

NOTICE D'INFORMATION « NAISSANCE »

La présente notice d'information a pour objet de définir les droits et obligations découlant du contrat collectif à adhésion obligatoire « Prime de naissance » souscrit par la mutuelle CMIP 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 CMIP 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

Adhérent : Membre de la Mutuelle qui adhère au Contrat et qui s'engage à payer les cotisations.

Adoption Plénière : Adoption régie par les dispositions des articles 343 à 359 du Code civil.

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 couvert par un contrat d'assurance complémentaire santé assuré par la Mutuelle.

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 : La/les personnes(s) mentionnée(s) à l'article 7 « Bénéficiaires de la garantie » ci-dessous qui perçoit(ven)t les prestations en cas de réalisation du risque.

Contrat : contrat collectif d'assurance « Prime de naissance » souscrit par la mutuelle CMIP auprès de l'UNMI.

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

Mutuelle : **Le Centre Mutualiste Interprofessionnel (CMIP)**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 339 420 226, dont le siège social est situé 53 avenue de Senlis BP 90307 60803 Crépy-en-Valois.

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'un capital :

- en cas de naissance d'un enfant de l'Assuré survenue pendant la période de garantie ;
- en cas d'Adoption plénière par l'Assuré survenue 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'adhésion au Contrat est obligatoire pour le Membre participant couvert par un contrat d'assurance complémentaire santé assuré par 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 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 :

- à la date de radiation, d'exclusion ou de démission de l'Adhérent au contrat d'assurance complémentaire santé de la Mutuelle ;
- à la date de résiliation ou cessation du contrat d'assurance complémentaire santé de la Mutuelle ;
- à la date indiquée sur la lettre recommandée en cas de défaut de paiement des cotisations, conformément à l'article 9.3 « 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 des garanties

La garantie prend effet à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'Adhérent au Contrat.

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 ;
- à 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'une prime de naissance, dont le montant est fixé aux conditions particulières du contrat complémentaire santé, à l'Assuré, en cas de naissance d'un enfant ou d'Adoption plénière survenue pendant la période de garantie.

La prime de naissance est versée une seule fois, pour chaque enfant, lorsque la demande d'inscription du nouveau-né ou de l'enfant adopté est formulée dans les 6 mois suivant sa naissance ou son Adoption Plénière.

Article 7 - Bénéficiaires de la garantie

La prime de naissance est versée à l'Assuré.

Article 8 - Modalités de versement de la prestation

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

- copie de la demande de versement de la prime de naissance ;
- original ou copie de l'acte de naissance de l'enfant précisant sa filiation ;
- relevé d'identité bancaire ou postal de l'Assuré ;
- en cas d'Adoption plénière, extrait du jugement déclaratif d'adoption.

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

Centre Mutualiste Interprofessionnel (CMIP)

53 Avenue de Senlis

BP 90307

60803 Crépy-en-Valois

Article 9 - Cotisation

9.1 Montant de la cotisation

La cotisation est annuelle et payable d'avance par l'Adhérent à la Mutuelle. Elle est incluse dans sa cotisation du contrat santé.

9.2 Paiement des cotisations

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

9.3 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.

9.4 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.

Article 10 – 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 11 - Informatique et libertés

Article 11.1 – 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.

Article 11.2 – 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.

Article 11.3 – 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 :

Centre Mutualiste Interprofessionnel (CMIP)

53 Avenue de Senlis
BP 90307
60803 Crépy-en-Valois

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 : dpo@fdpm.fr
- par téléphone au : 03 44 59 00 80

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 12 – 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 :

Centre Mutualiste Interprofessionnel (CMIP)

53 avenue de Senlis
BP 90307
60803 Crépy-en-Valois

Si le désaccord persiste, l'Assuré peut saisir, en langue française uniquement, le médiateur :

- soit par courrier à :

CNPM – MEDIATION - CONSOMMATION
23 rue Terrenoire
42100 Saint-Etienne

- soit par voie électronique sur le site du médiateur : <http://cnpm-mediation-consommation.eu>

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 13 - Droit applicable – Litiges

Le Contrat sera régi et interprété conformément au droit français.

Article 14 - 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.