néoliane



Obsèques

VIASANTÉ mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° OBS1991

+ Conditions Générales d'Assistance

+ Statuts GPST

+ Statuts VIASANTÉ Mutuelle



DÉCOUVREZ L'OFFRE NÉOLIANE OBSÈQUES :

ANTICIPER

est une démarche personnelle et rassurante.

SOULAGER FINANCIÈREMENT VOTRE FAMILLE ANTICIPER

suite à votre décès.

NÉOLIANE OBSÈQUES est un contrat d'assurance vie en cas de décès qui permet de verser un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) afin de prévoir le financement de vos obsèques.

Le principe est simple :

✓ **Vous choisissez le montant de capital que vous souhaitez :** ce montant de capital entre 2 000 € et 12 000 € (choix possible par tranche de 1 000 €) est choisi à l'adhésion et sera versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) contractuellement pour le financement de vos obsèques.

✓ **Vous disposez de 3 types de cotisation :**
- → Une cotisation temporaire 15 ans : vous payez votre cotisation sur une durée de 15 ans ;
- → Une cotisation temporaire 20 ans : vous payez votre cotisation sur une durée de 20 ans ;
- → Une cotisation viagère : vous payez votre cotisation tout au long de votre vie.

✓ **Vous désignez le bénéficiaire de votre choix :** sur simple déclaration, vous désignez le(s) bénéficiaire(s) à l'adhésion ou par courrier ultérieurement.

Le capital est exonéré des droits de succession (selon la législation en vigueur).

ACCOMPAGNER VOTRE FAMILLE

et être à leur écoute est primordial suite à un décès.

Des **services d'assistance** permettent d'accompagner et de guider vos proches à la survenance de votre décès (assistance téléphonique et juridique, aide aux démarches administratives, soutien psychologique, aide à la recherche d'un prestataire funéraire, transport du corps en France Métropolitaine...).



POURQUOI CHOISIR NÉOLIANE OBSÈQUES ?

POUR VOUS

- Une garantie viagère ;
- Des tarifs allégés pour préserver votre budget ;
- Aucune formalité médicale quelque soit l'âge et le montant du capital ;
- Un versement du capital sous 48h au(x) bénéficiaire(s)*.

ET POUR VOS PROCHES...

Des services d'assistance pour les aider et lesaccompagner au moment du décès de l'Adhérent** :

- ✓ Organisation des obsèques (transport du corps depuis le lieu du décès jusqu'à l'établissement de l'opérateur funéraire en France, frais funéraires, coordination des obsèques...)
- ✓ Lorsque l'Adhérent décède au cours d'un voyage (acheminement des membres et proches de la famille)

Également dès l'adhésion et après les obsèques : mise à disposition d'un service d'informations juridiques et administratives (démarches administratives à effectuer en cas de décès, conséquences légales du décès...).

MONDIAL ASSISTANCE

**Dans les conditions de l'article 15 de la notice d'information, à réception du dossier complet et si l'indemnisation est due*

***Se référer aux conditions générales de la garantie assistance – Annexe 2*

Obsèques

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES
EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Le contrat « Néoliane obsèques » est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'association GPST auprès de VIASANTÉ Mutuelle, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, située au 14-16 boulevard Malesherbes 75008 Paris, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 777 927 120 – Membre d'AG2R LA MONDIALE : et proposé par Néoliane Santé, courtier en assurances – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3, enregistrée au Registre du Commerce et des Sociétés de NICE sous le numéro 510 204 274, inscrit à l'Orias sous le numéro 09 050 488. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de VIASANTÉ Mutuelle.

Le montant de la cotisation est fixé de façon définitive à l'adhésion et calculé en fonction de la durée de paiement des cotisations, du niveau de garantie souscrit et de l'âge de l'Adhérent établi par tranche quinquennale.

Ce contrat viager garantit (article 4 de la présente Notice d'information) le versement d'un capital en cas de décès à la personne ayant réglé les frais d'obsèques et pour le surplus, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), dont le montant sera revalorisé dans les conditions prévues à l'article 13 ci-après. Ce capital sera utilisé prioritairement pour le financement des obsèques.
Il est à noter que le montant du capital est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais d'obsèques.

Le capital souscrit ne pourra être inférieur à 2 000 euros et supérieur à 12 000 euros. Le contrat comporte une Contre-assurance en cas de décès par maladie au cours de la première année d'adhésion. Durant cette période, le contrat prévoit uniquement le remboursement du montant des cotisations versées par l'Adhérent, hors assistance. Le capital n'est garanti qu'en cas de décès par accident durant cette période.

Le contrat prévoit également un service d'assistance fourni par Mondial Assistance France (cf. Annexe 2 de la Notice d'information).
Les exclusions prévues par le contrat sont celles prévues par l'article 16 de la Notice d'information.
La présente offre contractuelle est valable jusqu'à la date indiquée sur le devis personnalisé. L'adhésion se fait au moyen d'une demande d'adhésion remplie et signée par l'Adhérent.
L'Adhérent doit répondre aux conditions d'adhésion de l'article 2 de la Notice et notamment être âgé, à la date de prise d'effet des garanties entre dix-huit (18) ans et quatre-vingt trois (83) ans inclus et être résident, fiscalement et de façon permanente, en France Métropolitaine.
La cotisation est payable d'avance. Elle peut être, au choix de l'Adhérent, périodique viagère, périodique temporaire sur une durée de 15 ans ou périodique temporaire sur une durée de 20 ans (dans les conditions prévues à l'article 8 de la Notice d'information).

L'Adhérent peut opter pour un paiement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel. Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. La durée de l'adhésion au contrat recommandée dépend notamment de la situation patrimoniale de l'Adhérent, de son attitude vis-à vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat choisi.
L'Adhérent est invité à demander conseil auprès du distributeur.

L'Adhérent bénéficie d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires soit à compter du jour où il est informé que l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure. Pour cela, il lui suffit d'adresser à **VIASANTÉ Mutuelle, 14 rue René Cassin – CS 7020 – 77014 Melun Cedex**, un écrit rédigé selon le modèle suivant :

Je soussigné(e) M. /Mme (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat « Néoliane Obsèques » que j'avais souscrit le..... et demande le remboursement intégral des cotisations versées.
Fait à , le (Signature)

Réclamations et litiges
Pour toute réclamation, l'Adhérent ou le(les) Bénéficiaire(s) peut(peuvent) s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :
› Sur internet : **www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Réclamations »**
› Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé - 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

En cas de réponse non satisfaisante, l'Adhérent ou le(les) Bénéficiaire(s) peut(peuvent) adresser une réclamation par écrit, au **Service Prévoyance de VIASANTÉ Mutuelle au 01 64 71 42 58** puis, le cas échéant, au **Service Satisfaction Clients, 14 rue René Cassin – CS 70528 – 77014 Melun Cedex**.

Les délais de traitement de la réclamation ne peuvent excéder :
- **Dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse définitive elle-même est apportée à l'Adhérent ou au(x) Bénéficiaire(s) dans ce délai ;**
- **Deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.**

Médiation :
Si le désaccord persiste, ou, à défaut de réponse dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'Adhérent ou le(les) Bénéficiaire(s) peut(peuvent) saisir le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée. Le dossier, constitué des documents et éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à transmettre :
› Par voie électronique :
www.www.mediateur-mutualite.fr.
› Par courrier à l'adresse suivante :
Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) - Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15.

Ce dernier examinera la demande de l'Adhérent ou du(des) Bénéficiaire(s) et rendra une proposition en toute équité et en toute indépendance.

néoliane

Obsèques

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N°OBS1991

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

Le contrat « Néoliane Obsèques » est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative. Il est assuré par VIASANTÉ Mutuelle, située au 14-16 boulevard Malesherbes 75008 Paris, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993, régie par le Livre II du Code de la mutualité.Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au contrat, conclus entre la Mutuelle et l'Association GPST.

Le contrat garantit (article 1 de la présente Notice d'information) le versement d'un capital en cas de décès à l'adhérent ayant réglé les frais d'obsèques et pour le surplus, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), dont le montant sera revalorisé dans les conditions prévues à l'article 13 ci-après.

Ce capital sera utilisé prioritairement pour le financement des obsèques.

Il est à noter que le montant du capital est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais d'obsèques.

Le capital souscrit ne pourra être inférieur à 2 000 euros et supérieur à 12 000 euros.

Le contrat comporte une Contre-assurance (définie à l'article Définitions) en cas de décès par maladie au cours de la première année d'adhésion. Durant cette période, le contrat prévoit uniquement le remboursement du montant des cotisations versées par l'Adhérent, hors assistance.

Le capital n'est garanti qu'en cas de décès par accident durant cette période.

Le contrat prévoit également un service d'assistance fourni par Mondial Assistance France (cf. Annexe 2 de la Notice d'information). Le contrat ne comporte pas de garantie en capital au moins égale aux sommes versées, nettes de frais.

Le contrat « Néoliane Obsèques » prévoit une participation aux excédents égale à 90 % des résultats techniques et à 85 % des résultats financiers (Article 10 de la présente Notice d'information).

Il comporte une valeur de rachat. Des pénalités de rachat de 5 % sont appliquées à la valeur de rachat si l'Adhérent demande le rachat au cours des 10 premières années.

Les sommes sont versées par Viasanté MUTUELLE dans un délai de 30 jours (Article 14 de la présente Notice d'information et tableau inséré en Annexe 1 – Tableau des valeurs de rachat).

Le contrat comporte les frais suivants :

- **frais à l'entrée et sur versement : le contrat prévoit des frais sur cotisations destinés à couvrir les coûts liés à la souscription du contrat et à l'encaissement des cotisations. Il s'agit des frais d'acquisition et de gestion administrative des encaissements des cotisations. Les frais d'acquisition s'élèvent au maximum à 19% de la cotisation annuelle, hors garanties accessoires, et n'excèdent pas 2,5% du capital garanti conformément à l'article L.223-20-1 du code de la Mutualité visant les formules de financement d'obsèques.**
- **frais en cours de vie du contrat : le contrat prévoit des frais destinés à couvrir les coûts liés au fonctionnement et à la gestion du contrat jusqu'à son terme, quelle que soit la durée de paiement des cotisations. Ces frais annuels sont de 1,2% du capital garanti au maximum ;**
- **frais de sortie : Les valeurs de rachat correspondent aux provisions mathématiques au sein desquelles des frais de 5% sont prélevés pendant les dix premières années uniquement. ;**
- **autres frais : Frais d'adhésion à l'Association GPST : ces frais s'élèvent à 0,60 € par an.**

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

Désignation des Bénéficiaires en cas de décès (Article 18 de la Notice d'information) : Sont contractuellement désignés bénéficiaires du capital décès la personne qui financera les obsèques ou l'entreprise de pompes funèbres qui prendra en charge les obsèques et pour le solde éventuel du capital le(s) Bénéficiaire(s) tel(s) qu'il(s) est (sont) déterminé(s) à l'Article 18 de la Notice d'information.

L'Adhérent peut désigner le Bénéficiaire pour le solde éventuellement restant dans la demande d'adhésion et ultérieurement, par avenant. La désignation du Bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le Bénéficiaire est nommément désigné, l'Adhérent doit indiquer les coordonnées du Bénéficiaire. La clause bénéficiaire peut être modifiée si celle-ci n'est plus appropriée. L'attention de l'Adhérent est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le Bénéficiaire.

néoliane

Obsèques

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° MBIJHTC01NI

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance prévoyance « **Néoliane Obsèques** » est un contrat collectif à adhésion facultative, régi par le Code de la mutualité. Ce contrat est dénommé ci-après le « contrat collectif ».
Ce contrat collectif est référencé GPST/MB/06. Il se compose des documents suivants :
- La présente Notice d'information et le DIC (document d'informations clés), qui définissent les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat collectif ;
- Les Conditions Particulières, qui retracent les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites ;
- Les statuts de l'Association GPST ;
- Les statuts de la Mutuelle.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le Contrat groupe auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres. Le Contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire y afférent sera du ressort exclusif des tribunaux français.

La Mutuelle, co-concepteur et gestionnaire du Contrat groupe est **VIASANTÉ Mutuelle**, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, située au 14-16 boulevard Malesherbes 75008 Paris, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 777 927 120 – Membre d'AG2R LA MONDIALE, ci après dénommé « **la Mutuelle** ».

Le Souscripteur est l'**Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous**, association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège social se situe au 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS, ci-après dénommée l'« **Association GPST** ». L'Association GPST souscrit auprès de Viasanté MUTUELLE ce Contrat groupe au profit de ses Adhérents.

Le co-distributeur est **NÉOLIANE SANTÉ**, Société par actions simplifiée au capital de 2 000 000 € – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nice sous le N° B 510 204 274 – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr) – Siège social : 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06200 NICE, ci-après dénommé le « **Courtier** ».

Le co-concepteur et co-distributeur du Contrat groupe est **GROUPE SANTIANE HOLDING** (GSH), SAS au capital de 511 539 € – RCS Paris 812 962 330 – 30/32 Boulevard de Vaugirard- 75015 PARIS – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr) – Intervient en qualité de co-courtier de Néoliane Santé.

L'organisme assisteur est FRAGONARD ASSURANCES, SA au capital de 37 207 660€, entreprise régie par le Code des assurances, située 7 rue Dora Maar – 93 400 Saint-Ouen, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n° 479 065 351. Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par AWP France SAS, au capital de 7 584 076,86€ dont le siège social est situé 7 rue Dora Maar – 93 400 Saint-Ouen, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n° 490 381 753 – N° ORIAS 07 026 669.
Cette Notice d'information est régie par le droit français et notamment le Code de la Mutualité. La Mutuelle s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

DÉFINITIONS

Accident : Evènement entraînant toute atteinte corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Adhérent.

Ne sont pas considérés comme accidentels, les maladies aigües ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

Adhérent : Personne physique qui adhère au présent contrat collectif et sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement garanti

Adhésion : L'adhésion au contrat d'assurance sur la vie souscrit par l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST), auprès de Viasanté MUTUELLE, pour la couverture de ses membres.

Âge : L'âge de l'Adhérent est calculé par différence de millésimes entre l'année considérée et l'année de naissance.

Bénéficiaire : La personne ayant réglé les frais d'obsèques et pour le surplus éventuel, la ou les personnes physiques ou morales désignées par l'Adhérent, pour recevoir les prestations dues en cas de sinistre et désignée(s) au sein des Conditions Particulières.

Contre-assurance : Garantie ayant pour objet le remboursement au Bénéficiaire du montant des cotisations versées par l'Adhérent, hors assistance, en cas de décès à la suite d'une maladie de l'Adhérent au cours de la première année d'adhésion.

Provision Mathématique : Réserve constituée par Viasanté MUTUELLE à partir des cotisations perçues au titre de la couverture de ses engagements futurs en cas de réalisation du risque.

Valeur de Rachat : Somme versée à l'Adhérent en cas de demande de rachat. Elle est égale à la différence entre la valeur actuelle des engagements respectivement pris par Viasanté MUTUELLE et par les Adhérents, dans la limite du montant assuré en cas de décès. Il peut être appliqué une pénalité de 5 % en cas de rachat au cours des dix (10) premières années de l'adhésion.

Valeur de Réduction : C'est la valeur du capital garanti

faisant suite à un arrêt de paiement des cotisations. Elle est calculée en fonction de la Provision Mathématique et de l'âge atteint de l'Adhérent au moment de la mise en réduction..

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT D'ASSURANCE

1.1 Description de la garantie

Le contrat « Néoliane Obsèques » a pour objet de garantir à la personne ayant réglé les obsèques et pour le solde éventuel, au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s), le versement d'un capital défini ci-après, en cas de décès de l'Adhérent, moyennant le versement des cotisations prévues au contrat collectif et sous réserve des exclusions visées à l'article 16 et des limites d'âge définies à l'article 2 des présentes.

Ce capital est obligatoirement affecté prioritairement au financement et à la réalisation des obsèques de l'Adhérent(e). Il est à noter que le montant du capital est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais d'obsèques. Le montant du capital versé ainsi que la durée de versement des cotisations (viagère, périodique temporaire sur quinze (15) ans ou périodique temporaire sur vingt (20) ans), choisis par l'Adhérent, figurent dans les Conditions particulières.
Pendant la première année d'adhésion, le contrat collectif prévoit uniquement le remboursement intégral des cotisations versées en cas de décès de l'Adhérent à la suite d'une maladie (application de la Contre-assurance).
En cas de décès par accident pendant la période de Contre-assurance, le capital garanti est versé en intégralité.
En cas de décès au-delà de la période de Contre-assurance, le capital souscrit est versé. Le montant de ce capital garanti est choisi par l'Adhérent à la date d'effet de l'adhésion et est compris entre deux mille (2 000) euros et douze mille (12 000) euros par tranche de mille (1 000) euros, soit onze (11) niveaux de capital au total.

