



Harmonie Mutuelle
405 avenue de Boufflers
54520 Laxou
Réf: P16ASSCP07 / MIGUET HERVE



028208 (006946) - 0001/0004
CL0788 (748085)

AFD BOURGOGNE FRANCHE-COMTE
M RACLET PHILIPPE
2 RUE DES CORROYEURS
21068 DIJON CEDEX

Vos réf : P065488

Paris, le 22/10/2024

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint **les conditions de renouvellement liées à votre contrat de complémentaire santé collective**. Vous trouverez également une annexe aux Conditions générales et Notices d'information de votre contrat, vous donnant des précisions sur les impacts d'évolutions réglementaires. Nous vous rappelons que vous devez informer vos salariés adhérents de toute modification de leurs droits et obligations.

Comme en 2023, l'année 2024 est marquée par **une augmentation soutenue des dépenses de santé des salariés**, conséquence de plusieurs paramètres : une consommation très dynamique sur la plupart des postes de soin, un désengagement ciblé de la Sécurité Sociale (avec par exemple un relèvement du ticket modérateur sur les soins bucco-dentaires depuis le 1er octobre 2023) et une inflation suscitée par les différentes renégociations des conventions médicales et paramédicales. Ces différents paramètres impacteront également la consommation médicale en 2025 (avec par exemple la revalorisation de la consultation médicale à 30 € à partir de décembre 2024).

Pour tenir compte de cette inflation médicale et des dépenses nouvelles, les cotisations doivent être ajustées. **Harmonie Mutuelle, entreprise mutualiste à mission, ne réalise aucun profit et ne rénumère pas d'actionnaire**. Nous pouvons ainsi continuer à vous aider à maîtriser les dépenses de santé et à agir de manière durable sur tous les facteurs de santé de vos salariés.

Retrouvez sur www.harmonie-mutuelle.fr/entreprises notre expertise, nos solutions et nos outils pour mieux vous accompagner :

→ **Nos différents services en inclusion** pour faciliter l'accès à la santé de vos salariés : les réseaux de soin Kalixia (-40% de réduction en moyenne sur les verres en optiques), la dispense d'avance de frais grâce à notre conventionnement tiers-payant et l'accès à distance à des professionnels de santé avec notre solution Maia.

→ **Votre extranet employeur « Mon entreprise et Harmonie »** pour gérer encore plus facilement vos contrats (affiliation des salariés, listing de vos salariés, messagerie avec vos équipes de gestion, ...).

→ Notre expertise en **prévoyance collective** pour vous aider à mieux gérer dans votre entreprise les situations d'arrêt maladie, d'invalidité ou de décès de vos salariés.

→ Notre **accompagnement social** pour soutenir vos salariés confrontés à des fragilités personnelles ou professionnelles.

