérieurement à la naissance, de scinder l'adhésion initiale de façon à conférer la qualité de membre participant à l'ayant droit mineur de plus de 16 ans. Dès

lors, le nouveau-né, le conjoint ou le concubin du mineur devenu membre participant acquière par suite la qualité d'ayant droit.

Membre participant

Il s'agit de la personne physique ayant adhéré à la garantie Kalio Hospi. Le membre-participant est désigné au bulletin d'adhésion.

Il doit obligatoirement :

- résider en France métropolitaine ou dans un département ou une région d'outre-mer dès lors qu'il cotise à une caisse obligatoire d'assurance maladie française.
- avoir, lors de l'adhésion, plus de 18 ans et jusqu'à 70 ans au 31 décembre de l'année en cours.

Mutuelle : désigne France Mutuelle, l'organisme assureur et gestionnaire de la garantie Kalio Hospi.

Partenaire

Personne liée à l'adhérent par un Pacte Civil de Solidarité – PACS, exerçant ou non une activité professionnelle. Le PACS est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).