1.2 Plafond de garantie

Les engagements de la Mutuelle sur le Capital versé au titre de la garantie Décès sont plafonnés à douze mille (12 000) euros par Adhérent, hors participation aux bénéfices. Dans l'hypothèse où, plusieurs contrats « Néoliane Obsèques » seraient souscrits sur la tête d'un même Adhérent, le total des montants de Capital souscrit ne pourrait être supérieur à douze mille euros (12 000) euros, hors participation aux bénéfices, par Adhérent.

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer au Contrat, l'ensemble des membres de l'Association GPST, dont les frais d'adhésion seront prélevés mensuellement. A ce titre, l'Adhérent recevra une copie des statuts de l'Association.

L'Adhérent doit remplir les conditions suivantes :

- être âgé, à la date de prise d'effet des garanties tel que stipulé dans les Conditions Particulières entre dix-huit (18) ans et quatre-vingt trois (83) ans inclus ;
- être résident, fiscalement et de façon permanente, en France Métropolitaine. Un déménagement en dehors de la France Métropolitaine met fin à la couverture ;
- ne pas avoir dépassé le plafond maximal de garantie défini à l'article 1.2 de la présente Notice d'information.

Le bénéfice des garanties est subordonné au règlement effectif de la première périodicité de paiement indiquée dans la demande d'adhésion.

L'Adhérent qui signe la demande d'adhésion acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle. Il reçoit à ce titre un exemplaire des Statuts de la Mutuelle transmis par le Courtier.

ARTICLE 3 - CONDITIONS PARTICULIÈRES

Après l'adhésion au contrat collectif, des Conditions particulières sont délivrées à l'Adhérent par la Mutuelle. Elles précisent notamment les garanties souscrites, la durée de cotisations choisie, la date d'effet des garanties, le montant des valeurs minimales de rachat et formalisent ainsi l'acceptation de l'assurance par la Mutuelle.

ARTICLE 4 - DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet, sous réserve du règlement de la première cotisation, le premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle (cachet de la Poste ou date de remise en agence faisant foi ou, lors d'un retour par voie électronique, date figurant sur la demande de souscription faisant foi).

L'adhésion s'entend pour une durée viagère, sauf en cas de rachat ou de réduction de l'adhésion dans les conditions visées aux articles 12 et 13 des présentes.

En cas d'incident de paiement sur la première cotisation, la prise d'effet est reportée à la date d'encaissement effective du paiement. A défaut de régularisation dans un délai de trois (3) mois, l'adhésion est annulée.

ARTICLE 5 - MODIFICATIONS DU CONTRAT

L'Adhérent ne peut pas demander la modification des garanties souscrites ou de la durée de paiement des cotisations, en cours de vie de l'adhésion.

ARTICLE 6 - DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent a le droit de renoncer à son adhésion dans les trente (30) jours calendaires révolus soit à compter du jour où il est informé que l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité si cette date est postérieure.

Ce délai expire le dernier jour à vingt quatre (24) heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié et chômé, il n'est pas prorogé.

Le cas échéant, l'Adhérent peut renoncer à la présente adhésion par écrit :

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client,
rubrique « Je modifie mon contrat et/ou mes informations »

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Cette lettre peut être rédigée selon le modèle exemple de lettre ci-dessous :

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° MBIJHTC01NI

Modèle de lettre de renonciation

Nom, prénom :
Adresse :
N° du contrat :
Mode de paiement choisi :
Montant de la cotisation déjà acquittée :
Je soussigné(e) M. /Mme (nom, prénom, adresse, n° Adhérent) déclare renoncer à mon adhésion n°_____ au contrat « Néoliane Obsèques » dont la date d'effet est fixée au _____ et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception du présent courrier.
Fait à _____ , le _____ Signature de l'Adhérent

La cotisation dont l'Adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation est égale au prorata de la cotisation annuelle, pour la période écoulée entre la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle renonciation..

ARTICLE 7 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :
- au décès de l'Adhérent ;
- à la date de paiement de la valeur de rachat ;
- en cas de retrait de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle.

ARTICLE 8 - COTISATIONS

8.1. Montant de la cotisation

Les garanties sont consenties moyennant le paiement de cotisations calculées en fonction de la durée de paiement des cotisations, du niveau de garantie souscrit et de l'âge de l'Adhérent à l'adhésion établi par tranche quinquennale.

8.2. Dates et modalités de paiement de la cotisation

Les cotisations sont indiquées dans la grille tarifaire en vigueur à la date d'effet de l'adhésion.
Les cotisations peuvent être, au choix de l'Adhérent :
- périodiques viagères ;
- périodiques temporaires sur une durée de quinze (15) ans ;
- ou périodiques temporaires sur une durée de vingt (20) ans.

Il est entendu que, pour choisir une cotisation périodique viagère, l'Adhérent devra être âgé entre quarante (40) ans et quatre-vingt-trois (83) ans inclus. De même, pour choisir une cotisation temporaire sur une durée de quinze (15) ans, l'Adhérent devra être âgé entre dix-huit (18) ans et soixante quinze (75) ans inclus lors de l'adhésion et pour une cotisation périodique temporaire sur une durée de vingt (20) ans, l'Adhérent devra être âgé entre dix-huit (18) ans et soixante dix (70) ans inclus lors de l'adhésion.

La cotisation est annuelle et payable d'avance. L'Adhérent peut opter pour un paiement semestriel, trimestriel mensuel ou annuel.
Le montant et la fréquence de paiement de la ou des cotisations sont indiqués dans les Conditions particulières. Les cotisations sont payables dans les dix (10) jours de l'échéance par prélèvement automatique sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire situé dans l'Espace Economique Européen, désigné à cet effet par l'Adhérent.
À chaque échéance, l'Adhérent reçoit un appel de cotisation. L'Adhérent a la possibilité, à tout moment, de modifier le fractionnement de la cotisation, en adressant une demande écrite au Service Prévoyance de la Mutuelle dont l'adresse figure à l'Article 15. Le paiement des cotisations cesse au décès de l'Adhérent, en cas de rachat de l'adhésion ou à la fin de la période de paiement des cotisations choisie.

8.3. Frais compris au contrat

Le contrat comporte les frais suivants :
- Frais à l'entrée et sur versement :

> Le contrat prévoit des frais sur cotisations destinés à couvrir les coûts liés à la souscription du contrat et à l'encaissement des cotisations. Il s'agit des frais d'acquisition et de gestion administrative des encaissements des cotisations.
> Les frais d'acquisition s'élèvent au maximum à 19% de la cotisation annuelle, hors garanties accessoires, et n'excèdent pas 2,5% du capital garanti conformément à l'article L.223-20-1 du code de la Mutualité visant les formules de financement d'obsèques.

- Frais en cours de vie du contrat : le contrat prévoit des frais destinés à couvrir les coûts liés au fonctionnement et à la gestion du contrat jusqu'à son terme, quelle que soit la durée de paiement des cotisations. Ces frais annuels sont de 1,2% du capital garanti au maximum ;
- Frais de sortie : les valeurs de rachat correspondent aux provisions mathématiques au sein desquelles des frais de 5% sont prélevés pendant les dix premières années uniquement ;
- Autres frais : frais d'adhésion à l'Association GPST : ces frais s'élèvent à 0,60€ par an.

8.4. Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation au-delà d'un délai de dix (10) jours par rapport à l'échéance prévue, une lettre de mise en demeure est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans le cas où la cotisation reste impayée au-delà d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de la lettre de mise en demeure, le contrat est mis en réduction, selon les dispositions de l'Article 12 de la présente Notice d'information. La garantie se poursuit, sauf demande de rachat de la part de l'Adhérent, sur la base d'un nouveau capital garanti réduit, le paiement des cotisations étant définitivement interrompu.

ARTICLE 9 - OBLIGATIONS DE L'ASSOCIATION GPST

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité, l'Association GPST est tenue :
- de remettre à l'Adhérent les statuts de la Mutuelle, ses statuts, ainsi que la présente Notice d'information établie

par la Mutuelle définissant notamment les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur, les exclusions ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque ;
- d'informer l'Adhérent des modifications apportées à leurs droits et obligations en leur remettant la nouvelle Notice d'information établie par la Mutuelle.

La preuve de la remise de la Notice d'information, des statuts de la Mutuelle et de l'Association à l'Adhérent ainsi que de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Association GPST.
L'Adhérent peut refuser les modifications apportées en résiliant son adhésion dans le mois suivant la date à laquelle il en a eu connaissance. Le paiement de la cotisation due vaut acceptation des cotisations modifiées, le non-paiement des cotisations dues entraine la mise en réduction de l'adhésion dans les conditions décrites à l'article 12 des présentes.

ARTICLE 10 - PARTICIPATION AUX EXCÉDENTS

Pour chaque exercice civil inventorié, la Mutuelle détermine globalement le montant de la participation aux excédents à partir d'un compte de participation aux résultats correspondant au solde cumulé de 90% des résultats techniques et 85% des résultats financiers de l'ensemble des contrats participatifs et dans les modalités décrites à l'article D. 223-3 du Code de la mutualité. Le solde global excédentaire est affecté à la Provision pour Participation aux Excédents destinée à l'ensemble des contrats de la Mutuelle sur une durée maximale conforme aux dispositions du Code de la mutualité.
Chaque année, le Conseil d'Administration fixe un taux de participation au regard des engagements contractuels pris sur le long terme et dans la limite des disponibilités de la Provision de Participation aux Excédents. La participation aux excédents est distribuée au début de la période civile suivant l'exercice comptable auquel est rattaché le montant total des excédents inventoriés des contrats participatifs.
La participation aux excédents se traduit pour chaque contrat par une augmentation du capital garanti, déterminée en fonction de l'âge atteint dans l'exercice d'affectation et de son montant. Les montants ainsi déterminés individuellement sont ajoutés aux Provisions Mathématiques déjà constituées et viennent ainsi augmenter les Valeurs de Rachat.

ARTICLE 11 - RACHAT DE L'ADHÉSION

Le droit à rachat est acquis dès la première année de contrat. Seules des demandes de rachat total seront acceptées par la Mutuelle.
Si l'Adhérent souhaite mettre fin à l'adhésion, il recevra la valeur de rachat calculée à la date de la résiliation. Pour cela, il doit adresser une demande de rachat à :

À l'adresse suivante :
VIASANTÉ Mutuelle
Service Prévoyance
14 rue René Cassin - CS 7020
77 014 Melun Cedex

Lorsque le droit à rachat est acquis, la Mutuelle verse la Valeur de Rachat dans les trente (30) jours qui suivent la demande écrite, datée et signée de l'Adhérent.
Le paiement de cette Valeur de Rachat met fin au contrat. Au début de chaque année, la Mutuelle indique la Valeur de Rachat ainsi que le capital garanti intégrant les éventuelles participations aux bénéfices. La Valeur de Rachat est égale à la différence entre la valeur actuelle des engagements respectivement pris par la Mutuelle et par les membres participants, dans la limite du montant assuré en cas de décès.

Il peut être appliqué une pénalité de 5 % si le rachat intervient au cours des 10 (dix) premières années de l'adhésion.

Les Valeurs de Rachat du contrat sont indiquées sur les Conditions particulières. Elles sont établies selon les paramètres techniques réglementaires du Code de la mutualité, la table de mortalité TH 00-02 et le taux technique de 0,75 %. Les Valeurs de Rachat et de Réduction sont calculées par application de l'annexe 1 de la présente Notice d'information, conformément au Code de la mutualité.

ARTICLE 12 - RÉDUCTION DE L'ADHÉSION

Tout Adhérent ayant opté pour des cotisations périodiques viagères ou temporaires peut, à toute époque, interrompre le paiement des cotisations soit, par un avis qu'il adresse à La Mutuelle soit par simple refus de payer une échéance de cotisation.
L'Adhérent conserve alors des garanties dont le montant est réduit par rapport à celui fixé initialement. Le montant de cette garantie est appelé « Valeur de Réduction » et est calculé en fonction de l'âge atteint dans l'année de la réduction du contrat et de la Provision Mathématique constituée à la date de la mise en réduction.

Si le montant du capital réduit n'atteint pas le seuil fixé légalement (50% du SMIC en vigueur à la date de demande de mise en réduction), la Mutuelle procédera automatiquement au rachat du contrat, qui dès lors cessera tous ses effets.

ARTICLE 13 - REVALORISATION POST MORTEM

Conformément à l'article L. 223-19-1 du Code de la mutualité, en cas de décès de l'Adhérent et en l'absence de demande de versement du capital par le(s) Bénéficiaire(s), ou en l'absence de réception de l'ensemble des pièces nécessaires au paiement, le capital garanti est automatiquement revalorisé.

Cette revalorisation intervient à compter du décès de l'Adhérent, jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'article 15 des présentes ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 223-25-4 du Code de la mutualité.
Le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux (2) taux suivants :
- la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français, calculée au 1er novembre de l'année précédant le décès ;
- ou, le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1er novembre de l'année précédant le décès.

En outre, conformément aux dispositions de l'article L. 223-22-1 du Code de la mutualité, à compter de la réception par la mutuelle des pièces mentionnées à l'article 16, le capital garanti est versé aux Bénéficiaires dans un délai qui ne peut excéder un (1) mois. Au-delà de ce délai d'un (1) mois, le capital non versé produit de plein droit intérêt au taux légal, majoré du double durant deux (2) mois puis, à l'expiration de ce délai de deux (2) mois, au triple du taux légal.

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° MBIJHTC01NI

ARTICLE 14 - INFORMATIONS

La Mutuelle communiquera annuellement à l'Adhérent le montant du capital garanti, le montant de la valeur de rachat, la participation aux excédents ainsi que, le cas échéant le montant de la valeur de réduction.

ARTICLE 15 - FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE RÉALISATION DU RISQUE ET MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

En cas d'application de la Contre-Assurance, le Contrat prévoit uniquement le remboursement intégral des cotisations. En tout état de cause, en cas de décès, la Mutuelle doit être informée dans les plus brefs délais.

15.1 Conditions de règlement du capital en cas de décès

À réception du dossier complet et si la garantie est acquise, la Mutuelle s'engage à verser le capital dans un délai de quarante-huit (48) heures. À défaut du règlement dans un délai de trente (30) jours, le capital non versé produira des intérêts conformément à la réglementation en vigueur.

Les pièces nécessaires à l'instruction du dossier sont les suivantes :

- l'original de l'acte de décès mentionnant la date de naissance de l'Adhérent ;
- un certificat médical, à retourner sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle, mentionnant la cause et les circonstances du décès de l'Adhérent ;

Si le bénéficiaire désigné est un opérateur de prestations funéraires ou si la facture a déjà été réglée par un bénéficiaire personne physique :

- une facture détaillée attestant de la réalisation des prestations funéraires ou la facture des obsèques acquittées par la personne ayant pris en charge la réalisation des obsèques ;
- une photocopie lisible de la carte d'identité recto/verso datée et signée au nom du ou des Bénéficiaire(s), portant la mention « non décédé ».

S'il reste un solde :

- une photocopie lisible de la carte d'identité recto/verso ou du passeport, datée et signée au nom du ou des Bénéficiaire(s), portant la mention « non décédé ».

Dans tous les cas :

- une demande écrite du paiement du capital ;
- un relevé d'identité bancaire au nom du ou des Bénéficiaire(s).

Il pourra également être demandé :

- lorsqu'il s'agit d'un décès accidentel, une pièce établissant la cause du décès (rapport de police, de gendarmerie). Toutefois, cet élément de preuve n'est pas demandé lorsque le certificat médical mentionne clairement la nature, la date, le lieu, les circonstances et les causes du décès ;
- toute pièce complémentaire qui s'avèrerait nécessaire à l'étude du dossier .

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire.

Les pièces mentionnées ci-dessus devront être adressées par lettre recommandée avec accusé de réception à :

À l'adresse suivante :
VIASANTÉ Mutuelle
Service Prévoyance
14 rue René Cassin - CS 7020
77 014 Melun Cedex

ARTICLE 16 - EXCLUSIONS

La garantie Décès ne s'applique pas dans les cas suivants :

- **en cas de décès par maladie durant les 12 (douze) premiers mois de l'adhésion (application de la Contre-assurance) ;**
- **en cas de suicide de l'Adhérent au cours de la première année de l'adhésion ;**
- **en cas de risque de guerre civile ou étrangère pendant toute la garantie ;**
- **en cas de conséquences suite à la manipulation d'une arme à feu par l'Adhérent détenue illégalement ;**
- **en cas de décès résultant immédiatement et directement d'un crime ou d'un délit commis volontairement par l'Adhérent en tant qu'auteur, co-auteur ou complice et dont il pouvait prévoir les conséquences ;**
- **en cas d'émeute, d'insurrection et de leurs conséquences, dès lors que l'Adhérent y prend une part active ;**
- **en cas de vol sur un appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas de brevet ou de licence valide ;**
- **en cas d'effets directs ou indirects d'explosion, dégagement de chaleur, irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ;**
- **en cas de compétitions, démonstrations acrobatiques, vol d'essai, la pratique du delta-plane, de l'aile volante, de l'U.L.M. ou de tout autre appareil comparable, de la pratique du saut à l'élastique et de sports à titre professionnel ;**
- **en cas de pratique en qualité d'amateur des sports suivants : sports aériens, saut à l'élastique, voltige, plongée avec appareil autonome, saut à ski sur tremplin, ski acrobatique, spéléologie, alpinisme de haute montagne, varappe et escalade ;**
- **en cas de participation à des courses, compétitions ou essais préparatoires comportant l'utilisation d'un véhicule ou d'une embarcation à moteur ainsi que toutes tentatives de records ;**
- **en cas d'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement ;**

- **en cas d'alcoolémie : un état d'ivresse manifeste ou d'imprégnation alcoolique de l'Adhérent caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure au taux fixé par les dispositions légales ou réglementaires.**

Si le décès de l'Adhérent a été provoqué par le fait intentionnel ou à l'instigation d'un ou plusieurs des Bénéficiaire(s) du capital décès, ce ou ces derniers seront exclu(s) de toutes prestations.