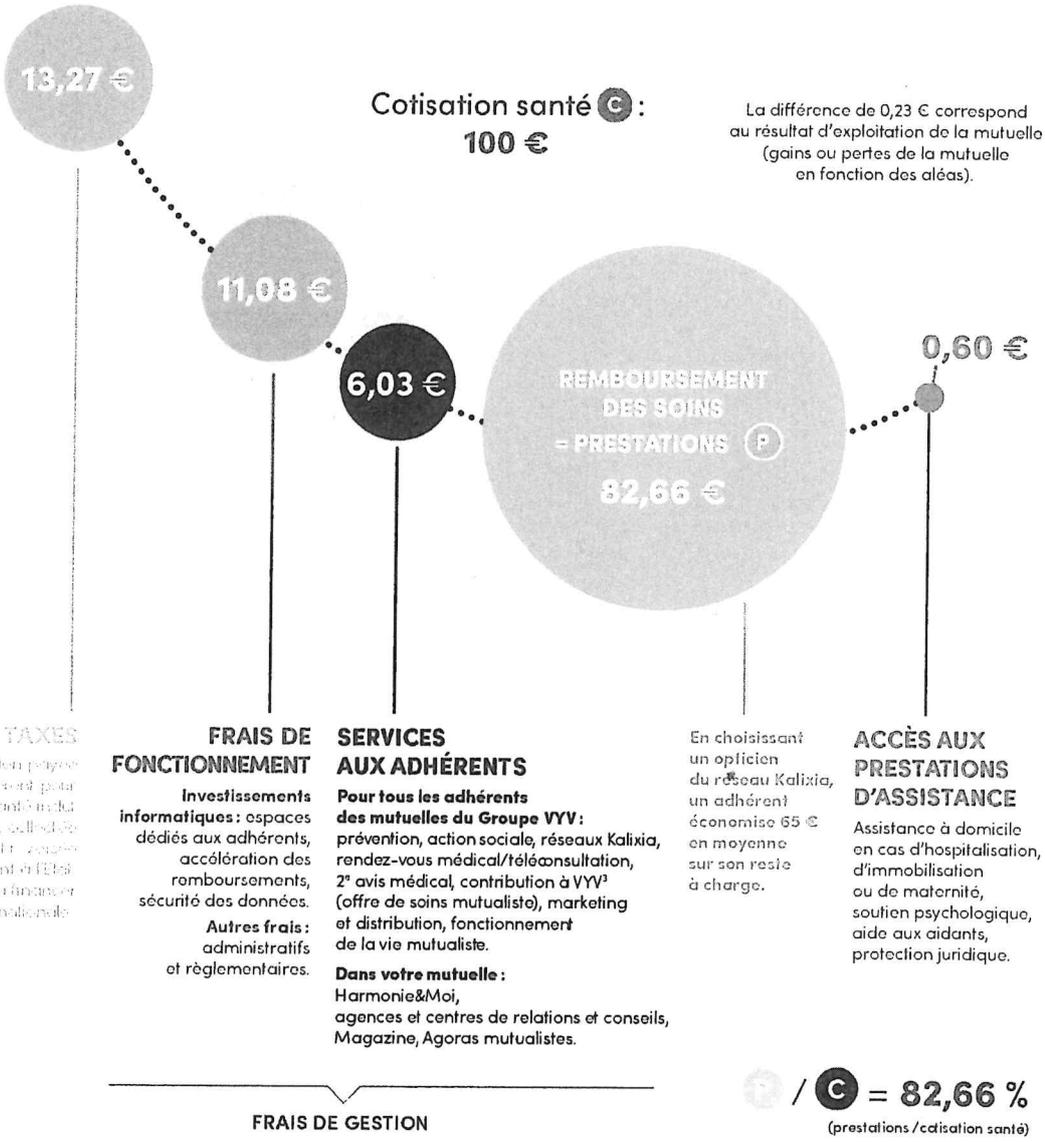
→ Notre partenariat exclusif avec l'entreprise Moodwork pour préserver **la santé mentale au travail**.

Votre conseiller Harmonie Mutuelle, partenaire de votre entreprise, se tient à votre disposition. Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Benjamin Ostrowka
Directeur Développement & Nouveaux Modèles
Harmonie Mutuelle

À QUOI SERT MA COTISATION SANTÉ ?

Redistribution des 100 € perçus par votre mutuelle en 2023
pour une cotisation versée de 113,87 € TTC



En application de nos obligations légales et réglementaires, veuillez trouver ci-après, pour Harmonie Mutuelle pour l'année 2023 :

► Le ratio entre les frais de gestion et le montant des cotisations C hors taxes :

FRAIS DE GESTION = 17,11 % de la cotisation santé C

► Le ratio entre le montant des prestations P et le montant des cotisations C hors taxes :

P / C = 82,66 %
(prestations / cotisation santé)

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.



Harmonie mutuelle
GROUPE vyv



Paris, le mardi 22 octobre 2024

AFD BOURGOGNE FRANCHE-COMTE
M RACLET PHILIPPE
2 RUE DES CORROYEURS
21068 DIJON CEDEX

Lettre Avenant aux Conditions particulières Du contrat n° P065488

Article 1 : Date d'effet

La présente lettre avenant prend effet le 1er janvier 2025.

Les dispositions susmentionnées suivent le sort du Contrat collectif référencé ci-dessus qui reste maintenu dans toutes ses autres dispositions.

Article 2 : Modifications des conditions générales

Les Conditions générales – Notice d'information applicables à votre contrat sont modifiées et complétées par les articles indiqués à l'annexe de la présente lettre avenant sous réserve des éventuelles dispositions spécifiques prévues aux conditions particulières. Les articles des Conditions générales cités ci-dessous sont remplacés par la rédaction des articles figurant en annexe.

Article 3 : Cotisations

L'article afférent des Conditions particulières est modifié comme suit :

En contrepartie des garanties, la cotisation mensuelle 2025 s'élèvera à :

Produit : NXSAN01277
Type de population : Membre
Régime : Régime Général

Ventilation	Cotisations mensuelles TTC	Dont taxes (*)
Adulte de 69 ans et -	117,48 €	13,27 %
Adulte de 70 à 74 ans	130,54 €	13,27 %
Adulte de 75 à 84 ans	177,54 €	13,27 %
Adulte de 85 à 94 ans	189,28 €	13,27 %
Adulte de 95 ans et +	208,87 €	13,27 %
Enfant (Gratuité au 3ème enfant)	74,21 €	13,27 %

(*)comprend la Taxe de Solidarité Additionnelle modifiée sur la base du taux en vigueur.

