



NOTICE INFORMATION N° 01/10



La présente notice est soumise aux Statuts et Règlement Intérieur de PRIMAMUT.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le contrat FLEXEO SANTÉ est un contrat d'assurance de groupe, à adhésion facultative, régi par le Code de la mutualité, souscrit par l'association AMPHITEA (Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, 5, rue Cadet - 75009 Paris) pour le compte de ses adhérents auprès de la Mutuelle PRIMAMUT, mutuelle dont le siège social est situé 35 boulevard Brune, 75 014 Paris.

La Mutuelle PRIMAMUT est le gestionnaire des adhésions et prestations d'assurance.

Ce contrat comprend aussi des garanties d'assistance qui sont assurées par la Société d'Assistance MONDIAL ASSISTANCE (Siège Social : 2, rue Fragonard, 75807 PARIS CEDEX 17).

En cas de modification de la convention d'assurance de groupe entre AMPHITEA et la Mutuelle PRIMAMUT, AMPHITEA s'engage à en informer l'adhérent.

En cas de modification des dispositions légales applicables au contrat FLEXEO SANTÉ, la Mutuelle PRIMAMUT se réserve le droit de le modifier sans accord obligatoire du souscripteur.

En cas de résiliation de la convention d'assurance de groupe aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée. Chaque personne garantie avant la résiliation, demeurera assurée, sous réserve du paiement des cotisations.

Dans la présente notice :

- Le terme "adhérent" désigne la personne faisant acte d'adhésion au contrat pour son compte ainsi que pour ses éventuels ayants droit.
- Les termes "assuré" et "bénéficiaire" renvoient à toutes les personnes qui bénéficient des garanties du contrat.
- Le terme de "Sécurité sociale" s'entend au sens de Régimes français ou monégasque de Sécurité sociale dont dépendent les assurés.

L'ADHÉSION**Qui peut adhérer ?**

- Toute personne relevant du régime général de la Sécurité sociale ou du régime local Alsace Moselle ou du régime spécifique à Monaco, son conjoint ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) ou non et aux mêmes garanties.
- Les personnes à charge répondant aux définitions suivantes peuvent également être affiliées au titre de la couverture de l'adhérent et aux mêmes garanties.

Sont considérés comme étant à charge :**1) Les enfants répondant à la définition suivante :**

- les enfants de moins de 21 ans à charge de l'adhérent ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité sociale et par extension :
- les enfants de moins de 26 ans à charge de l'adhérent au sens de la législation fiscale, à savoir :

- les enfants de l'adhérent, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
- les enfants de l'adhérent auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
- quel que soit leur âge et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que l'adhérent est autorisé à déduire de son revenu imposable.

2) Toutes personnes à charge de l'adhérent au sens des assurances sociales.

PRIMAMUT se réserve le droit à tout moment de demander à l'adhérent de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, telle que définie ci-dessus, du conjoint, du concubin, des enfants et des personnes à charges couverts par son adhésion : extrait des informations administratives contenues dans la carte Vitale, avis d'imposition, attestation établissant l'engagement dans les liens du PACS notamment.

Formalités d'adhésion

Une demande d'adhésion doit être complétée et signée par l'adhérent. Aucune formalité médicale n'est exigée.

Âge à l'adhésion

Au moment de l'adhésion, l'adhérent doit avoir atteint l'âge de 55 ans. L'âge est déterminé par différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année de demande d'adhésion.

Garantie viagère, date d'effet et renouvellement de l'adhésion

Sous réserve du paiement des cotisations et sauf fausse déclaration, la garantie est définitivement acquise à l'assuré dès la date à laquelle son affiliation prend effet. L'assuré ne peut être exclu de la garantie en raison de la dégradation de son état de santé.

L'adhésion prend effet à la "date d'effet souhaitée" indiquée sur le bulletin d'adhésion. A défaut de l'envoi par l'adhérent de la demande d'adhésion à nos services dans les 15 jours suivant la "date d'effet souhaitée" indiqué sur le bulletin d'adhésion, la date d'effet de l'adhésion aux garanties est fixée au plus tôt au premier jour du mois suivant l'envoi par l'adhérent de la demande d'adhésion complète. La preuve de l'envoi incombe à l'adhérent.

L'adhésion est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, et se renouvelle chaque année, à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf démission exprimée au moins deux mois avant cette date par l'adhérent, par lettre recommandée.

Une résiliation sans délai est possible dans les cas visés ci-dessus, elle prend effet le dernier jour du mois au cours duquel la demande aura été exprimée :

- pour tout assuré qui peut bénéficier du dispositif CMU complémentaire.
- pour tout assuré qui, postérieurement à la présente adhésion, est couvert à titre personnel et obligatoire dans le cadre de son activité professionnelle pour les mêmes garanties. Dans ce cas, l'assuré devra produire une attestation de la part de son employeur.