ARTICLE 17 - CONTRATS D'ASSURANCE VIE EN DÉSHÉRENCE

La Mutuelle s'engage à respecter les dispositions des articles L. 223-10-1 et L. 223-10-2 du Code de la mutualité et notamment à répondre aux demandes des personnes physiques ou morales faites via l'AGIRA (Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance) consistant à rechercher si ces personnes sont bénéficiaires d'un contrat d'assurance vie souscrit à leur profit par une personne dont elles apportent la preuve du décès.
Elle s'informera également du décès éventuel de l'Adhérent au moins chaque année. Le cas échéant, suite au décès d'un Adhérent, la Mutuelle s'engage à rechercher le Bénéficiaire du contrat, et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son profit.

ARTICLE 18 - BÉNÉFICIAIRES

Est contractuellement désigné Bénéficiaire du capital décès la personne physique qui a financé les obsèques ou l'entreprise de pompes funèbres ayant pris en charge les obsèques, à hauteur des frais engagés.
Concernant le solde éventuel du capital, l'Adhérent peut désigner le(s) Bénéficiaire(s), en retournant à la Mutuelle le document prévu à cet effet, ou par acte sous seing privé ou par acte authentique.
Si l'Adhérent souhaite répartir le capital restant entre plusieurs bénéficiaires, le décès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital aux autres, proportionnellement à leurs parts respectives.
L'attention de l'Adhérent est attirée sur l'importance attachée à la rédaction de la clause Bénéficiaire(s) concernant l'identité du(des) Bénéficiaire(s) et de l'opportunité de prévoir un(des) Bénéficiaire(s) subséquent(s) notamment en cas de décès du(des) Bénéficiaire(s) désigné(s) ou si les renseignements délivrés concernant le(s) Bénéficiaire(s) désigné(s) ne permettaient pas à la Mutuelle d'identifier ce(s) dernier(s).

Toute désignation de Bénéficiaire(s) qui ne serait pas portée à la connaissance de la Mutuelle ne lui sera pas opposable.

À défaut de Bénéficiaire nommément désigné, le capital dû est versé dans l'ordre ci-après :
- au conjoint survivant de l'Adhérent, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, ni divorcé ;
- à défaut au partenaire avec lequel l'Adhérent est lié par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, aux descendants de l'Adhérent, par parts égales entre eux : enfants nés ou à naître (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis) présents ou représentés ;
- à défaut, aux ascendants de l'Adhérent par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, aux frères et sœurs de l'Adhérent par parts égales entre eux ;
- à défaut aux héritiers, selon la dévolution successorale.

Lorsque les enfants Bénéficiaires, orphelins de père ou de mère, sont mineurs, le capital décès est versé au tuteur.

Dans l'hypothèse où le(s) Bénéficiaire(s) n'a(ont) pas accepté le bénéfice de la stipulation faite à son(leur) profit, l'Adhérent peut modifier à tout moment, par lettre recommandée avec avis de réception adressée au Service Prévoyance de la Mutuelle, le libellé de la clause Bénéficiaire(s) définie lors de l'adhésion, notamment lorsqu'il n'est plus approprié.

Toutefois, si le Bénéficiaire accepte le bénéfice de la garantie, sa désignation devient irrévocable. Si l'Adhérent souhaite lui substituer quelqu'un ou effectuer le rachat de son contrat, son accord devient alors indispensable. À défaut de consentement, la Mutuelle ne pourra donner une suite favorable à la demande.

ARTICLE 19 - CONTRÔLE MÉDICAL

Chaque demande de versement de prestations sera soumise à l'acceptation médicale préalable du service Contrôle médical de la Mutuelle.
Ce dernier procédera à l'examen des pièces médicales qui lui ont été fournies, et se réserve le droit de demander aux Bénéficiaires, des pièces médicales complémentaires.
Compte tenu des pièces médicales fournies, le service Contrôle médical statuera sur la demande présentée et notifiera aux Bénéficiaires, la décision relative au versement de la prestation. Toute contestation relative à la décision formulée par le service Contrôle médical de la Mutuelle pourra être adressée ou transmise par écrit directement à celui-ci à l'adresse suivante :

À l'adresse suivante :
VIASANTÉ Mutuelle
Service Prévoyance
14 rue René Cassin - CS 7020
77 014 Melun Cedex

ARTICLE 20 - RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation, l'Adhérent ou le(les) Bénéficiaire(s) peut(peuvent) s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :

Sur internet :
www.neoliane.fr/service-client,
rubrique «Réclamations»

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

En cas de réponse non satisfaisante, l'Adhérent ou le(les) Bénéficiaire(s) peut(peuvent) adresser une réclamation par écrit :

À l'adresse suivante :
VIASANTÉ Mutuelle
Service Prévoyance
14 rue René Cassin - CS 7020
77 014 Melun Cedex

Les délais de traitement de la réclamation ne peuvent excéder :
- Dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse définitive elle-même est apportée l'Adhérent ou au(x) Bénéficiaire(s) dans ce délai ;
- Deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Médiation :
Si le désaccord persiste, ou, à défaut de réponse dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'Adhérent ou le(les) Bénéficiaire(s) peut(peuvent) saisir le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée. Le dossier, constitué des documents et éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à transmettre :

Par voie électronique :
www.mediateur-mutualite.fr

Par courrier à l'adresse suivante :
Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)
Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française
255 rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15

Ce dernier examinera la demande de l'Adhérent ou du(des) Bénéficiaire(s) et rendra une proposition en toute équité et en toute indépendance.

Plateforme Européenne des réglements des litiges :
En cas de proposition du contrat d'assurance Néoliane Obsèques en ligne, l'Adhérent ou le(les) Bénéficiaire(s) a(ont) aussi la possibilité, en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne accessible sur le site internet suivant : **http://ec.europa.eu/consumers/odr/**

ARTICLE 21 - PRESCRIPTION

Définition de la prescription
La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites dans les délais et termes des articles L. 221-11 et suivants du Code de la Mutualité.

Modalités de la 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 (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
2. En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'Adhérent 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 l'Adhérent ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.
Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.
La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le Bénéficiaire n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Adhérent décédé. Pour les adhésions 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.

Interruption de la prescription
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 avec avis de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la Mutualité. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :**
- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;**
- **l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;**
- **une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;**
- **l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers**

d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- **l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).**

Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur, ou à défaut d'accord, à compter du jour de la première réunion de médiation. Le délai de prescription recommence à courir, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

ARTICLE 22 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans le cadre de l'adhésion au Contrat d'assurance font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par la Mutuelle et le Courtier pour la gestion de leur relation avec l'Adhérent et son(ses) Bénéficiaires et l'exécution du Contrat.

Toutes ces informations sont nécessaires à l'exécution du Contrat d'assurance dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales (sauf opposition).

Elles sont destinées à la Mutuelle et au Courtier en tant que responsables du traitement et, éventuellement, aux mandataires, partenaires de la Mutuelle et, le cas échéant, au réassureur de la Mutuelle. Ces données sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un contrat de prestation. La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du Contrat d'assurance. Toute autre base légale est inscrite aux contrats, bulletins d'adhésion, conditions générales d'utilisation ou tout autre document contractuel que l'Adhérent et son(ses) Bénéficiaires est(sont) tenu(s) de respecter.

La Mutuelle et le Courtier prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Conformément à la Loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, l'Adhérent et son(ses) Bénéficiaires dispose(nt) d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données le/les concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité.

l'Adhérent et son(ses) Bénéficiaires peut(peuvent) exercer ces droits en s'adressant :

→ Soit à Néoliane Santé :

à l'adresse électronique :
dpo@neoliane.fr

Par courrier à l'adresse suivante :
Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

→ Soit à la Mutuelle :

Par courrier à l'adresse suivante :
VIASANTÉ Mutuelle
Service Relation Adhérents
14, rue René Cassin
CS 70528 - 77014 Melun Cedex

En outre, l'Adhérent et son(ses) Bénéficiaires a(ont) la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses/leurs données à caractère personnel applicables après son/leur décès. Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

En cas de désaccord, l'Adhérent et son(ses) Bénéficiaires peut(peuvent) introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris.

Certains transferts de données à caractère personnel peuvent être réalisés vers des pays tiers à l'Union Européenne dans le respect des dispositions du RGPD. Dans cette hypothèse, Néoliane Santé s'engage, sur simple demande de la personne concernée, à apporter une information complète sur la finalité du transfert, les données transférées, les destinataires exacts des informations et les moyens mis en œuvre pour encadrer ce transfert.

ARTICLE 23 - DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

Cette inscription permet à l'Adhérent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause l'inscription sur cette liste n'interdit pas, le Courtier ou la Mutuelle de joindre téléphoniquement l'Adhérent dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de votre contrat, y compris lorsqu'il s'agit de lui proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

ARTICLE 24 - SANCTIONS

La Mutuelle se réserve le droit d'exclure tout Adhérent qui aura causé ou tenté de causer volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle selon les modalités définies par les Statuts.

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fausse, d'omission ou de déclaration inexacte par le Bénéficiaire, d'éléments d'information ayant des répercussions

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° MBIJHTC01NI

sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'Adhérent, peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

1. En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité).
2. Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par le Membre participant (article L. 221-15 du Code de la Mutualité).

En cas notamment de fausse déclaration, de fraude ou tentative de fraude avérée, la Mutuelle peut également procéder à la résiliation du contrat.

La résiliation est notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au dernier domicile connu. Elle prendra effet au jour de la première présentation du courrier par la Poste.

ARTICLE 25 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle et le Courtier s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

À ce titre, ils sont tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans leurs livres ou les opérations portant sur des sommes dont ils savent, soupçonnent ou ont de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou sont liées au financement du terrorisme.

ARTICLE 26 - AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

La Mutuelle et le Courtier sont soumis au contrôle administratif de : **L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.**



Obsèques

ANNEXE 1
TABLEAU DES VALEURS DE RACHAT 1/2

Ce tableau comportant les valeurs de rachat et la somme des cotisations versées au terme de chacune des années **(hors assistance et hors frais d'entrée),** est donné à titre indicatif pour un capital de douze mille (12 000) euros et des cotisations viagères.

ÂGE À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT	NOMBRE D'ANNÉES APRÈS LA SOUSCRIPTION									
	1		2		3		4		5	
	Valeur de rachat	Cumul des primes versées	Valeur de rachat	Cumul des primes versées	Valeur de rachat	Cumul des primes versées	Valeur de rachat	Cumul des primes versées	Valeur de rachat	Cumul des primes versées
40	258,01 €	542,91 €	497,31 €	1 085,82 €	735,94 €	1 628,74 €	973,68 €	2 171,65 €	1 210,43 €	2 714,56 €
41	265,42 €	542,91 €	509,11 €	1 085,82 €	751,88 €	1 628,74 €	993,65 €	2 171,65 €	1 234,31 €	2 714,56 €
42	273,13 €	542,91 €	521,15 €	1 085,82 €	768,13 €	1 628,74 €	1 013,98 €	2 171,65 €	1 258,83 €	2 714,56 €
43	281,15 €	542,91 €	533,56 €	1 085,82 €	784,81 €	1 628,74 €	1 035,04 €	2 171,65 €	1 284,47 €	2 714,56 €
44	289,50 €	542,91 €	546,37 €	1 085,82 €	802,19 €	1 628,74 €	1 057,21 €	2 171,65 €	1 311,65 €	2 714,56 €
45	298,19 €	542,91 €	559,84 €	1 085,82 €	820,66 €	1 628,74 €	1 080,89 €	2 171,65 €	1 340,67 €	2 714,56 €
46	307,26 €	542,91 €	574,13 €	1 085,82 €	840,40 €	1 628,74 €	1 106,21 €	2 171,65 €	1 371,68 €	2 714,56 €
47	316,73 €	542,91 €	589,32 €	1 085,82 €	861,42 €	1 628,74 €	1 133,17 €	2 171,65 €	1 404,40 €	2 714,56 €
48	326,66 €	542,91 €	605,35 €	1 085,82 €	883,68 €	1 628,74 €	1 161,47 €	2 171,65 €	1 438,63 €	2 714,56 €
49	337,07 €	542,91 €	622,30 €	1 085,82 €	906,96 €	1 628,74 €	1 190,99 €	2 171,65 €	1 474,32 €	2 714,56 €
50	347,68 €	612,42 €	639,57 €	1 224,83 €	930,80 €	1 837,25 €	1 221,32 €	2 449,66 €	1 510,97 €	3 062,08 €
51	359,14 €	612,42 €	657,93 €	1 224,83 €	956,00 €	1 837,25 €	1 253,16 €	2 449,66 €	1 549,49 €	3 062,08 €
52	371,19 €	612,42 €	677,18 €	1 224,83 €	982,24 €	1 837,25 €	1 286,45 €	2 449,66 €	1 590,12 €	3 062,08 €
53	383,88 €	612,42 €	697,25 €	1 224,83 €	1 009,75 €	1 837,25 €	1 321,69 €	2 449,66 €	1 633,03 €	3 062,08 €
54	397,24 €	612,42 €	718,47 €	1 224,83 €	1 039,11 €	1 837,25 €	1 359,15 €	2 449,66 €	1 678,46 €	3 062,08 €
55	410,93 €	673,04 €	740,77 €	1 346,07 €	1 069,99 €	2 019,11 €	1 398,45 €	2 692,15 €	1 725,70 €	3 365,19 €
56	425,83 €	673,04 €	764,74 €	1 346,07 €	1 102,87 €	2 019,11 €	1 439,75 €	2 692,15 €	1 775,07 €	3 365,19 €
57	441,62 €	673,04 €	789,98 €	1 346,07 €	1 137,06 €	2 019,11 €	1 482,53 €	2 692,15 €	1 825,96 €	3 365,19 €
58	458,38 €	673,04 €	816,26 €	1 346,07 €	1 172,48 €	2 019,11 €	1 526,61 €	2 692,15 €	1 878,12 €	3 365,19 €
59	476,15 €	673,04 €	843,78 €	1 346,07 €	1 209,24 €	2 019,11 €	1 572,00 €	2 692,15 €	1 931,57 €	3 365,19 €
60	493,86 €	792,65 €	871,39 €	1 585,29 €	1 246,13 €	2 377,94 €	1 617,57 €	3 170,58 €	1 984,96 €	3 963,23 €
61	513,83 €	792,65 €	901,25 €	1 585,29 €	1 285,25 €	2 377,94 €	1 665,08 €	3 170,58 €	2 040,23 €	3 963,23 €
62	535,07 €	792,65 €	932,41 €	1 585,29 €	1 325,43 €	2 377,94 €	1 713,61 €	3 170,58 €	2 096,59 €	3 963,23 €
63	557,66 €	792,65 €	964,69 €	1 585,29 €	1 366,72 €	2 377,94 €	1 763,34 €	3 170,58 €	2 154,54 €	3 963,23 €
64	581,68 €	792,65 €	998,40 €	1 585,29 €	1 409,53 €	2 377,94 €	1 815,03 €	3 170,58 €	2 214,60 €	3 963,23 €
65	605,26 €	925,19 €	1 031,87 €	1 850,38 €	1 452,63 €	2 775,57 €	1 867,24 €	3 700,76 €	2 275,49 €	4 625,95 €
66	632,32 €	925,19 €	1 069,23 €	1 850,38 €	1 499,76 €	2 775,57 €	1 923,68 €	3 700,76 €	2 340,61 €	4 625,95 €
67	661,21 €	925,19 €	1 108,67 €	1 850,38 €	1 549,27 €	2 775,57 €	1 982,60 €	3 700,76 €	2 408,35 €	4 625,95 €
68	692,09 €	925,19 €	1 150,44 €	1 850,38 €	1 601,25 €	2 775,57 €	2 044,16 €	3 700,76 €	2 479,32 €	4 625,95 €
69	725,13 €	925,19 €	1 194,56 €	1 850,38 €	1 655,78 €	2 775,57 €	2 108,92 €	3 700,76 €	2 554,03 €	4 625,95 €
70	755,34 €	1 147,56 €	1 236,32 €	2 295,13 €	1 708,88 €	3 442,69 €	2 173,06 €	4 590,26 €	2 628,82 €	5 737,82 €
71	792,85 €	1 147,56 €	1 285,94 €	2 295,13 €	1 770,30 €	3 442,69 €	2 245,86 €	4 590,26 €	2 712,14 €	5 737,82 €
72	833,21 €	1 147,56 €	1 339,15 €	2 295,13 €	1 835,91 €	3 442,69 €	2 322,98 €	4 590,26 €	2 799,64 €	5 737,82 €
73	876,74 €	1 147,56 €	1 396,23 €	2 295,13 €	1 905,59 €	3 442,69 €	2 404,07 €	4 590,26 €	2 891,30 €	5 737,82 €
74	923,78 €	1 147,56 €	1 457,09 €	2 295,13 €	1 979,02 €	3 442,69 €	2 489,16 €	4 590,26 €	2 986,48 €	5 737,82 €
75	928,65 €	1 403,86 €	1 843,56 €	2 807,72 €	2 361,01 €	4 211,58 €	2 865,45 €	5 615,44 €	3 354,33 €	7 019,30 €
76	977,22 €	1 403,86 €	1 941,62 €	2 807,72 €	2 469,36 €	4 211,58 €	2 980,81 €	5 615,44 €	3 472,41 €	7 019,30 €
77	1 029,35 €	1 403,86 €	2 047,32 €	2 807,72 €	2 582,83 €	4 211,58 €	3 097,54 €	5 615,44 €	3 588,02 €	7 019,30 €
78	1 085,08 €	1 403,86 €	2 160,80 €	2 807,72 €	2 700,03 €	4 211,58 €	3 213,87 €	5 615,44 €	3 700,34 €	7 019,30 €
79	1 144,22 €	1 403,86 €	2 281,90 €	2 807,72 €	2 820,32 €	4 211,58 €	3 330,05 €	5 615,44 €	3 811,13 €	7 019,30 €
80	1 197,49 €	1 626,66 €	2 372,57 €	3 253,32 €	2 908,78 €	4 879,99 €	3 414,84 €	6 506,65 €	3 892,57 €	8 133,31 €
81	1 261,89 €	1 626,66 €	2 504,17 €	3 253,32 €	3 034,23 €	4 879,99 €	3 534,61 €	6 506,65 €	4 006,17 €	8 133,31 €
82	1 329,06 €	1 626,66 €	2 642,89 €	3 253,32 €	3 166,56 €	4 879,99 €	3 660,07 €	6 506,65 €	4 123,46 €	8 133,31 €
83	1 399,14 €	1 626,66 €	2 789,36 €	3 253,32 €	3 305,36 €	4 879,99 €	3 789,87 €	6 506,65 €	4 243,55 €	8 133,31 €