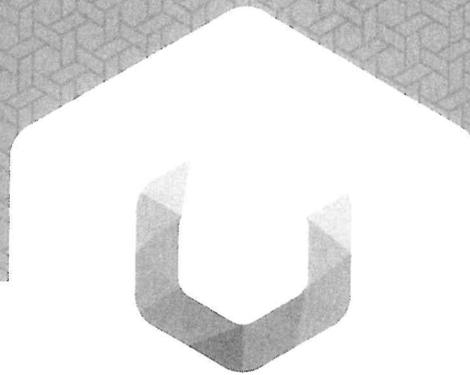
Produit : NXSANL0499
Type de population : Membre
Régime : Régime local (Alsace-Moselle)

Ventilation	Cotisations mensuelles TTC	Dont taxes (*)
Adulte de 69 ans et -	79,51 €	13,27 %
Adulte de 70 à 74 ans	88,34 €	13,27 %
Adulte de 75 à 84 ans	120,14 €	13,27 %
Adulte de 85 à 94 ans	128,10 €	13,27 %
Adulte de 95 ans et +	141,36 €	13,27 %
Enfant (Gratuité au 3ème enfant)	55,36 €	13,27 %

(*)comprend la Taxe de Solidarité Additionnelle modifiée sur la base du taux en vigueur.

Nathalie Gasté
Directrice Assurance
Harmonie Mutuelle





Harmonie
mutuelle

GR O U P E **vyv**

AVANÇONS *collectif*

Annexe Lettre avenant – Effet 01/01/2025

CONDITIONS GÉNÉRALES NOTICE D'INFORMATION Additif

**Cet additif est indissociable des Conditions générales – Notice d'information HM.CG-NI.2024 et HM.CG-NI/NR.2024.
Les articles des Conditions générales cités ci-après sont remplacés et complétés par les articles suivants listés à partir de la page 2.**

QUELLES SONT LES PRINCIPALES MODIFICATIONS ?

Cet additif annule et remplace certains articles des conditions générales et notices d'information afin principalement d'intégrer les impacts réglementaires suivants :

- Révision de la clause sur les dépassements pour exigence au regard de la jurisprudence et du recueil annuel des études 2023 sur les exclusions de garanties en assurances ;
- Intégration de la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale relative au transport partagé, dans le cadre de la limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés ;
- Prise en compte de la faculté de prescription de l'activité physique adaptée élargie à un médecin intervenant dans la prise en charge du patient ;
- Intégration d'une clause relative à la déchéance ;
- Intégration d'une clause relative à la répétition des indus de prestations ;
- Intégration d'une clause relative à la fausse déclaration ou omission de déclaration.

et de préciser, à des fins d'éclaircissement ou d'adaptation à l'évolution de pratiques de la Mutuelle, certains articles :

- Précision apportée sur l'adhésion à distance ;
- Précision relative à la catégorie éligible pour le contrat collectif obligatoire ;
- Ajustement de la règle de gestion quant à la prise d'effet du changement d'option ;
- Précision quant à la durée de l'adhésion dans le cadre de la résiliation à l'échéance annuelle ;
- Précision relative à l'action possible de la Mutuelle quand les conditions exigées pour être adhérent ou ayant droit ne sont plus remplies ;
- Ajustement de la clause relative aux incidents de paiements ;
- Intégration de la notion de recommandé électronique dans les clauses relatives au non-paiement de la cotisation ;
- Précision de la règle liée au remboursement possible de la cotisation en cas de règlement de la cotisation pour partie par le souscripteur et pour partie par l'adhérent ;
- Ajustement de la clause relative à la protection des données personnelles s'agissant de la consultation possible de la « Politique de données » de la Mutuelle ;
- Ajustement de la clause relative à la lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption s'agissant des justificatifs pouvant être demandés par la Mutuelle.

NOUVEAUX ARTICLES DES CONDITIONS GÉNÉRALES – NOTICE D'INFORMATION Référéncées HM.CG-NI.2025 et HM.CG-NI/NR.2025 Modifiant les HM.CG-NI.2024 et HM.CG-NI/NR.2024

ARTICLE 3 L'ADHÉSION INDIVIDUELLE À LA MUTUELLE

[uniquement pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI.2024]

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.