La résiliation par l'adhérent s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

Les frais engagés dans le cadre des garanties souscrites sont couverts à compter de la date d'effet du contrat, sous réserve de l'application éventuelle du délai d'attente.

LES COTISATIONS

Les cotisations du contrat sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Calcul

La cotisation est fixée en fonction : de la formule de garanties choisie, du régime de base d'assujettissement, de l'âge calculé par différence de millésimes entre l'année d'exercice du contrat et l'année de naissance, de l'adresse de résidence de l'adhérent.

La cotisation est déterminée chaque année au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet en fonction de l'évolution de ces différents critères et dans les conditions prévues au paragraphe "Révision de la Cotisation".

Les enfants à charge de l'adhérent, de son conjoint ou de son concubin, sont garantis sous réserve du paiement d'une cotisation spécifique applicable : jusqu'au 31 décembre de l'exercice suivant l'exercice au titre duquel ils ont cessé d'être rattaché au foyer fiscal de l'assuré ; au plus tard, jusqu'au dernier jour du trimestre au cours duquel l'enfant de l'assuré a atteint son 26^e anniversaire.

Au-delà de ces limites, la garantie de l'enfant de l'assuré pourra être maintenue sous réserve d'une affiliation en tant qu'adhérent à titre personnel.

A compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge, cependant, ils sont redevables d'une cotisation "adulte".

Concernant les enfants à charge de moins de 26 ans, la cotisation du troisième et des suivants est gratuite.

Paiement des cotisations

Les cotisations peuvent être versées mensuellement ou trimestriellement (suivant le choix opéré par l'adhérent à l'adhésion), à terme d'avance, par prélèvement sur le compte bancaire. En cas de non paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, une lettre recommandée de mise en demeure est adressée à l'adhérent et l'informe des conséquences du non paiement. Si 40 jours après l'envoi de la mise en demeure, les cotisations dues et à échoir ne sont toujours pas payées, PRIMAMUT informe l'adhérent de la résiliation du contrat.

Les éventuels frais d'impayés pourront être imputés à l'adhérent.

Révision de la cotisation

Les cotisations peuvent être indexées au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet de chaque exercice civil par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévue sur la base des éléments fournis par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie pour l'exercice en cours,
- de l'équilibre général des contrats comportant des garanties de même nature et de l'équilibre global du portefeuille de PRIMAMUT.

L'indexation ainsi définie est communiquée à l'adhérent, moyennant un préavis de 2 mois par rapport à la date d'effet souhaitée.

Lorsque l'adhérent s'oppose à l'indexation avant le 31 décembre de l'année en cours (pour une indexation au 1^{er} janvier) ou le 30 juin de l'année en cours (pour une indexation au 1^{er} juillet), le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, le contrat est automatiquement résilié, selon la date de l'indexation, au 31 décembre ou au 30 juin de l'année en cours.

En cas de résiliation, l'adhérent devra restituer à PRIMAMUT la carte de tiers payant qui lui a été remise.

A défaut d'opposition notifiée par l'adhérent sur l'indexation dans les conditions énoncées ci-dessus, les cotisations indexées sont appliquées.

LES GARANTIES

Les garanties du contrat sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les frais couverts

Sont couverts les actes et les frais mentionnés dans la formule de couverture retenue :

- ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre des législations Maladie, Maternité, Accidents du Travail et Maladies Professionnelles,
- non pris en charge par le régime de base de Sécurité sociale.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à votre charge, après intervention du régime de base de Sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Les garanties "Maternité" prévues au contrat n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assuré reçoit des prestations en nature de la Sécurité sociale au titre du risque maternité.

Les postes de garanties exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'une limite annuelle tout acte confondu.

L'annualité est appréciée à compter de la date d'effet de l'affiliation de chaque bénéficiaire à la formule de garantie. La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante. Lors du changement de formule de garanties, la durée d'adhésion à la formule précédemment souscrite n'est pas prise en compte.

LES EXCLUSIONS ET LIMITES DES GARANTIES

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Sauf dispositions contraires aux conditions particulières, ne sont pas couverts :

- les frais de soins :
 - engagés avant la date d'effet de la garantie ou

après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale,

- **déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,**
- **engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par PRIMAMUT sur la base de remboursement utilisé par la Sécurité sociale et selon les garanties prévues au contrat,**
- **non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale,**
- **ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base,**
- **au titre de la législation sur les pensions militaires,**
- **au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices,**
- **qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,**
- **au titre de la garantie parodontologie, si celle-ci est souscrite, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.**

- **les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale,**

- **la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du Code de la Sécurité sociale,**

- **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant* du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

*montant minimum non pris en charge pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite.