Obsèques

ANNEXE 1
TABLEAU DES VALEURS DE RACHAT 2/2

Ce tableau comportant les valeurs de rachat et la somme des cotisations versées au terme de chacune des années **(hors assistance et hors frais d'entrée),** est donné à titre indicatif pour un capital de douze mille (12 000) euros et des cotisations viagères.

ÂGE À LA DATE D'EFFET DU CONTRAT	NOMBRE D'ANNÉES APRÈS LA SOUSCRIPTION									
	6		7		8		9		10	
	Valeur de rachat	Cumul des primes versées	Valeur de rachat	Cumul des primes versées	Valeur de rachat	Cumul des primes versées	Valeur de rachat	Cumul des primes versées	Valeur de rachat	Cumul des primes versées
40	1 446,09 €	3 257,47 €	1 680,79 €	3 800,38 €	1 914,75 €	4 343,30 €	2 148,18 €	4 886,21 €	2 381,20 €	5 429,12 €
41	1 473,98 €	3 257,47 €	1 712,89 €	3 800,38 €	1 951,26 €	4 343,30 €	2 189,22 €	4 886,21 €	2 426,88 €	5 429,12 €
42	1 502,89 €	3 257,47 €	1 746,42 €	3 800,38 €	1 989,51 €	4 343,30 €	2 232,29 €	4 886,21 €	2 474,60 €	5 429,12 €
43	1 533,34 €	3 257,47 €	1 781,78 €	3 800,38 €	2 029,90 €	4 343,30 €	2 277,53 €	4 886,21 €	2 524,61 €	5 429,12 €
44	1 565,64 €	3 257,47 €	1 819,31 €	3 800,38 €	2 072,48 €	4 343,30 €	2 325,09 €	4 886,21 €	2 577,07 €	5 429,12 €
45	1 600,12 €	3 257,47 €	1 859,06 €	3 800,38 €	2 117,42 €	4 343,30 €	2 375,14 €	4 886,21 €	2 632,09 €	5 429,12 €
46	1 636,63 €	3 257,47 €	1 900,99 €	3 800,38 €	2 164,69 €	4 343,30 €	2 427,61 €	4 886,21 €	2 689,78 €	5 429,12 €
47	1 675,01 €	3 257,47 €	1 944,97 €	3 800,38 €	2 214,11 €	4 343,30 €	2 482,49 €	4 886,21 €	2 750,40 €	5 429,12 €
48	1 715,12 €	3 257,47 €	1 990,77 €	3 800,38 €	2 265,65 €	4 343,30 €	2 540,04 €	4 886,21 €	2 813,91 €	5 429,12 €
49	1 756,79 €	3 257,47 €	2 038,48 €	3 800,38 €	2 319,66 €	4 343,30 €	2 600,30 €	4 886,21 €	2 880,31 €	5 429,12 €
50	1 799,80 €	3 674,49 €	2 088,12 €	4 286,91 €	2 375,89 €	4 899,32 €	2 663,00 €	5 511,74 €	2 949,05 €	6 124,15 €
51	1 845,29 €	3 674,49 €	2 140,53 €	4 286,91 €	2 435,09 €	4 899,32 €	2 728,57 €	5 511,74 €	3 020,69 €	6 124,15 €
52	1 893,21 €	3 674,49 €	2 195,60 €	4 286,91 €	2 496,88 €	4 899,32 €	2 796,76 €	5 511,74 €	3 094,88 €	6 124,15 €
53	1 943,67 €	3 674,49 €	2 253,16 €	4 286,91 €	2 561,21 €	4 899,32 €	2 867,45 €	5 511,74 €	3 171,43 €	6 124,15 €
54	1 996,59 €	3 674,49 €	2 313,24 €	4 286,91 €	2 628,03 €	4 899,32 €	2 940,50 €	5 511,74 €	3 250,22 €	6 124,15 €
55	2 051,44 €	4 038,22 €	2 375,26 €	4 711,26 €	2 696,69 €	5 384,30 €	3 015,28 €	6 057,34 €	3 330,42 €	6 730,37 €
56	2 108,42 €	4 038,22 €	2 439,31 €	4 711,26 €	2 767,28 €	5 384,30 €	3 091,69 €	6 057,34 €	3 412,10 €	6 730,37 €
57	2 166,87 €	4 038,22 €	2 504,76 €	4 711,26 €	2 838,99 €	5 384,30 €	3 169,10 €	6 057,34 €	3 494,78 €	6 730,37 €
58	2 226,54 €	4 038,22 €	2 571,16 €	4 711,26 €	2 911,55 €	5 384,30 €	3 247,37 €	6 057,34 €	3 578,59 €	6 730,37 €
59	2 287,22 €	4 038,22 €	2 638,51 €	4 711,26 €	2 985,07 €	5 384,30 €	3 326,90 €	6 057,34 €	3 663,72 €	6 730,37 €
60	2 347,84 €	4 755,88 €	2 705,85 €	5 548,52 €	3 058,96 €	6 341,17 €	3 406,90 €	7 133,81 €	3 749,51 €	7 926,46 €
61	2 410,35 €	4 755,88 €	2 775,40 €	5 548,52 €	3 135,11 €	6 341,17 €	3 489,31 €	7 133,81 €	3 837,67 €	7 926,46 €
62	2 474,32 €	4 755,88 €	2 846,53 €	5 548,52 €	3 213,03 €	6 341,17 €	3 573,49 €	7 133,81 €	3 927,64 €	7 926,46 €
63	2 540,02 €	4 755,88 €	2 919,59 €	5 548,52 €	3 292,91 €	6 341,17 €	3 659,69 €	7 133,81 €	4 020,04 €	7 926,46 €
64	2 608,04 €	4 755,88 €	2 995,00 €	5 548,52 €	3 375,19 €	6 341,17 €	3 748,72 €	7 133,81 €	4 115,63 €	7 926,46 €
65	2 677,02 €	5 551,14 €	3 071,52 €	6 476,33 €	3 459,11 €	7 401,52 €	3 839,83 €	8 326,71 €	4 213,63 €	9 251,90 €
66	2 750,25 €	5 551,14 €	3 152,72 €	6 476,33 €	3 548,05 €	7 401,52 €	3 936,20 €	8 326,71 €	4 316,78 €	9 251,90 €
67	2 826,64 €	5 551,14 €	3 237,53 €	6 476,33 €	3 640,95 €	7 401,52 €	4 036,50 €	8 326,71 €	4 423,60 €	9 251,90 €
68	2 906,76 €	5 551,14 €	3 326,44 €	6 476,33 €	3 737,94 €	7 401,52 €	4 140,65 €	8 326,71 €	4 534,27 €	9 251,90 €
69	2 991,05 €	5 551,14 €	3 419,55 €	6 476,33 €	3 838,90 €	7 401,52 €	4 248,79 €	8 326,71 €	4 648,37 €	9 251,90 €
70	3 075,69 €	6 885,39 €	3 513,01 €	8 032,95 €	3 940,46 €	9 180,51 €	4 357,17 €	10 328,08 €	4 761,03 €	11 475,64 €
71	3 168,46 €	6 885,39 €	3 614,49 €	8 032,95 €	4 049,30 €	9 180,51 €	4 470,70 €	10 328,08 €	4 875,74 €	11 475,64 €
72	3 265,55 €	6 885,39 €	3 719,75 €	8 032,95 €	4 159,93 €	9 180,51 €	4 583,03 €	10 328,08 €	4 986,20 €	11 475,64 €
73	3 366,29 €	6 885,39 €	3 826,62 €	8 032,95 €	4 269,07 €	9 180,51 €	4 690,70 €	10 328,08 €	5 089,86 €	11 475,64 €
74	3 468,46 €	6 885,39 €	3 931,73 €	8 032,95 €	4 373,18 €	9 180,51 €	4 791,11 €	10 328,08 €	5 185,55 €	11 475,64 €
75	3 824,22 €	8 423,16 €	4 271,99 €	9 827,02 €	4 695,91 €	11 230,88 €	5 095,99 €	12 634,74 €	5 473,68 €	14 038,61 €
76	3 940,85 €	8 423,16 €	4 384,34 €	9 827,02 €	4 802,90 €	11 230,88 €	5 198,03 €	12 634,74 €	5 570,40 €	14 038,61 €
77	4 052,37 €	8 423,16 €	4 490,61 €	9 827,02 €	4 904,33 €	11 230,88 €	5 294,21 €	12 634,74 €	5 660,30 €	14 038,61 €
78	4 159,46 €	8 423,16 €	4 592,88 €	9 827,02 €	5 001,34 €	11 230,88 €	5 384,87 €	12 634,74 €	5 743,99 €	14 038,61 €
79	4 265,28 €	8 423,16 €	4 693,27 €	9 827,02 €	5 095,14 €	11 230,88 €	5 471,44 €	12 634,74 €	5 823,01 €	14 038,61 €
80	4 342,78 €	9 759,97 €	4 765,52 €	11 386,63 €	5 161,36 €	13 013,29 €	5 531,19 €	14 639,96 €	5 877,15 €	16 266,62 €
81	4 448,95 €	9 759,97 €	4 863,56 €	11 386,63 €	5 250,92 €	13 013,29 €	5 613,28 €	14 639,96 €	5 953,36 €	16 266,62 €
82	4 557,36 €	9 759,97 €	4 962,76 €	11 386,63 €	5 341,98 €	13 013,29 €	5 697,89 €	14 639,96 €	6 032,04 €	16 266,62 €
83	4 667,42 €	9 759,97 €	5 063,93 €	11 386,63 €	5 436,06 €	13 013,29 €	5 785,44 €	14 639,96 €	6 113,06 €	16 266,62 €

Obsèques

ANNEXE 2
CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSISTANCE NÉOLIANE OBSÈQUES

VIASANTÉ Mutuelle met à la disposition des personnes assurées au titre du contrat « Néoliane Obsèques » des prestations d'assistance Néoliane Obsèques.
Les prestations d'assistance sont assurées par **FRAGONARD ASSURANCES**, SA au capital de 37 207 660 euros. Entreprise régie par le Code des assurances, située 2 rue Fragonard 75017 PARIS – RCS Paris n° 479 065 351.
Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par **MONDIAL ASSISTANCE FRANCE**, SAS au capital de 7 584 076,86 dont le siège social est situé 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen – RCS Bobigny n° 490 381 753 – N° ORIAS 07 026 669 – http://www.orias.fr/ – ci-après dénommée « Assistance Néoliane Obsèques ».
Ce contrat est régi par le Code des assurances et les présentes dispositions.
Pour faciliter votre compréhension, chaque terme ou expression comportant une majuscule est défini(e) au Lexique à la page 12.

1. Objet du contrat

Le présent contrat garantit des prestations d'assistance en cas de décès du bénéficiaire et des prestations d'informations générales, dans les conditions définies aux présentes.

2. Bénéficiaires des garanties

L'Assuré, son Conjoint ou ses Enfants sous réserve des cas particuliers propres à chacune des prestations d'assistance et dont la souscription au présent contrat est en vigueur au moment de la mise en œuvre des garanties.

3. À partir de quand et pour combien de temps êtes-vous garanti ?

3.1 Prise d'effet et durée des garanties

Les prestations d'assistance prennent effet à la date de conclusion du contrat « Néoliane Obsèques » par l'Assuré. Les prestations sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat « Néoliane Obsèques ».

3.2 Cessation des garanties

Les garanties d'assistance cessent pour chacun des Bénéficiaires :

- **à la date de résiliation du présent contrat par Fragonard Assurances,**
- **à la date où l'Assuré cesse de bénéficier des garanties du contrat Assistance Néoliane Obsèques. Toutefois pour les Sinistres en cours ouverts antérieurement à la date de résiliation, Assistance Néoliane Obsèques met en œuvre les prestations d'assistance jusqu'à leur terme.**

4. Validité territoriale

Sauf mention particulière, les prestations sont accordées pour les événements garantis survenus en France à plus de cinquante (50) kilomètres du domicile ou au cours de déplacements privés n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs dans le monde entier **à l'exception des Pays non couverts**.
Les prestations « Organisation des obsèques » peuvent être accordées en France ou dans le monde entier **à l'exception des Pays non couverts**.

5. Mise en œuvre des prestations

Les prestations d'assistance mises en oeuvre par Assistance Néoliane Obsèques sont accessibles par téléphone ou télécopie 24h sur 24, 7 jours sur 7, sauf mentions contraires, en indiquant :

- **nom et numéro du contrat souscrit,**
- **nom et prénom du bénéficiaire,**
- **adresse exacte du bénéficiaire,**
- **numéro de téléphone auquel le bénéficiaire peut être joint.**

N° de téléphone :
01 49 93 73 57

À ce titre, Assistance Néoliane Obsèques met à votre disposition un numéro de téléphone. Il figure dans la lettre d'accompagnement de votre Certificat de souscription délivré consécutivement à l'acceptation de la demande de souscription au contrat Assistance Néoliane Obsèques.
Pour bénéficier des prestations d'assistance, il est indispensable de contacter Assistance Néoliane Obsèques préalablement à toute intervention afin d'obtenir un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge des interventions.
À défaut de respecter cet accord préalable, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire n'est remboursée.

6. Contenu des garanties

Assistance Néoliane Obsèques se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations.

6.1. Assistance dès la souscription

6.1.1 Service d'informations juridiques et administratives

Sur simple appel téléphonique du Bénéficiaire, du lundi au samedi de 8h00 à 20h00 hors jours fériés (fuseau horaire de France métropolitaine), Assistance Néoliane Obsèques communique des renseignements dans les domaines ci-après :

- **retraite, décès, obsèques, succession,**
- **démarches administratives à effectuer lors du décès.**

Ce service est accessible sans aucune limitation.
Les réponses sont communiquées exclusivement par téléphone et ne donnent lieu à aucune confirmation écrite. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Assistance Néoliane Obsèques s'engage à répondre dans un délai de quarante-huit (48) heures ouvrées.
Les informations fournies par Assistance Néoliane Obsèques sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité d'Assistance Néoliane Obsèques ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

6.1.2 Mémorisation des données obsèques

Assistance Néoliane Obsèques met en œuvre dans les conditions et limites du contrat, les prestations définies ci-après :

- **collecte, enregistrement et conservation sécurisés, sans limite de durée, des souhaits du Bénéficiaire pour ses obsèques, ainsi que le nom et les coordonnées d'un Chargé de mémoire à qui ces informations devront être restituées,**
- **mise à jour des données conservées à la demande écrite du Bénéficiaire,**
- **restitution des données au Chargé de mémoire lors du décès du Bénéficiaire.**

L'accès aux données enregistrées est garanti 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 sur simple appel téléphonique et protégé par un mot de passe mis en place au moment de la collecte.