Pour les adhésions faites intégralement à distance, après avoir été mis en mesure de vérifier les informations données et la garantie choisie, l'adhérent valide et signe électroniquement son bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent, le cas échéant par signature électronique, notamment dans le cas des adhésions faites intégralement à distance, emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et du règlement intérieur.

3.1 Catégorie éligible [uniquement pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI.2024]

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

L'adhésion au contrat est réservée aux salariés éligibles du souscripteur visés aux conditions particulières et à la notice d'information du contrat, et tels que définis le cas échéant dans l'acte juridique de droit du travail du souscripteur.

3.1 Catégorie éligible [uniquement pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2024]

L'adhésion au contrat est réservée aux salariés éligibles du souscripteur visés aux conditions particulières et à la notice d'information du contrat, et tels que définis le cas échéant dans l'acte juridique de droit du travail du souscripteur, affiliés au contrat collectif complémentaire ainsi qu'à un niveau de garantie permettant l'adjonction d'une garantie surcomplémentaire.

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.

Pour les adhésions faites intégralement à distance, après avoir été mis en mesure de vérifier les informations données et la garantie choisie, l'adhérent valide et signe électroniquement son bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent, le cas échéant par signature électronique, notamment dans le cas des adhésions faites intégralement à distance, emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et du règlement intérieur.

3.3 Choix du niveau de garantie

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

Les conditions particulières et la notice d'information peuvent prévoir plusieurs niveaux de garantie.

La modification de garantie à la hausse à l'initiative de l'adhérent prend effet au 1^{er} jour du mois suivant l'expiration d'un délai de 6 mois à compter de la date de réception de la demande, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois à compter de la date d'adhésion ou de la date du précédent changement de niveau garantie.

La modification de garantie à la baisse à l'initiative de l'adhérent prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois après la date d'adhésion ou la date du précédent changement de niveau garantie.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

Les conditions particulières et la notice d'information peuvent prévoir plusieurs niveaux de garantie.

La modification de garantie à la hausse à l'initiative de l'adhérent prend effet à l'expiration d'un délai de 6 mois à compter de la date de réception de la demande, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois à compter de la date d'adhésion ou de la date du précédent changement de niveau garantie.

La modification de garantie à la baisse à l'initiative de l'adhérent prend effet au jour de réception de la demande par la Mutuelle, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois après la date d'adhésion ou la date du précédent changement de niveau garantie.

ARTICLE 5 RÉSILIATION DE LA GARANTIE, RADIATION D'UN AYANT DROIT, NULLITÉ

5.1 À l'initiative de l'adhérent

Résiliations légalement prévues

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire pour une garantie optionnelle ou dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative, l'adhérent peut mettre fin à la garantie annuellement avant le 31 octobre de l'année civile, sous réserve de l'application de l'article *Durée de l'adhésion*.

À l'expiration du délai d'adhésion minimal de 12 mois, l'adhérent dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L.221-10-2 et L.221-10-3 du Code de la Mutualité.

(...)

Sous les tableaux « Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative » et « Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative », ajout de la clause suivante :

« La Mutuelle peut également mettre fin aux garanties si les conditions exigées pour être adhérent ne sont plus remplies. »

Sous le tableau « Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit », ajout de la clause suivante :

« La Mutuelle peut également mettre fin à la garantie si les conditions exigées pour être ayant droit du contrat ne sont plus remplies. »

[Le reste de l'article est inchangé]

7.5 Limitation de prise en charge dans le cadre du contrat responsable

Dans le cadre de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical partagé ou à le compléter ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.



7.6 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (côtés DE par les professionnels de santé dans le cadre des rapports conventionnels avec l'Assurance maladie obligatoire).

Le médecin peut appliquer ces dépassements d'honoraires exceptionnels par exemple si le malade demande un rendez-vous en dehors des horaires d'ouverture du cabinet ou à domicile sans raison de santé, pour ne pas se déplacer.

Le masseur kinésithérapeute peut appliquer ces dépassements d'honoraires exceptionnels par exemple pour des soins donnés en dehors de l'horaire normal d'activité du masseur-kinésithérapeute.

- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les frais liés aux séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les établissements médico-sociaux, y compris les maisons d'accueil spécialisées, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées, y compris les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ;

- la chambre particulière facturée pour le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).

Déchéance de garantie

Si l'adhérent ou l'ayant droit réalise une fausse déclaration de sinistre, c'est-à-dire s'il utilise volontairement des renseignements ou des documents inexacts ou falsifiés comme justificatifs ou utilise tout autre moyen frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations, il est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné. Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de la Mutuelle.

8.1 Règlement des prestations

(...)