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de Sécurité sociale, les règlements éventuels de PRIMAMUT seront effectués après avis des praticiens-conseils de PRIMAMUT.

Pour les frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais conséquents à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par PRIMAMUT se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

Pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit

annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toute autre indemnisation de la part de PRIMAMUT.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé à l'adhérent de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par PRIMAMUT ou produits spontanément par l'assuré, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. PRIMAMUT peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de PRIMAMUT.

La prise en charge est limitée à 90 jours par année pour :

- **les frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné ;**
- **le forfait hospitalier, les frais de chambre particulière et le lit d'accompagnement ;**
- **les frais inhérents à l'hospitalisation à domicile, en maison de repos, de réadaptation ou de convalescence suite à une hospitalisation.**

L'annualité est appréciée et se renouvelle à la date d'affiliation de chaque bénéficiaire à la formule de garanties.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'assuré doit transmettre à PRIMAMUT une facture détaillée établie par son médecin, à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Si le présent contrat prévoit une intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

Les délais d'attente

Il n'y a pas de délais d'attente pour l'adhésion aux formules PRIMO SANTE et MODULO SANTE "base".

Un délai d'attente de 6 mois est prévu lors de l'adhésion aux formules MODULO SANTE (à l'exception de la formule de garantie "base") et OPTIMO SANTE pour les garanties :

- **parodontologie, implants dentaires, chambre particulière ;**
- **prévues dans le "Crédit Bien Être".**

Tous les autres postes de garanties ne font l'objet d'aucun délai d'attente.

Cependant, dans les 6 premiers mois d'adhésion, la prise en charge des garanties actes médicaux, analyses, radiologie, soins dentaires, chirurgie, hospitalisation, maternité, toutes prothèses, optique et les cures thermales, est limitée à hauteur de 100% du tarif de responsabilité (incluant le remboursement du régime obligatoire de base).

Les délais d'attente ne sont pas appliqués dans les cas suivants :

- **si l'adhésion est faite dans les deux mois qui suivent la radiation d'un organisme apportant une garantie complémentaire maladie comparable ou qui suivent la sortie d'un dispositif "CMU complémentaire". Dans ces cas de figure la production d'un certificat de radiation est nécessaire,**
- **si l'affiliation de nouveaux bénéficiaires est faite**

dans les 3 mois suivants la date de modification de la situation de famille. Par changement de la situation de famille sont entendus les cas suivants : mariage, signature d'un pacte civil de solidarité, naissance ou adoption d'un enfant,

- si les frais sont occasionnés par un accident. Un accident est caractérisé par une lésion de l'organisme provoquée par un événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'assuré. La preuve du caractère accidentel incombe aux assurés.

LE FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

Lorsque l'adhérent reçoit de son régime de base de Sécurité sociale une nouvelle attestation de carte Vitale, il doit en adresser une copie à PRIMAMUT dans les plus brefs délais.

Changement de régime de base de Sécurité sociale

Tout changement dans le régime de base de Sécurité sociale concernant un bénéficiaire de la garantie doit être signalé au plus tôt. Ce changement entraînera, le cas échéant, une modification de la cotisation tenant compte des remboursements du nouveau régime de base d'affiliation, et ce, à la date d'effet de cette modification.

Changement de résidence

Tout changement de résidence de l'adhérent doit être signalé dans un délai d'un mois à compter de l'établissement dans la nouvelle résidence. Ce changement entraînera, le cas échéant, une modification de la cotisation, et ce, au premier janvier de l'année suivant la date de cette modification.

Le défaut de déclaration par l'assuré de son changement de résidence, ayant pour conséquence une minoration de ses cotisations dues, entraînera un rappel de cotisations. En cas de non paiement des cotisations faisant l'objet du rappel, PRIMAMUT se réserve le droit d'appliquer la procédure prévue dans le paragraphe "Paiement des cotisations".

Changement de Formule de garanties

Le changement de formule de garanties concernera l'ensemble des assurés et ne pourra intervenir qu'après une période de 12 mois d'adhésion à la garantie souscrite.

C'est uniquement lors d'une modification de la situation familiale, que l'adhérent pourra opter pour un changement en cours d'année. Celui-ci ne pourra intervenir qu'au début du trimestre civil suivant la modification de la situation de famille et ne sera accepté que pour une amélioration de garantie. Par changement de la situation de famille sont entendus les cas suivants : mariage, signature d'un pacte civil de solidarité, naissance ou adoption d'un enfant, divorce, séparation de droit, rupture d'un pacte civil de solidarité, décès du conjoint, du concubin signataire ou non d'un pacte civil de solidarité ou d'un enfant.

Il n'y a pas de délais d'attente appliqués lors du changement de formule de garanties.