6.2. Assistance au moment du décès du bénéficiaire

6.2.1 Organisation des obsèques

Assistance Néoliane Obsèques organise et prend en charge, dans les conditions et limites du contrat, le coût des prestations définies ci-après, sous réserve de l'obtention du permis d'inhumation :

- **le transport du corps depuis le lieu du décès du Bénéficiaire jusqu'à l'établissement de l'opérateur**

funéraire du lieu d'inhumation ou de crémation en France choisi par le défunt ou les membres de la famille. Le décès doit être survenu en France à plus de cinquante (50) kilomètres du domicile du bénéficiaire ou à l'étranger.

- **les frais funéraires afférents à ce transport dans la limite des frais réellement nécessaires au transport conformément à la législation locale. Les frais de cercueil ou d'urne sont pris en charge dans la limite de sept cent soixante-trois (763) euros TTC.**
- **la coordination des obsèques par un prestataire ou par une entreprise désignée par les membres de la famille ou par le bénéficiaire dans le respect de la mémorisation de ses données obsèques. Les frais d'accessoires de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille.**

Les prestations définies ci-dessus sont exclues lorsque les obsèques ont lieu dans un des Pays non couverts.

6.2.2 Compléments pour les personnes voyageant avec le Bénéficiaire décédé

Lorsque le Bénéficiaire décède au cours d'un voyage, et que de ce fait, les personnes l'accompagnant ne peuvent plus rentrer en France par les moyens initialement prévus, Assistance Néoliane Obsèques organise et prend en charge, dans les conditions et limites du contrat, le coût des prestations définies ci-après :

- **l'acheminement des Membres de la famille résidant en France (Transport retour) jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation du Bénéficiaire en France,**

ou

- **le retour au domicile des Membres de la famille restés sur place résidant en France (transport aller-simple),**

En cas de décès en France, ces prestations sont prises en charge uniquement si le décès du bénéficiaire survient à plus de cinquante (50) kilomètres de son domicile.

- **l'acheminement d'un Proche ou d'un accompagnateur (transport aller-retour) pour le retour au domicile des personnes handicapées ou de moins de quinze (15) ans restées seules sur place,**
- **le retour au domicile des animaux de compagnie du Bénéficiaire décédé (chiens et chats à l'exclusion de tout autre animal) par un Prestataire. Sont exclus les chiens de première catégorie et de deuxième catégorie tels que définis à l'article L 211-12 du Code rural et de la pêche maritime. Les animaux blessés sont confiés au service vétérinaire le plus proche pour être soignés avant d'être ramenés au Domicile. Le coût de l'intervention du vétérinaire reste à la charge des passagers. L'animal doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Les frais de cage ne sont pas pris en charge.**

6.3. Assistance après les obsèques du bénéficiaire

6.3.1 Organisation des obsèques

Pour aider la famille du Bénéficiaire décédé à accomplir les formalités, Assistance Néoliane Obsèques organise et prend en charge, sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de la France métropolitaine) la prestation définie ci-après :

- **le service d'informations juridiques et administratives pour obtenir des renseignements concernant :**
  - → les conséquences légales du décès, les droits et devoirs liés à la retraite et à la succession,
  - → les démarches administratives à effecteur en cas de décès et après les obsèques.

La prestation doit être mise en œuvre dans les trois (3) mois suivant les obsèques du bénéficiaire. Les réponses sont communiquées exclusivement par téléphone et ne donnent lieu à aucune confirmation écrite.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Assistance Néoliane Obsèques s'engage à répondre dans un délai de quarante-huit (48) heures ouvrées.

Les informations fournies par Assistance Néoliane Obsèques sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité d'Assistance Néoliane Obsèques ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

6.3.2 Autre assistance

Pour accompagner le Conjoint survivant et les Proches après les obsèques du Bénéficiaire, Assistance Néoliane Obsèques met à disposition un taxi pour faciliter leurs déplacements nécessaires en vue d'effectuer les démarches administratives nécessaires suite au décès.

Les frais de taxi sont pris en charge **dans la limite d'un montant de cent cinquante-trois (153) euros TTC**. Les prestations doivent être mises en œuvre dans les trois (3) mois suivant les obsèques du Bénéficiaire.

7. Responsabilité

Assistance Néoliane Obsèques ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses Proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Assistance Néoliane Obsèques ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'évènements tels que Guerres Civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère des Affaires étrangères https://www.tresor.economie.gouv.fr), mouvements populaires, restrictions de la libre circulation des biens et des personnes, émeutes, sabotage,
terrorisme, grèves, conséquences des effets d'une source radioactive ou nucléaire, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou ses Proches d'une des assistances énoncées dans le contrat ne peut donner lieu à remboursement que si l'Assistance Néoliane Obsèques a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux qu'Assistance Néoliane Obsèques aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité d'Assistance Néoliane Obsèques ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution du contrat. **Elle ne sera pas tenue responsable :**

- **des actes réalisés par les prestataires intervenant auprès du bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité,**
- **de l'exécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations**

contractuelles consécutives à un cas de force majeure.

8. Exlusions générales des garanties d'assistance

Outre les exclusions prévues au contrat, sont toujours exclus :

- **les conséquences des suicides ou les conséquences des tentatives de suicide du bénéficiaire ;**
- **les frais engagés sans l'accord préalable d'Assistance Néoliane Obsèques ;**
- **les frais non justifiés par des documents originaux ;**
- **les conséquences :**
  - → **des situations à risques infectieux en contexte épidémique,**
  - → **de l'exposition à des agents biologiques infectants,**
  - → **de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,**
  - → **de l'exposition à des agents incapacitants,**
  - → **de l'exposition à des agents radioactifs,**
  - → **de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales ;**
- **les dommages de toute nature causés ou provoqués par un bénéficiaire ou avec sa complicité, ou consécutifs à une négligence caractérisée, une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire (article L 113-1 alinéa 2 Code des assurances), sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;**
- **les conséquences de :**
  - → **la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des grèves, des prises d'otage, de la manipulation d'armes ;**
  - → **la consommation d'alcool par un bénéficiaire et/ou l'absorption par un bénéficiaire de drogues et de toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrite médicalement ;**
  - → **la participation à tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires ;**
  - → **l'inobservation d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive ;**
  - → **l'accident survenu lors de la pratique par un bénéficiaire de l'un des sports suivants : tout sport aérien (y compris delta-plane, parapente, planeur, parachutisme, kite-surf), ainsi que le skeleton, le bobsleigh, le saut à ski, toute glisse hors-piste, l'alpinisme à plus de 3 000 m, la varappe, la spéléologie et le saut à l'élastique. bénéficiaire de drogues et de toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrite médicalement ;**
  - → **la participation à tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires ;**
  - → **l'inobservation d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive ;**
  - → **l'accident survenu lors de la pratique par un bénéficiaire de l'un des sports suivants : tout sport aérien (y compris delta-plane, parapente, planeur, parachutisme, kite-surf), ainsi que le skeleton, le bobsleigh, le saut à ski, toute glisse hors-piste, l'alpinisme à plus de 3 000 m, la varappe, la spéléologie et le saut à l'élastique.**

9. Modalités d'examen des réclamations

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.
En cas de désaccord, le bénéficiaire peut adresser une réclamation :

Par courrier à l'adresse suivante :
MONDIAL ASSISTANCE FRANCE
Traitement Réclamations
TSA 70002
93488 Saint-Ouen Cedex

Un accusé de réception parviendra au bénéficiaire dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à la réclamation lui est transmise dans ces délais.
Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont MONDIAL ASSISTANCE FRANCE le tiendrait informé.

10. Loi informatique et libertés

Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'opposition, d'accès, de modification, de rectification et de suppression de toute information le concernant, qui figurerait dans les fichiers, en s'adressant à sa demande :

Par courrier à l'adresse suivante :
MONDIAL ASSISTANCE France SAS
DT – Service Juridique – DT03
7 rue Dora Maar
CS 60001
93488 Saint-Ouen Cedex

Mondial Assistance France SAS dispose de moyens informatiques destinés à gérer les prestations d'assistance du présent contrat. Les informations enregistrées sont réservées aux gestionnaires des prestations d'assistance sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.
Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Mondial Assistance se réserve le droit de procéder à

Obsèques

tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

11. Autorité de contrôle

FRAGONARD ASSURANCES et MONDIAL ASSISTANCE FRANCE sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

12. Loi applicable – langue utilisée

Le contrat est régi par la loi française.
La langue utilisée pour l'exécution du contrat est le français.

LEXIQUE

Assuré : Personne physique qui souscrit le contrat « Assistance Néoliane Obsèques ».
Bénéficiaire :Le terme Bénéficiaire se réfère :

- **à l'Assuré,**
- **à son Conjoint,**
- **et/ou à ses Enfants.**

Certificat d'adhésion : Document remis à l'Assuré constatant sa souscription au contrat « Assistance Néoliane Obsèques » et qui précise le numéro de téléphone pour contacter Assistance Néoliane Obsèques.

Chargé de mémoire : Personne désignée par le Bénéficiaire qui aura pour mission d'aviser Assistance Néoliane Obsèques du décès afin que les services prévus au contrat puissent être mis en place.
Conjoint : L'époux ou l'épouse de l'Assuré, son partenaire au titre d'un Pacte Civil de Solidarité ou son concubin notoire vivant habituellement sous le même toit que l'Assuré.

Conjoint survivant : Le Conjoint survivant peut être l'Assuré en cas de décès du Conjoint ou le Conjoint en cas de décès de l'Assuré.

Domicile : Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

Enfant : Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge de l'Assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous le toit de l'Assuré.

France : France métropolitaine (Corse comprise), Monaco, Départements et Régions d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane) où se situe le Domicile de l'Assuré.

Frais funéraires : Frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation obligatoires, de conditionnement nécessaires au transport de corps et conformes aux réglementations locales et internationales applicables sur le lieu du décès et le lieu des obsèques.
Sont exclus les frais d'habillement, d'embaumement, de cérémonie, d'inhumation et de crémation.
Lorsque le transport de corps peut être effectué sans cercueil conformément aux normes en vigueur, les frais de cercueil ne sont pas pris en charge.

Membre de la famille : Conjoint, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire décédé, ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire décédé.

Pays non couverts : Corée du Nord. La liste, mise à jour, de l'ensemble des pays exclus est disponible à l'adresse suivante : http://paysexclus.votreassistance.fr.

Prestataire : Prestataire de services professionnel référencé par Assistance Néoliane Obsèques.

Proche : Toute personne, Membre de la famille ou non, résidant en France et désignée par le Bénéficiaire ou un Membre de la famille.

Sinistre : Tout événement justifiant l'intervention de Assistance Néoliane Obsèques.

Transport : Tout déplacement s'effectuant par :

- **train en 2nde classe sauf mention contraire,**
- **avion en classe économique,**
- **véhicule de location,**
- **taxi**

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 10 août 2016

TITRE I
FORMATION - DÉNOMINATION - DURÉE - OBJET COMPOSITION - SIÈGE SOCIAL

ARTICLE 1 - CONSTITUTION

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 1er juillet 1901, les articles L141-7 et R141-1 à R141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts et le cas échéant, son Règlement Intérieur.

Elle prend la dénomination de « GPST » (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous).

Elle est constituée pour une durée illimitée.

ARTICLE 2 - OBJET

L'Association GPST a pour objet :

- **d'étudier les questions relatives aux régimes de retraite et de prévoyance obligatoires et complémentaires par secteurs d'activité professionnelle dont relèvent ses adhérents, personnes physiques et morales, de les conseiller et de leur donner toutes les informations possibles,**
- **de souscrire, au profit de ses adhérents, des contrats collectifs d'assurance auprès de tout organisme assureur,**
- **de promouvoir toutes les actions publiques ou collectives pouvant favoriser la réalisation de ses objectifs ou ayant un but entrant dans le cadre de son objet social,**

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

ARTICLE 3 - MEMBRES

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

a) les membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Conseil d'Administration ;

b) les membres fondateurs, dont la liste initiale figure en Annexe des statuts, qui ne paient pas de cotisation ;

c) et les membres adhérents, qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

La qualité de membre de l'Association s'acquiert par adhésion aux présents Statuts. Elle se perd par démission, décès, radiation sur décision du Conseil d'Administration pour non règlement des cotisations ou pour motifs graves.

La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale.

La décision est rendue en dernier ressort par le Conseil d'Administration et n'a pas à être motivée.

Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

ARTICLE 4 - SIÈGE SOCIAL

Le Siège Social est fixé 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration, qui est alors autorisé à modifier le présent article en conséquence.

TITRE II
ADMINISTRATION

ARTICLE 5 - COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration se compose de 2 membres au moins et de 7 membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents.

En tout état de cause, plus de la moitié des membres du Conseil d'Administration ne doivent pas détenir ou avoir détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe ni recevoir ou avoir reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être choisis parmi les membres de l'Association ou en dehors et être soit des personnes physiques, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Les Administrateurs sont élus pour une durée de 5 ans et sont rééligibles.

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en courant d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé à son remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du conseil à ses administrateurs.

Le président du Conseil d'Administration informe chaque

année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

Il informe également l'Assemblée Générale de toute rémunération versée par l'entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du Conseil d'Administration et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil d'Administration pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire.

ARTICLE 6 - MEMBRES DU BUREAU

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres ou ses représentants un président qui est également le Président de l'Association.

Il peut également désigner pour constituer le Bureau un ou deux Vice-Présidents, un Secrétaire et un Trésorier, ces deux derniers pouvant être choisis en dehors des Administrateurs.

Le Président réunit et préside le Conseil d'Administration et le Bureau. Il assure la gestion courante de l'Association, applique et fait appliquer les décisions du Conseil d'Administration. Il peut déléguer, sur avis du Bureau, ses pouvoirs à un autre membre du Bureau.

Les attributions des membres du Bureau et le fonctionnement de ce dernier sont déterminés par le Règlement Intérieur.

ARTICLE 7 - FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un Secrétaire Général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil d'Administration et du Bureau avec voix consultative .

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Les Administrateurs peuvent participer aux réunions du Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions précisées le cas échéant par le Règlement Intérieur. Ils sont alors réputés effectivement présents pour le calcul du quorum et de la majorité.

Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil d'Administration.

ARTICLE 8 - POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour décider toutes les opérations ayant pour but la réalisation de l'objet de l'Association.

Le Conseil d'Administration signe avec un ou plusieurs assureurs tout nouveau contrat d'assurance de groupe.

Si l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration, dans les conditions de l'article 15, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance, le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou

plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Le Conseil d'Administration établit chaque année un rapport sur le fonctionnement des contrats souscrits par l'Association ; le rapport est tenu à la disposition des adhérents. Le contenu de ce rapport est précisé par le Règlement Intérieur

ARTICLE 9 - REPRÉSENTATION EN JUSTICE

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-Président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil d'Administration.

TITRE III
ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

ARTICLE 10 - COMPOSITION DES ASSEMBLÉES

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à leur conjoint, ou, si l'auteur de la convocation l'a prévu, de voter par correspondance, notamment par voie électronique et par internet, selon les modalités prévues par le Règlement Intérieur.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

l'ensemble des documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiqué à l'Association lorsqu'il sera invité à le faire.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum exigé au dernier alinéa. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

L'Assemblée Générale ne peut pas délibérer sur une question qui ne figurait pas à l'ordre du jour .

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet). Si, lors de la première convocation, l'assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

ARTICLE 12 - COMPOSITION DU BUREAU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil d'Administration. L'Assemblée Générale entend le rapport du Conseil d'Administration sur la situation morale et financière de l'Association.

ARTICLE 13 - PROCÈS-VERBAL

Il est tenu une feuille de présence à l'Assemblée.

Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

ARTICLE 14 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée, d'au moins 10 % des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire peut apporter, sur proposition de son Bureau ou d'au moins 10 % des membres de l'Association, des modifications aux Statuts. Elle peut également décider la prorogation, la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions devront être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

ARTICLE 15 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votants. Chaque membre dispose d'une voix.

L'Assemblée Générale Ordinaire élit les Administrateurs. Elle approuve les comptes de l'Association pour l'exercice écoulé au plus tard dans les six mois de sa clôture, c'est-à-dire au plus tard le 30 juin. Elle approuve le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations de chacune des catégories de membres.

L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation prévue à l'article 8.

ARTICLE 16 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur peut être établi et modifié par le Conseil d'Administration sous réserve de la ratification de la plus prochaine Assemblée Générale.