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les prestations dentaires, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais engagés.

Pour la prise en charge de l'activité physique adaptée, le bénéficiaire devra transmettre en plus de la facture détaillée et acquittée, l'imprimé spécifique mis à disposition par la Mutuelle et rempli par le médecin prescripteur.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

(...)

Restitution des prestations indues

Dans l'hypothèse où des prestations ont été versées indûment à un bénéficiaire (par exemple, remboursement pour un soin dont la date de référence ne se situe pas pendant la période de couverture ou encore versement de la prestation en double au professionnel de santé dans le cadre d'un accord de tiers payant et au bénéficiaire) ou que les montants versés ont été supérieurs à ce qu'il était censé recevoir (suite à une erreur de calcul, par exemple), ce bénéficiaire devra rembourser à la Mutuelle les sommes indûment perçues, en application du Code Civil (articles 1302 et 1302-1 du Code Civil). Ceci s'applique y compris si l'origine de l'indu est liée à une erreur de la Mutuelle.

La Mutuelle a 5 ans pour demander le paiement de cet indu, à compter du paiement, sauf à ce qu'elle ait été empêchée d'agir par suite d'un empêchement quelconque tel que la force majeure ou l'ignorance du caractère indu du paiement.

Le cas échéant, un plan de remboursement pourra être établi avec le bénéficiaire concerné, en tenant compte de sa situation personnelle.

[le reste de l'article est inchangé]

12.2 Incident de paiement (ou 11.2 Incident de paiement pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2024)

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées ;
- et d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet du mode de paiement effectué notamment pour le motif de « compte insuffisamment provisionné ».

12.3 Non-paiement de la cotisation (ou 11.3 Non-paiement de la cotisation pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2024)

En cas de précompte de la cotisation par le souscripteur

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse une lettre recommandée de mise en demeure ou un recommandé électronique avec avis de réception au souscripteur. La garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure.

Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si le souscripteur n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

(...)

En l'absence de précompte de la cotisation par le souscripteur

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse une lettre recommandée de mise en demeure ou un recommandé électronique avec avis de réception à l'adhérent. La garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure.

Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

(...)

En cas de règlement de la cotisation pour partie par le souscripteur et pour partie par l'adhérent

Le défaut de paiement du souscripteur entraîne la résiliation de l'ensemble des garanties si la part de cotisation n'a pas été réglée quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Le défaut de paiement de l'adhérent au titre de garanties facultatives, pour ses ayants droit ou pour lui-même, entraîne la résiliation des garanties si la part de cotisation n'a pas été réglée quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

À défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur, la part de la cotisation payée par l'adhérent afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque, lui est remboursée. Cela ne concerne que les garanties facultatives au titre d'option ou de la couverture des ayants droit.

[le reste de l'article est inchangé]

13.4 Fausse déclaration ou omission de déclaration

(ou 12.4 Fausse déclaration ou omission de déclaration pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2024)

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent portant sur des éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la modification de son adhésion ayant donné lieu à la signature d'un bulletin de modification d'adhésion, ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur la réalisation du risque, expose l'adhérent à l'application des sanctions décrites ci-après.

En application de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion de la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé de la part de l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations payées demeurent alors acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. La Mutuelle peut, par ailleurs, engager des poursuites pour la récupération des prestations induites réglées.

ARTICLE 17 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL (ou 16 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2024)

(...)

Ajout d'une clause à la fin de l'article :

Pour en apprendre plus sur la manière dont la Mutuelle traite leurs données, l'adhérent et ses ayants droit peuvent consulter la rubrique relative aux traitements des données à caractère personnel « Politique de données » sur le site Internet de la Mutuelle www.harmonie-mutuelle.fr

[le reste de l'article est inchangé]

ARTICLE 20 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME, GEL DES AVOIRS ET DE PRÉVENTION DE LA CORRUPTION (ou 19 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME, GEL DES AVOIRS ET DE PRÉVENTION DE LA CORRUPTION pour les conditions générales-notice d'information HM.CG-NI/NR.2024)

La Mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption.

La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à solliciter auprès du souscripteur et des adhérents la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés).

Afin de permettre à la Mutuelle de respecter ces obligations, l'adhérent s'engage à lui remettre les éléments et justificatifs demandés.

En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la Mutuelle est assujettie.

La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait la Mutuelle à une quelconque sanction.

Pour plus d'informations sur ce sujet, il est possible de se reporter au code de conduite de la Mutuelle, disponible à l'adresse suivante : <https://www.harmonie-mutuelle.fr/anticorruption-nos-engagements>