1 - Adhérent à la formule de garantie PRIMO SANTE ou MODULO SANTE :

L'adhérent à la formule de garantie PRIMO SANTE ou MODULO SANTE pourra changer de formule de garantie au 1^{er} janvier, sous réserve qu'il en fasse la demande au moins 3 mois à l'avance par lettre recommandée avec accusé de réception.

2 - Adhérent à la formule OPTIMO SANTE :

L'adhérent à la formule de garantie OPTIMO SANTE pourra changer de formule de garantie au 1^{er} janvier, sous réserve qu'il en fasse la demande au moins 6 mois à l'avance par lettre recommandée avec accusé de réception.

Une période de 3 ans doit s'être écoulée entre deux adhésions à la formule de garantie OPTIMO SANTE.

LES PRESTATIONS

Présentation des dossiers

Les demandes de remboursement sont adressées par l'adhérent à PRIMAMUT.

Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de télétransmission par les organismes de base :

- les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité sociale,

et dans tous les cas :

- les notes d'honoraires et les factures détaillées des frais prescrits, acquittées et datées, le cas échéant les devis,
- en cas de prise en charge des frais non remboursés par le régime de base de Sécurité sociale, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien ou du professionnel de santé,
- en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, une facture détaillée établie par le médecin,
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par PRIMAMUT auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...),
- en cas de prise en charge de frais au titre d'une des garanties Ostéopathie / Chiropractie / Diététique, la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée, accompagnée de la facture acquittée et datée,
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie "Bien être", le formulaire élaboré à cet effet par PRIMAMUT.

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés, figurant sur les décomptes Sécurité sociale ou sur l'original des factures détaillées des praticiens et professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet de votre médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la Classification Commune des Actes Médicaux et la base de remboursement Sécurité sociale.

Un formulaire à faire remplir par votre praticien, afin de préciser l'ensemble des informations nécessaires au calcul de notre prestation, est tenu à votre disposition sur simple demande.

Délais de présentation des demandes de prestations

Les demandes de remboursements de frais de soins engagés doivent être présentées dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins pratiqués.

Tiers payant

Pour permettre aux assurés de bénéficier de la pratique éventuelle du tiers payant auprès des professionnels de Santé, une carte est remise à l'adhérent. Cette carte est propriété de PRIMAMUT et doit lui être restituée dès lors que l'adhésion prend fin.

L'adhérent s'engage expressément à restituer les

sommes payées par PRIMAMUT relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties s'il ne respecte pas l'obligation précitée.

Prise en charge hospitalière

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, PRIMAMUT délivre une prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux définis par les garanties prévues dans la formule retenue par l'adhérent.

En cas d'accident comportant un tiers responsable, PRIMAMUT est subrogée à l'assuré qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable dans la limite des dépenses qu'il a supportées.

Le paiement des prestations est effectué par virement au compte bancaire dont l'adhérent aura transmis les coordonnées.

DISPOSITIONS DIVERSES

La procédure de réclamation :

En cas de réclamation concernant ce contrat, si la réponse de votre interlocuteur habituel ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser à :

PRIMAMUT, Direction de la Qualité
35 boulevard Brune 75 014 Paris.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par la Direction de la Qualité, vous pouvez demander l'avis du médiateur. Les conditions d'accès à ce médiateur vous sont communiquées sur simple demande écrite à la Direction de la Qualité.

Loi applicable au contrat

La loi française régit les relations précontractuelles et contractuelles. PRIMAMUT s'engage à utiliser la langue française pendant la durée du contrat.

Droit des assurés sur les informations nominatives les concernant

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour toute information nominative les concernant sur les fichiers de PRIMAMUT. Chaque assuré bénéficiant du règlement complémentaire suite à un échange informatique entre le régime de base et PRIMAMUT pourra accéder, selon sa demande, aux informations données au régime de base par PRIMAMUT. L'assuré pourra à tout moment, s'il le désire, demander à PRIMAMUT l'arrêt des échanges informatiques de données le concernant.

Le droit d'accès, de rectification et d'opposition peut être exercé auprès de :

Groupe AG2R LAMONDIALE - Correspondant Informatique et Libertés - Direction des Risques-Conformité et Déontologie
104-110 Bd Haussmann - 75379 Paris cedex 8

Autorité de contrôle

La Mutuelle PRIMAMUT est soumise à l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) :
61, rue Taitbout, 75 009 PARIS.

ADHÉSION À DISTANCE

Définition

Le contrat est commercialisé à distance lorsqu'il est conclu sans qu'il y ait la présence physique et simultanée des parties.

Éléments communiqués à l'adhérent

Informations visées par l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

En temps utile avant l'adhésion à distance à un règlement, le membre participant reçoit les informations