TITRE IV
RESSOURCES – DÉPENSES – COMPTES

ARTICLE 17 - RESSOURCES

Les ressources de l'Association se composent :

- **des droits d'adhésion et cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;**
- **des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;**
- **des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ; et**
- **des revenus ou bénéfices sur réalisation des valeurs provenant de l'emploi de ses fonds.**

ARTICLE 18 - DÉPENSES

Les dépenses de l'Association sont constituées, en dehors

des frais d'administration et de gestion, par :

- **toutes les sommes destinées à faire face aux charges résultant de son fonctionnement ;**
- **toutes sommes engagées pour la réalisation de son objet social et notamment les cotisations et subventions aux organismes poursuivant des buts en rapport avec cet objet social.**

Les dépenses sont engagées par le Président, par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 19 - COMPTES ANNUELS

Il est tenu une comptabilité faisant apparaître annuellement un compte d'exploitation générale et un Bilan.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

ARTICLE 20 - COMMISSAIRES AUX COMPTES

L'Assemblée Générale Ordinaire peut nommer, pour une durée de six exercices, un ou plusieurs commissaires aux comptes titulaires et un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants.

Le(s) commissaire(s) aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit et présente chaque année à l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

TITRE V
DISSOLUTION – DIVERS

ARTICLE 21 - DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale, délibérant ainsi qu'il est dit ci-dessus, désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à reprendre tout ou partie de leurs apports et l'emploi qui sera fait de l'actif net, après paiement des charges de l'Association et des frais de sa liquidation, conformément à la loi.

STATUTS 2024 - MUTUELLE

TITRE I
FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Art. 1 - Dénomination
Il est constitué une Mutuelle dénommée VIASANTÉ Mutuelle, ci-après désignée « la Mutuelle », personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 777 927 120.

Art. 2 - Siège
Le siège de la Mutuelle est situé : 14-16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.

Art. 3 - Objet
La Mutuelle mène, au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie notamment en réalisant les opérations d'assurance prévues à l'article R. 211-2 du code de la mutualité et classées dans les branches d'activité suivantes :
1. Accidents
2. Maladie
20. Vie décès
21. Nuptialité-natalité
La Mutuelle a pour objet :
• de réaliser les opérations d'assurance suivantes :
- couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, - contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine,
- verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants,
• d'accepter les opérations ci-dessus en réassurance,
• d'assurer, à titre accessoire, la prévention des risques de dommages corporels,
• de mettre en oeuvre, à titre accessoire, une action sociale.
Elle peut, à la demande d'autres Mutuelles, mettre à disposition de ces dernières des services dans les conditions définies au règlement mutualiste.
La Mutuelle peut, conformément aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, se substituer à d'autres Mutuelles ou à des unions de Mutuelles, sur leur demande, pour la délivrance de leurs engagements.
Elle peut conclure des contrats de coassurance dans les conditions définies par le code de la mutualité.
La Mutuelle est autorisée, dans les conditions déterminées par l'article L.116-1 du code de la mutualité, à présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.
Elle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.
La Mutuelle peut également céder en réassurance, à tout organisme autorisé à pratiquer cette activité, quel que soit son statut juridique, tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue. Elle peut également accepter en réassurance les engagements d'opérations d'assurance pour lesquelles elle est agréée.
La Mutuelle peut déléguer totalement ou partiellement la gestion de contrats collectifs ; les principes de cette délégation seront déterminés par l'Assemblée générale.
Elle peut également déléguer la gestion de ses opérations individuelles et assurer la gestion pour le compte d'autres organismes d'assurance.
Elle peut adhérer à une union de groupe mutualiste au sens de l'article L. 111-4-1 du code de la mutualité, ou à une union mutualiste de groupe, à un groupement paritaire de prévoyance ou s'affilier à une société de groupe d'assurance Mutuelle.
La Mutuelle peut, conformément à l'article L.931-2-2 du code de la sécurité sociale, s'affilier à une société de groupe assurantiel de protection sociale sous réserve qu'elle ne soit pas déjà affiliée à une société de groupe d'assurance définie à l'article L.322-1-2 du code des assurances, à une union mutualiste de groupe définie à l'article L.111-4-2 du code de la mutualité ou à une autre société de groupe assurantiel de protection sociale.
La Mutuelle peut également adhérer à un Groupement d'Intérêt Economique (GIE).

Art. 4 - Le mécanisme de la substitution
Conformément à l'article L.211-5 du code de la mutualité, VIASANTÉ Mutuelle peut conclure en tant que Mutuelle substituante une convention de substitution avec des unions ou Mutuelles substituées. Dans ce cas, il s'agit d'opérations directes de la Mutuelle substituante. La substitution s'étend à l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par la Mutuelle ou l'union substituée et est assurée par la Mutuelle substituante unique. La Mutuelle substituante donne aux Mutuelles ou unions substituées sa caution solidaire pour l'ensemble de leurs engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis de l'ensemble des bénéficiaires. À ce titre, la Mutuelle substituante exerce un pouvoir de contrôle sur la Mutuelle ou union substituée, y compris en ce qui concerne leur gestion qui comporte a minima une autorisation préalable du Conseil d'administration ou de l'Assemblée générale de la Mutuelle substituante pour la fixation des prestations et des cotisations, pour la désignation du Dirigeant opérationnel si la Mutuelle ou union substituée relève du régime dit « Solvabilité II » au sens de l'article L.211-10 du code de la mutualité, pour la politique salariale et de recrutement, pour les plans de sauvegarde de l'emploi, pour la conclusion de contrats d'externalisation de prestations, pour la conclusion par la Mutuelle ou union substituée d'opérations d'acquisition ou de cession d'immeubles par nature, d'acquisition ou de cession totale ou partielle d'actifs ou de participations, de constitution de sûretés et d'octroi de cautions, avals ou garanties.
En cas de carence de la Mutuelle ou de l'union substituée pour fixer ces paramètres, ils sont déterminés par la Mutuelle substituante.

Art. 5 - Règlement intérieur
Un règlement intérieur est établi par le Conseil d'administration qui précise les modalités d'application des présents statuts et qui est approuvé par l'Assemblée générale.
Le Conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement, celles-ci étant présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée générale.
Tous les adhérents et assurés sont tenus de s'y conformer au même titre que les statuts. Il est disponible sur simple demande par tout moyen.

Art. 6 - Respect de l'objet des Mutuelles
Les instances Dirigeantes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité définis à l'article L.111-1 du code de la mutualité.

Art. 7 - Protection des données à caractère personnel
Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?
Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par VIASANTÉ Mutuelle, membre du groupe AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons :
- Des données relatives à votre âge, votre situation familiale et professionnelle, à votre santé. Ces données sont nécessaires à l'étude de vos besoins et de votre profil afin de vous proposer des produits et services adaptés ;
- De vos coordonnées de contact, votre Numéro d'Inscription au Répertoire* (NIR) et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés ;
Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de :
- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de complémentaire santé, individuelle ou collective ;
- La mise en oeuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de votre situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;

- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :
- La lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- Les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Nous pouvons être amenés à mettre en oeuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse de vos données, notamment pour répondre à nos obligations de Conseil, de déterminer les garanties, les placements ou les prestations et de vous proposer des contrats et services adaptés.

Les données nécessaires à la gestion de votre contrat et des services associés sont conservées pendant la durée de votre contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant la durée de votre contrat et pour une durée de 3 ans après la fin de votre contrat ou après le dernier contact émanant de votre part.

Les informations présentées comme obligatoires sont nécessaires à la bonne exécution de votre contrat, leur absence pourrait entraîner la nullité de ce dernier.

Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants droit, aux membres du groupe AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs, qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification, leur effacement et leur portabilité. Vous pouvez aussi, sous certaines conditions, demander la limitation d'un traitement ou vous opposer à sa mise en oeuvre. Enfin, vous avez la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité (sauf si les éléments communiqués dans le cadre de votre demande permettent de vous identifier de façon certaine) à VIASANTÉ Mutuelle, à l'attention du Délégué à la Protection des Données (DPD) - 1 avenue Carsalade du Pont - CS 89921 - 66866 PERPIGNAN cedex 9 ou à DPD@viasante.fr

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la **Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.**

Nous apportons la plus grande attention à vos données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement des données vous concernant porte atteinte à vos droits vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection de la vie privée et des données à caractère personnel, retrouvez des explications complémentaires sur le site internet de VIASANTÉ Mutuelle : www.viasante.fr.

* NIR : Numéro de Sécurité sociale

CHAPITRE 2 - CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION I - CONDITIONS D'ADHÉSION

Art. 8 - Catégories de membres

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires dans les conditions définies aux documents contractuels conformément à l'article L114.1 du code de la mutualité.

Les membres participants sont les personnes physiques qui, par le versement d'une cotisation, bénéficient et font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Les personnes redevables d'une dette envers VIASANTÉ Mutuelle au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion.

Concernant les opérations individuelles et sous réserve des dispositions spécifiques prévues par les documents contractuels, les ayants droit des membres participants sont :
- son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS),
- les enfants mineurs figurant sur l'attestation de droits délivrée par la Sécurité sociale au membre participant ou à son conjoint, concubin ou partenaire de PACS,
- les enfants âgés de moins de 26 ans assurés à titre personnel à un régime français obligatoire ou volontaire d'assurance maladie mais restant à la charge du membre participant (enfants scolarisés dans un établissement d'études secondaires, étudiants, demandeurs d'emploi et apprentis percevant une rémunération mensuelle brute inférieure à 60% du SMIC),
- La personne qui vit avec un membre participant et se trouve à sa charge effective, totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve.

Concernant les opérations collectives, la définition des ayants droit est :
- celle retenue par le contrat collectif ou les documents contractuels afférents à la garantie souscrite,
- à défaut, celle précisée ci-dessus.

Les ayants droit ayant atteint la limite d'âge doivent cotiser isolément comme membre participant à compter du 1er jour de l'année suivant celle où ils perdent leur qualité d'ayant droit ou atteignent leur ladite limite.

À leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

De même, les enfants mineurs de moins de 16 ans peuvent être membres participants de la Mutuelle sous réserve de l'autorisation expresse de leur représentant légal et que ce dernier soit bénéficiaire d'un contrat collectif obligatoire ne permettant pas de rattacher des ayants droit. Les membres honoraires sont les personnes physiques qui versent une cotisation ou font des dons sans pouvoir bénéficier des prestations de la Mutuelle et des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif ainsi que les représentants des membres affiliés au travers la souscription de ces personnes morales.

Les membres sont répartis dans 3 sections de vote nationales :
- section professionnelle,
- section interprofessionnelle,
- section fonction publique.

Art. 9 - Adhésion individuelle

Dans le cadre d'une adhésion individuelle, la qualité de membre participant est constatée par la signature du bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Le règlement mutualiste peut prendre comme dénomination « Règlement MUTUALISTE » ou « CONDITIONS GÉNÉRALES ».

Toute modification des statuts est portée à la connaissance de chaque membre participant.

L'adhésion en qualité de membre honoraire est subordonnée à la décision du Conseil d'administration qui peut, pour ce faire, procéder à des délégations.

L'acte d'adhésion emporte acceptation des statuts et du règlement intérieur par le membre honoraire.

Art. 10 - Adhésions collectives

I – Opérations collectives facultatives :

Dans le cadre des opérations collectives facultatives, la qualité de membre participant résulte de la signature du bulletin d'affiliation qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis au contrat conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle et de la notice d'information prévue à l'article L.221-6 du code de la mutualité.

II – Opérations collectives obligatoires :

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires, la qualité de membre participant résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle en application de dispositions législatives, réglementaires conventionnelles, de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet

d'accord proposé par le chef d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur de s'affilier à la Mutuelle.
Elle emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, du contrat collectif conclu entre l'employeur et la Mutuelle et de la notice d'information prévue à l'article L.221-6 du code de la mutualité.

SECTION II - MAJORATIONS DE RETARD ET EXÉCUTION EN JUSTICE

Lorsque l'adhésion à la Mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, à défaut du paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur sont appliquées par la Mutuelle. Le taux est fixé à 5% du montant de la cotisation globale non versée à la date d'exigibilité.
Une majoration complémentaire de 2% par mois de retard sera également exigée.
L'exécution du contrat peut également être poursuivie en justice par la Mutuelle.

SECTION III - DÉMISSION, RADIATION ET EXCLUSION

Art. 11 - Démission
I. Opérations individuelles : La résiliation de l'adhésion est opérée dans les conditions, formes et délais fixés par les règlements mutualistes. Sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, la résiliation de l'adhésion à la garantie entraîne, à la date d'échéance fixée au règlement, la perte de la qualité de membre participant. Toute cotisation versée par l'adhérent reste acquise à la Mutuelle, sous réserve des dispositions de l'article L. 221-17 du code de la mutualité. La démission n'exonère pas l'adhérent du paiement des cotisations émises en cours d'année, sans possibilité d'exiger le paiement prorata temporis.
II. Opérations collectives : La résiliation de l'adhésion à un contrat collectif s'effectue dans les conditions, formes et délais fixés par le contrat. Elle entraîne, à la date d'échéance prévue au contrat, la perte de la qualité de membre honoraire pour l'employeur ou la personne morale et, pour les membres participants affiliés, la perte de la qualité de membres participants, sous réserve, pour ces derniers, des dispositions contractuelles leur permettant le maintien de tout ou partie de la couverture.

Art. 12 - Radiation
Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions d'admission prévues aux présents statuts, au règlement mutualiste et aux contrats collectifs.
Sont notamment radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8 et L. 221-17 du code de la mutualité.

Art. 13 - Exclusion
Peuvent être exclus les membres qui portent ou auraient volontairement porté atteinte aux intérêts de la Mutuelle ou qui refusent de se soumettre à ses statuts, règlements, chartes ou tout document contractuel de manière générale.
Tout membre participant ou un de ses ayants droit pourra également être exclu en cas de :
- Fausse déclaration intentionnelle
- Tentative de fraude ou fraude avérée qui consiste à tromper délibérément la Mutuelle pour obtenir un bénéfice illégitime en utilisant un moyen déloyal.
En tout état de cause, peut être exclue toute personne qui aura causé un préjudice matériel, financier ou moral à la Mutuelle, sans préjudice de toute action en restitution ou réparation.
Pour cela, le Comité d'éthique convoque la personne dont l'exclusion est proposée par lettre recommandée avec accusé de réception pour l'entendre sur les faits qui lui sont reprochés. L'intéressé peut se faire assister par toute personne de son choix lors de l'audition.
S'il ne se présente pas au jour indiqué, sauf motif légitime laissé à l'appréciation de la Mutuelle, le Comité d'éthique prend acte de son absence et statue sur son exclusion sans autre formalité.
L'exclusion est notifiée au membre ou l'ayant droit concerné par lettre recommandée avec accusé de réception en précisant la date d'effet de l'exclusion, et par voie de conséquence, la résiliation de ses prestations.
Cette décision est portée à la connaissance du Conseil d'administration.
Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion à la Mutuelle d'une durée de 24 mois à compter de la date d'effet de l'exclusion tant en qualité de membre participant que d'ayant droit.

Art. 14 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion
La démission, la radiation et l'exclusion entraînent la perte de la qualité de membre participant ou honoraire et du droit de participer aux instances de la Mutuelle.
La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf dans les hypothèses prévues à l'article L. 221-17 du code de la mutualité.
Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.
L'exclusion n'emporte pas renonciation par la Mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en vigueur à l'encontre du membre ou de l'ayant droit exclu.

TITRE II
ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Art. 15 - Composition de l'Assemblée générale
Les membres des différentes instances de VIASANTÉ Mutuelle pourront être contactés par VIASANTÉ Mutuelle (notamment concernant les convocations aux instances) par tous moyens de communication électronique, dès lors que l'adresse mail est renseignée, et sauf opposition de leur part.

CHAPITRE 1 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTION

Art. 16 - Section de vote
L'Assemblée générale est composée de délégués, ayant la qualité de membres participants ou de membres honoraires. Les délégués membres participants sont élus par les sections de vote définies à l'article 8 des présents statuts.
Les délégués sont élus pour 6 ans, leurs mandats sont renouvelables.
La perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle entraîne celle de délégué.

Art. 17 - Section de vote
Les sections de vote sont les sections mentionnées à l'article 8.

Art. 18 - Élection des délégués
Tous les membres participants et honoraires de la Mutuelle sont répartis en section de vote.
Dans chaque section de vote, les délégués à l'Assemblée générale sont élus à raison de 1 délégué pour 7 000 membres.
Chaque votant dispose d'une voix.
Les élections des délégués ont lieu à bulletins secrets par vote électronique via Internet et en cas d'impossibilité (pas d'adresse électronique) par correspondance au scrutin de listes fermées majoritaire à un tour sans panachage, sans vote préférentiel et selon la règle de majorité relative des suffrages exprimés. Dans l'hypothèse d'un double vote, c'est à dire par correspondance et par Internet, seul
le vote électronique sera pris en compte.
En cas d'égalité de voix, l'élection est acquise à la liste comportant le candidat le plus jeune.

SECTION II - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Art. 19 - Convocations de l'Assemblée générale
L'Assemblée générale se réunit une fois par an au moins sur convocation du Président du Conseil d'administration.
À défaut, le Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil

d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire pour procéder à cette convocation.
Outre les convocations diligentées le cas échéant par l'Autorité mentionnée à l'article L.510.-1 du code de la mutualité, ou l'administrateur provisoire nommé par celle-ci, l'Assemblée générale peut également être convoquée par :
1. La majorité des administrateurs composant le Conseil,
2. Les Commissaires aux comptes,
3. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, d'office ou à la demande d'un membre-participant ;
4. Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, à la demande d'un ou plusieurs membre(s) participant(s) ;
5. Les liquidateurs.
À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Art. 19.2 – Réunion de l'Assemblée générale

Conformément à l'article L.114-13 du code de la mutualité, les membres de l'Assemblée générale peuvent participer à celle-ci par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation
effective. Ils sont alors réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.
Les membres peuvent recourir au vote électronique lors des réunions en assemblée générale. Les modalités d'organisation du vote électronique respectent le secret du vote et la sincérité du scrutin.

Art. 20 - Modalités de convocation et ordre du jour de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est convoquée 15 jours avant la date de sa réunion ou 6 jours en cas de 2ème convocation.
La convocation est rédigée conformément aux dispositions de l'article D.114-3 du code de la mutualité.
Conformément à l'article L.114-14 du code de la mutualité, la Mutuelle adresse à chacun des délégués composant l'Assemblée générale ou met à leur disposition les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.
Conformément à l'article D.114-2 du code de la mutualité, à compter de la date de la convocation de l'Assemblée générale, une formule de vote par procuration doit être remise ou adressée aux frais de l'organisme à tout délégué qui en fait la demande.
Tout délégué peut détenir jusqu'à 2 procurations.
L'ordre du jour des Assemblées générales est fixé par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations. Toutefois lorsqu'un quart au moins des délégués demande l'examen d'un point, 5 jours au plus tard avant la tenue de la réunion, la question, si elle est conforme à l'objet social de la Mutuelle et aux dispositions des présents statuts, est obligatoirement soumise à l'Assemblée générale.
Le Président du Conseil d'administration doit refuser l'inscription d'un projet de résolution lorsque celui-ci n'entre pas dans l'objet social de la Mutuelle.
L'Assemblée générale délibère sur les points inscrits à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut en toute circonstance révoquer un ou plusieurs membre(s) du Conseil d'administration et procéder à son/leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la mutualité.
Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.
Il est établi un procès verbal de chaque réunion de l'Assemblée générale.

Art. 21 - Quorum et majorités

I - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le montant du fonds d'établissement, les montants ou taux de cotisations, la délégation de pouvoir prévue à l'article L. 114-11 du code de la mutualité, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le Conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations en application de l'article L114-1, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une Mutuelle ou d'une union, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13, est au moins égal à la moitié du total des membres.
Si le quorum n'est pas réuni lors de la première convocation, l'Assemblée générale peut être à nouveau convoquée. Elle délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13, est au moins égal au quart du total de ses membres.
Les décisions de l'Assemblée générale sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.
II - Pour l'exercice de ses autres attributions, l'Assemblée générale délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13, est au moins égal au quart du total des membres.
Si lors de la première convocation, l'Assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé, l'Assemblée générale peut être à nouveau convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13.
Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

SECTION III - ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Art. 22 - Compétences

L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et le cas échéant à leur révocation.
L'Assemblée générale est appelée à se prononcer sur :
1. la modification des statuts,
2. les activités exercées,
3. l'existence et le montant des droits d'adhésion,
4. le montant du fonds d'établissement,
5. les montants ou les taux de cotisations lorsque cette compétence ne relève pas du Conseil d'administration conformément aux articles L. 114-1 ou L. 114-11 du code de la mutualité,
6. les prestations offertes lorsque cette compétence ne relève pas du Conseil d'administration conformément aux articles L. 114-1 ou L. 114-11 du code de la mutualité,
7. l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre Mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou d'une union conformément aux articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité,
8. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
9. l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du code de la mutualité,
10. le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
11. le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états

et tableaux qui s'y rattachent,
12. les comptes combinés ou consolidés de l'exercice établis conformément à l'article L.212-7 ainsi que sur le rapport de gestion du groupe établi conformément à l'article L.114-17,
13. le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité,
14. le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou unions régies par les livres II et III du code de la mutualité auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu par l'article L. 114-39 du code de la mutualité,
15. le rapport du Conseil d'administration sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion,
16. le plan prévisionnel de financement prévu par l'article L. 310-4 du code de la mutualité,
17. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité,
18. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le Conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations,
19. toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.
L'Assemblée générale se prononce également sur :
1. la nomination des Commissaires aux comptes,
2. la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions des présents statuts,
3. les apports faits aux Mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du code de la mutualité.
4. les principes que doivent respecter les délégations de gestion des contrats collectifs.

Art. 23 - Délégation de pouvoir de l'Assemblée générale : Taux de cotisations et prestations
Pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, l'Assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'administration.
Cette délégation est valable 1 an.

Art. 24 - Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale
Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au code de la mutualité.
Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres.

CHAPITRE 1 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTION

Art. 25 - Composition
La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration de 24 membres au moins et de 47 au plus, élus parmi les membres participants ou honoraires.
Le Conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants, élus délégués à l'Assemblé générale.
Il appartient au Conseil d'administration de créer tout poste supplémentaire, lorsque cela lui parait utile lors de la fusion par absorption d'une autre Mutuelle.
Le Conseil d'administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de Dirigeants ou d'associés d'une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité.
Le Conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes, la proportion d'administrateurs de chaque sexe ne pouvant être inférieur à 40% de la totalité des membres, dans les conditions visées à l'article L.114-16-1 du code de la mutualité.

Art. 26 - Limite d'âge - Conditions d'éligibilité
Pour être éligibles au Conseil d'administration, les membres doivent :
- être âgés de 18 ans au jour de l'élection ;
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L.114-21 du code de la mutualité ;
- ne pas avoir exercé une fonction de salarié au sein de la Mutuelle au cours des 3 années précédant l'élection.

Le nombre d'administrateurs ayant dépassé l'âge de 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'administration. Si cette limite était franchie, la démission de l'administrateur le plus âgé, serait constatée d'office. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.
Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de 5 Conseils d'administration de Mutuelles, unions et fédérations, déduction faite de ceux détenus dans les Mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité.

Art. 27 - Modalités de l'élection
Les administrateurs sont élus par l'Assemblée générale à bulletin secret, au scrutin de listes fermées sans panachage majoritaire à un tour et selon la règle de majorité relative des suffrages exprimés.
Afin de permettre aux membres de l'Assemblée générale d'élire les administrateurs dans les conditions prévues par l'article L.114-16-1 du code de la mutualité, il est établi une ou plusieurs liste(s) de candidats composée(s) en recherchant une
représentation équilibrée des femmes et des hommes.
Chaque liste doit comporter une part minimale de sièges pour les personnes de chaque sexe au moins égale à 40 %, sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe.
En cas d'égalité des voix, priorité est donnée à la liste dont l'élection permet d'atteindre l'objectif de parité. Si l'objectif est déjà atteint ou ne peut être atteint à défaut de candidatures suffisantes, l'élection est acquise à la liste dont la moyenne d'âge est la moins élevée.

Art. 28 - Durée du mandat, renouvellement, vacance, démission
Les administrateurs sont élus par l'Assemblée générale pour une durée de 6 ans.
Le renouvellement du Conseil d'administration a lieu selon les mêmes modalités d'élection que celles prévues à l'article 25.
Conformément à l'article L.114-16 du code de la mutualité, il peut être procédé à la cooptation d'un administrateur par le Conseil d'administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée générale, dans la mesure du possible dans le respect des exigences de la parité, en cas de vacance en cours de mandat liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou honoraire, ou à la cessation du mandat en cas d'opposition à sa poursuite par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Si la nomination faite par le Conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.
L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.
Dans le cas où le nombre d'administrateurs serait inférieur à 10 du fait de plusieurs vacances, une Assemblée générale est convoquée par le Président afin de procéder à l'élection de nouveaux administrateurs.
Tout administrateur cesse ses fonctions :
- lorsqu'il perd la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle,
- lorsqu'il est atteint par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 23,
- lorsqu'il ne respecte pas les dispositions de l'article L.114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, il présente sa démission ou est déclaré démissionnaire d'office dans les conditions prévues au présent article,
- 3 mois après qu'une décision de justice

définitive l'a condamné pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité,
• par suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.
La révocation d'un administrateur peut intervenir, sur vote de la majorité des membres du Conseil, en cas d'absences non justifiées consécutives à 3 réunions du Conseil d'administration.
Les règles de vacance s'appliquent en l'espèce.

SECTION II - RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Art. 29 - Réunions
Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président au moins 3 fois par an.
Le Président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation. Celle-ci doit être envoyée aux administrateurs 5 jours au moins avant la date de la réunion sauf en cas d'urgence.
Le Conseil d'administration peut se réunir par visioconférence, dans les conditions fixées par l'article L.114-20 du code de la mutualité.
Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel assistent de droit aux réunions du Conseil d'administration.
Le Président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'administration qui délibère préalablement sur cette présence.

Art. 30 - Représentation des salariés au Conseil d'administration
Assistent aux réunions du Conseil avec voix consultative :
- 2 représentants des salariés de VIASANTÉ Mutuelle,
- 1 représentant des salariés du GIE AG2R.

Les représentants des salariés de VIASANTÉ Mutuelle sont élus pour une durée de 3 ans.

En cas de vacance d'un poste par décès, démission, révocation, rupture du contrat de travail ou pour toute autre cause que ce soit, le poste reste vacant jusqu'aux élections suivantes.
Néanmoins, si les 2 postes des représentants des salariés de VIASANTÉ Mutuelle deviennent vacants, alors de nouvelles élections seront organisées dans les 6 mois suivant la vacance du dernier poste.
Les modalités d'élection des représentants des salariés de VIASANTÉ Mutuelle sont définies par le règlement intérieur de la Mutuelle.

Art. 31 - Quorum et majorité
Le Conseil d'administration délibère valablement si la moitié au moins de ses membres est présente.
Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.
En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante conformément à l'article L. 114-20 du code de la mutualité.
Le Conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du Président et des membres du Bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.
Le Conseil d'administration adopte le principe de décision à majorité renforcée pour les délibérations définies au règlement intérieur.
Un procès verbal de chaque réunion est approuvé par le Conseil d'administration lors de la séance suivante.
Les délibérations du Conseil sont confidentielles.

SECTION III - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Art. 32 - Compétences
Le Conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application, en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité.
Le Conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.
À chaque clôture d'exercice, il arrête les comptes annuels et établit le rapport de gestion qui sera présenté à l'Assemblée générale ;
À la clôture de chaque exercice, il établit les comptes consolidés ou combinés le cas échéant, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à 'Assemblée générale ;
Il approuve l'ensemble des documents prudentiels et financiers requis par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.
Il est chargé de définir la politique d'action sociale de la Mutuelle à l'égard des membres participants et de veiller à sa mise en oeuvre en régions.
Il établit, chaque année, après avoir eu connaissance du compte rendu de gestion que lui a adressé le délégataire, un rapport qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de estion visées aux articles L. 116-1 à L. 116-3 du code de la mutualité.

Le Conseil d'administration adopte annuellement le budget de la Mutuelle.
Il fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Le Conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement, celles-ci étant présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée générale.
Il adopte et modifie les règlements des opérations individuelles dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.
Dans le cadre d'une convention de substitution, le Conseil d'administration valide l'autorisation préalable afin que la Mutuelle exerce son pouvoir de contrôle et de gestion sur la Mutuelle ou l'union substituée sur les activités prévues à l'article L. 211-5 du code de la mutualité.
Plus généralement, le Conseil d'administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux Mutuelles.
Dans le cadre de Solvabilité II, le rôle du Conseil d'administration est renforcé :
- il nomme et met fin aux fonctions du Dirigeant opérationnel;
- il approuve les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent l'informer, directement et de leur propre initiative, lorsque surviennent des événements de nature à la justifier ;
- il entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés.
Cette audition peut se dérouler hors la présence du Dirigeant opérationnel si les membres du Conseil d'administration l'estiment nécessaire. Le Conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant un comité spécialisé émanant de ce Conseil ;
- il approuve les politiques écrites avant leur mise en oeuvre ;
- il évalue les risques dans le cadre du processus EIRS.

Art. 33 - Délégation d'attributions
Le Conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et plus généralement toutes attributions qui ne lui sont pas spécialement réservées par la loi, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateur(s), soit à une ou plusieurs commission(s) ainsi qu'au Délégué général ou au Dirigeant opérationnel dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires et selon les dispositions des présents statuts.
Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.
Il peut déléguer tout ou partie de la compétence de fixer les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'administration ou le cas échéant au Dirigeant opérationnel mentionné à l'article L.221-14.
Le Conseil d'administration peut confier au Président, au Dirigeant opérationnel ou à un administrateur nommément désigné le pouvoir de prendre seul toutes

décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou types de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le Président, le Dirigeant opérationnel ou l'administrateur ainsi désigné agit sous le contrôle et l'autorité du Conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

Art. 34 - Les différents types de conventions
Conformément à l'article L.114-32 du code de la mutualité, les conventions réglementées doivent être soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'administration. Les conventions courantes autorisées sont soumises à une obligation d'information en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité.
Certaines conventions sont interdites conformément à l'article L114-37 du code de la mutualité.

SECTION IV - STATUT DES ADMINISTRATEURS

Art. 35 - Formation des administrateurs
Conformément à l'article L. 114-25 du code de la mutualité, les administrateurs suivent, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation adapté à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes. De plus, une formation continue est dispensée aux administrateurs pendant l'exercice de leur mandat.

Art. 36 - Gratuité des fonctions d'administrateur
Les fonctions d'administrateur sont gratuites sous réserve des dispositions des articles L.114-26 à L.114-28 du code de la mutualité et du décret n° 2004-132 du 10 février 2004 et conformément aux dispositions prévues dans le règlement intérieur.
La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions mentionnées à l'article L.114-26 du code de la mutualité.
Les administrateurs ayant la qualité de travailleurs indépendants ont droit à des indemnités calculées sur la base du temps consacré par l'intéressé à ses fonctions et du montant des revenus professionnels. Ces derniers à prendre en considération sont **les revenus de l'avant dernière** année prise en compte pour le calcul des cotisations sociales et **justifiés par la communication d'une copie de déclaration de revenus professionnels correspondante**.
Le montant annuel de l'indemnité ne peut excéder une limite égale au montant du plafond prévu au premier alinéa de l'article L.241-3 du code de la sécurité sociale pour l'année considérée.
Sous réserve des dispositions de l'article L.114-32 du code de la mutualité, il est interdit aux administrateurs de prendre ou de conserver un intérêt, direct ou indirect, dans une entreprise ayant traité avec la Mutuelle ou dans un marché passé avec celle-ci.
Il leur est également interdit de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à quelque titre que ce soit et sous quelque forme que ce soit, des rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du code de la mutualité.

Art. 37 - Situation et comportements interdits aux administrateurs, au Dirigeant opérationnel et aux Dirigeants effectifs
Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou au Dirigeant opérationnel ou aux Dirigeants effectifs.
Les anciens membres du Conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.
Il est interdit aux administrateurs, au Dirigeant opérationnel et aux Dirigeants effectifs de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles L. 114-32 et suivants du code de la mutualité.
Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Art. 38 - Obligations des administrateurs, du Dirigeant opérationnel et des Dirigeants effectifs
Les administrateurs, le Dirigeant opérationnel et les Dirigeants effectifs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et de confidentialité.
Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre Mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.
Les administrateurs, le Dirigeant opérationnel et les Dirigeants effectifs sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Art. 39 - Responsabilité
La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement selon les cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion selon les dispositions de l'article L. 114-29 du code de la mutualité.

SECTION V - STATUT DU MANDATAIRE MUTUALISTE

Art. 40 - Définition du mandataire mutualiste
Conformément à l'article L. 114-37-1 du code de la mutualité, les personnes physiques exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs qui apportent à la Mutuelle, union ou fédération, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel elles ont été désignées ou élues conformément aux statuts, ont la qualité de mandataire mutualiste.

Art. 41 - Les conditions d'exercice des mandataires mutualistes
Ils sont désignés par l'Assemblée générale ou le Conseil d'administration parmi les délégués à l'Assemblée générale de la Mutuelle.
La durée du mandat de mandataire mutualiste est calquée sur celle du mandat de délégué.
Si la désignation en tant que mandataire mutualiste intervient en cours de mandat de délégué, le mandat de mandataire mutualiste s'achèvera en même temps que celui de délégué.
Aussi à chaque nouvelle élection des délégués, le mandat de mandataire mutualiste doit être renouvelé, le cas échéant.
La perte du mandat de délégué entraîne celle de mandataire mutualiste.
Par ailleurs, l'instance ayant procédé à la désignation peut à tout moment destituer le membre de sa qualité de mandataire mutualiste.
Les mandataires mutualistes peuvent être invités aux différentes instances de la Mutuelle afin qu'ils apportent leur avis et expertise.
Les fonctions des mandataires mutualistes sont gratuites, cependant leurs frais de déplacement leur sont remboursés dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

CHAPITRE 3 - PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION I - ÉLECTION ET ATTRIBUTIONS DU PRÉSIDENT

Art. 42 - Élection et révocation
Le Conseil d'administration élit un Président en son sein parmi les membres participants. Il peut le démettre à tout moment.
Le Président est élu pour une durée de 6 ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est élu au cours de la première réunion du Conseil qui suit l'Assemblée générale. Il est rééligible.

Art. 43 - Vacance
En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de membre participant du

Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-président le plus âgé ou à défaut par celui des 2 autres Viceprésidents le plus âgé.

Art. 44 - Attributions
Le Président organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale.
Il préside les réunions du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale.
Le Président convoque le Conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier.
Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.
Le Président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.
Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.
Il veille à la régularité du fonctionnement de la Mutuelle, conformément au code de la mutualité et aux statuts.
Il engage les dépenses.
Il avise les Commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées par le Conseil d'administration.
Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle, et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général ou au Dirigeant opérationnel de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets déterminés.
Le Président exerce la direction effective de la Mutuelle au sens de l'article L.211-13 du code de la mutualité.

SECTION II - ÉLECTION, COMPOSITION DU BUREAU

Art. 45 - Élection
Le Conseil d'administration constitue un Bureau.
Les membres du Bureau, autres que le Président du Conseil d'administration, sont élus pour 3 ans par le Conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration.
Ils peuvent être démis à tout moment par le Conseil d'administration.
En cas de vacance et pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'administration, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 46 - Composition
Le Bureau est composé de la façon suivante :
- le Président du Conseil d'administration ;
- 3 Vice-présidents ;
- 1 Secrétaire général ;
- 1 Secrétaire adjoint ;
- 1 Trésorier général ;
- 1 Trésorier adjoint,
- et au plus 7 membres.

Art. 47 - Réunions et délibérations Le Bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.
La convocation est envoyée aux membres du Bureau 5 jours au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.
Le Bureau peut se réunir par visioconférence.
Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions dudit Bureau qui délibère alors préalablement sur cette présence.
Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.
Il est établi un procès verbal de chaque réunion qui est approuvé lors de la séance suivante.

Art. 48 - Les Vice-présidents
Les Vice-présidents secondent le Président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs, à l'exclusion de ceux relevant de sa mission de Dirigeant effectif.
En cas de vacance du Président, le Vice-président le plus âgé peut remplacer provisoirement le Président dans l'attente de l'élection d'un nouveau Président.
En cas d'indisponibilité du Vice-président le plus âgé, celui des 2 autres Viceprésidents le plus âgé le supplée.

Art. 49 - Le Secrétaire général et le Secrétaire adjoint
Le Secrétaire général est responsable de la rédaction des procès verbaux des réunions statutaires et de leur conservation.
Le Secrétaire général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général et au Dirigeant opérationnel de la Mutuelle l'exécution de certaines missions qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.
Le Secrétaire adjoint seconde et assiste le Secrétaire général dans toutes ses fonctions.
En cas de vacance du Secrétaire général, le Secrétaire adjoint peut le remplacer provisoirement dans l'attente de l'élection d'un nouveau Secrétaire général.

Art. 50 - Le Trésorier général
Le Trésorier général effectue les opérations financières de la Mutuelle et tient la comptabilité.
Le Trésorier général est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle.
Il fait procéder selon les directives du Conseil d'administration à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.
Il prépare et soumet à la discussion du Conseil d'administration :
- les comptes annuels et les documents, états, tableaux qui s'y rattachent ;
- le rapport prévu au paragraphe m) et le plan prévu au paragraphe n) de l'article L. 114-9 du code de la mutualité ;
- les éléments visés aux paragraphes a) c) d) et f) ainsi qu'aux 2 derniers alinéas de l'article L. 114-17 du code de la mutualité ;
- un rapport synthétique sur la situation financière de la Mutuelle.

Le Trésorier général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général et au Dirigeant opérationnel l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur
déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.
Le Trésorier adjoint seconde et assiste le Trésorier général dans toutes ses fonctions.
En cas de vacance du Trésorier général, le Trésorier adjoint peut le remplacer provisoirement dans l'attente de l'élection d'un nouveau Trésorier général.

CHAPITRE 4 - DIRECTION GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

Art. 51 - Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel

Le Conseil d'administration nomme, sur proposition du Président, un Délégué général, et un Dirigeant opérationnel ; il détermine leurs attributions respectives.

Il peut être mis fin aux fonctions du Délégué général et du Dirigeant opérationnel suivant la même procédure.
Le Délégué général est le Directeur général de l'Association sommitale AG2R LA MONDIALE.
Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel assistent aux réunions du Conseil d'administration et du Bureau ensemble ou séparément.
Ils peuvent se faire représenter lors de ces réunions par la personne de leur choix.
Le Dirigeant opérationnel est tenu de déclarer au Conseil d'administration, avant sa nomination, l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'il entend conserver et de faire connaître après sa nomination les autres activités ou fonctions qu'il entend exercer.
Le Dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L114-17 du code de la mutualité.
Le Dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation de pouvoirs confiée par le Conseil d'administration et

sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux Assemblées générales, au Conseil d'administration et au Président.

CHAPITRE 5 - ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION I - PRODUITS ET CHARGES

Art. 52 - Les produits
Les produits de la Mutuelle comprennent principalement :
- le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'Assemblée générale,
- les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

Art. 53 - Les charges
Les charges comprennent notamment :
- les diverses prestations servies aux membres participants ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- les versements faits aux unions et fédérations ;
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités VIASANTÉ Mutuelle ;
- les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
- les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L. 111-6 du code de la mutualité ;
- la redevance prévue à l'article L. 612-20 du code monétaire et financier et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution pour l'exercice de ses missions ;
- plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités de la Mutuelle et non interdites par la loi.

Art. 54 - Apports et transferts financiers
En cas de création de Mutuelles définies à l'article L. 111-3 ou d'unions définies à l'article L. 111-4 du code de la mutualité, la Mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la Mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.
Tout autre transfert financier doit faire l'objet d'un rapport du Conseil d'administration à l'Assemblée générale dans les conditions prévues à l'article L. 114-17 du code de la mutualité. Il ne peut remettre en cause les exigences de solvabilité.

SECTION II - MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS ET RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

Art. 55 - Placements
Le Conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la Mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par la Mutuelle.

Art. 56 - Garantie
La Mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Art. 57 - Règles de sécurité financière
Les marges de solvabilité et les provisions techniques sont constituées conformément à la législation en vigueur.

SECTION III - COMITÉ D'AUDIT ET COMMISSAIRES AUX COMPTES

Art. 58 - Comité d'audit
VIASANTÉ Mutuelle désigne un administrateur au sein du comité d'audit de SGAM AG2R LA MONDIALE afin de la représenter et de tenir informé le Conseil d'administration de VIASANTÉ Mutuelle.

Art. 59 - Commissaire aux comptes
En vertu de l'article L. 114-38 du code de la mutualité, l'Assemblée générale nomme au moins un Commissaire aux comptes choisi sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du code du commerce.
Le Président convoque le Commissaire aux comptes à toute Assemblée générale.
Le Commissaire aux comptes :
- certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versée à chaque administrateur ;
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration ;
- prend connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L. 114-32 du code de la mutualité ;
- établit et présente à l'Assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité ;
- fournit à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- signale sans délai à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution tout fait et décision mentionnés à l'article L. 612-44 II du code monétaire et financier dont il a eu connaissance ;
- porte à la connaissance du Conseil d'administration et de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution les vérifications auxquelles ils ont procédé dans le cadre de leurs attributions prévues par le code du commerce ;
- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'ils ont relevées au cours de l'accomplissement de leur mission.
Il joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature, réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une Mutuelle ou d'une union relevant du livre III du code de la mutualité.

SECTION IV - FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Art. 60 - Montant du fonds d'établissement
Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100 €. Les droits d'adhésion sont affectés au fonds d'établissement.
Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 20 des présents statuts, sur proposition du Conseil d'administration.

TITRE III
DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 61 - Dissolution volontaire et liquidation
En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée générale dans les conditions fixées par les présents statuts.
L'Assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateur(s) qui peut/peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'administration.
La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.
L'Assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.
L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée générale qui a statué sur la clôture de la liquidation à d'autres Mutuelles ou unions ou au Fond national de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du code de la mutualité ou au Fond de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du code de la mutualité.
Conformément à l'article L. 113-4 du code de la mutualité, à défaut de réunion de l'Assemblée générale durant deux années consécutives, l'ACPR peut prononcer la dissolution et nommer un liquidateur.

Art. 62 - Interprétation
Les statuts, le règlement mutualiste ou la notice d'information, le contrat collectif, le document d'information sur le produit d'assurance, le bulletin d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Art. 63 - Reconnaissance dominante d'une Société de Groupe Assurantiel de Protection Sociale (sgaps)
VIASANTÉ Mutuelle reconnait, par son affiliation à un groupe prudentiel,

l'influence dominante de la SGAPS AG2R LA MONDIALE.
Cette influence dominante s'exerce au moyen d'une coordination centralisée de ladite Sgaps sur les décisions de ses affiliés susceptibles d'affecter significativement la situation financière de l'ensemble. Ainsi, par son adhésion sans réserve aux statuts et à son affiliation à la Sgaps, VIASANTÉ Mutuelle s'engage à recueillir son autorisation préalable, notamment lors des opérations suivantes, selon les seuils définis dans la convention d'affiliation :
- l'acquisition ou la cession d'immeubles par nature ;
- l'acquisation ou la cession totale ou partielle d'actifs ou de participations ;
- la constitution de sûretés et l'octroi de cautions, avals ou garanties ;
- les opérations de fusion, de transfert de portefeuille ou de substitution (à l'exception des opérations entre les membres de la Sgam, de la Sgaps ainsi que de leurs filiales et participations) ;
- l'externalisation des activités définies par les articles L. 354-3 et R. 354-7 du code des assurances ;
- l'émission de fonds, titres ou certificats.
De même, VIASANTÉ Mutuelle reconnait les pouvoirs d'intervention, de contrôle et de sanctions de la Sgaps sur ses affiliés, à savoir :
- la mise en place d'un mécanisme de prévention prévoyant notamment la possibilité de déclencher un audit et de mettre en place un plan de redressement ;
- la fixation des modalités de déclenchement de la société financière entre les organismes affiliés ;
- l'unicité de la direction générale entre la Sgaps et ses affiliés ;
- la mise en oeuvre des politiques communes ;
- la coordination des fonctions clés des organismes affiliés du groupe prudentiel ;
- la mise à disposition des moyens humains et matériels d'AG2R LA MONDIALE.
Et plus généralement à respecter toutes opérations et obligations fixées par les statuts et la convention d'affiliation de la Sgaps.

DOCUMENT D'INFORMATIONS CLÉS

VIASANTÉ mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

OBJECTIF

Le présent document contient des informations essentielles sur le produit d'investissement. Il ne s'agit pas d'un document à caractère commercial. Ces informations vous sont fournies conformément à une obligation légale, afin de vous aider à comprendre en quoi consiste ce produit et quels risques, coûts, gains et pertes potentiels y sont associés, et de vous aider à le comparer à d'autres produits.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom du produit : Néoliane Obsèques

Initiateur du produit : GSH et VIASANTÉ Mutuelle

Numéro de téléphone : 04 92 17 53 58

Site web : http://www.neoliane.fr/

Autorité de contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09

Date de publication : 2017

Vous êtes sur le point d'acheter un produit qui n'est pas simple et qui peut être difficile à comprendre.

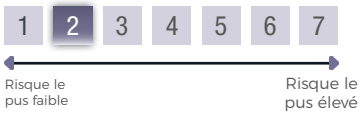
EN QUOI CONSISTE CE PRODUIT ?

Type	Ce produit, régi par le droit français, est un contrat collectif d'assurance vie à adhésion facultative, dont les engagements sont exprimés en euros.
Objectifs	Ce produit garantit le versement au décès de l'Adhérent par VIASANTÉ Mutuelle d'un capital compris entre 2 000€ et 12 000€. Lors de la première année de souscription, le capital est versé uniquement en cas de décès par accident (remboursement des cotisations en cas de décès par maladie). Ce capital est affecté prioritairement au financement et à la réalisation des obsèques de l'Adhérent. Le solde éventuel est versé aux Bénéficiaires. L'Adhérent paie des cotisations périodiques sur une durée temporaire (15 ans ou 20 ans) ou durant toute sa vie, dont le montant est fonction de la durée de paiement des cotisations, du niveau de garantie souscrit et de l'âge de l'Adhérent au moment de l'Adhésion. Les cotisations sont payables d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement. Selon une stratégie prudente, l'investissement est placé sur l'actif général de VIASANTÉ Mutuelle, majoritairement composé de titres obligataires, d'OPCVM et de monétaires. Si des excédents sont constatés, VIASANTÉ Mutuelle détermine chaque année quelle part vient augmenter le capital garanti.
Investisseurs de détail visés	Ce produit s'adresse aux membres de l'Association GPST, personnes physiques âgées de plus de 40 ans et de moins de 85 ans à la date de prise d'effet des garanties, résidant fiscalement en France métropolitaine.
Prestation d'assurance	Le produit permet le versement au bénéficiaire désigné d'un capital en cas de décès de l'Adhérent pour le financement et la réalisation de ses obsèques et donne la faculté à l'Adhérent, en cours d'adhésion, de racheter totalement l'épargne constituée. Une pénalité de 5% pourra être retenue en cas de rachat dans les dix premières années. Ce produit comprend également un service d'assistance fourni par Mondial Assistance France.
Durée	Le produit est d'une durée viagère. Il peut prendre fin soit en cas de décès de l'Adhérent, soit en cas de rachat total de l'épargne constituée ou en cas de résiliation du contrat collectif.

QUELS SONT LES RISQUES ET QU'EST-CE QUE CELA POURRAIT ME RAPPORTER ?

Indicateur de risque

Description du profil de risque et de rémunération



L'indicateur de risque part de l'hypothèse que vous conservez le produit jusqu'à la fin de la période de détention fixée à 30 ans. Le risque réel peut être très différent si vous optez pour une sortie avant l'échéance et vous pourriez obtenir moins en retour.

L'indicateur synthétique de risque permet d'apprécier le niveau de risque de ce produit par rapport à d'autres. Il indique la probabilité que ce produit enregistre des pertes en cas de mouvements sur les marchés ou d'une impossibilité de notre part de vous payer.

Nous avons classé ce produit dans la classe de risque 2 sur 7, qui est une classe de risque basse. Si la situation venait à se détériorer sur les marchés financiers, les pertes financières potentielles liées aux futurs résultats se situeraient à un niveau faible.

Si nous ne sommes pas en mesure de vous verser les sommes dues, vous pouvez perdre l'intégralité de votre épargne. Toutefois, vous bénéficiez d'un système de protection des consommateurs (voir la section « Que se passe-t-il si VIASANTÉ Mutuelle n'est pas en mesure d'effectuer les versements ? »). L'indicateur présenté ci-dessus ne tient pas compte de cette protection.

Scénarios de performance

Ce tableau montre les sommes que vous pourriez obtenir sur 30 ans, en fonction de différents scénarios, en supposant que vous investissiez 1 000€ par an.

Les différents scénarios montrent comment votre investissement pourrait se comporter. Vous pouvez les comparer avec les scénarios d'autres produits, sur les mêmes hypothèses. Les scénarios présentés sont une estimation des performances futures à partir de données du passé relatives aux variations de la valeur de cet investissement. Ils ne constituent pas un indicateur exact. Ce que vous obtiendrez dépendra de l'évolution du marché et de la durée pendant laquelle vous conserverez l'investissement ou le produit.

Les chiffres indiqués comprennent tous les coûts du produit lui-même, y compris les frais dus à votre conseiller ou distributeur et détaillés plus loin. Ces chiffres ne tiennent pas compte de votre situation fiscale personnelle, qui peut également influer sur les montants que vous recevrez.

Investissement de 1 000€ par an pendant 15 ans		1 an	15 ans	30 ans
Scénarios en cas de décès				
Décès de l'Adhérent	Ce que le(s) bénéficiaire(s) pourrai(en)t obtenir après déduction des coûts	1 000	9 998	9 998
Décès accidentel de l'Adhérent	Ce que le(s) bénéficiaire(s) pourrai(en)t obtenir après déduction des coûts	9 998	9 998	9 998
Prime d'assurance cumulée		1 000	15 000	15 000
Scénarios en cas de rachat de l'épargne constituée				
Scénario sous tension	Ce que vous pourriez obtenir après déduction des coûts et contre paiement de la valeur de rachat	648	10 524	10 297
	Rendement annuel moyen	-35,24%	-2,33%	-1,25%
Scénario défavorable	Ce que vous pourriez obtenir après déduction des coûts et contre paiement de la valeur de rachat	648	10 524	10 297
	Rendement annuel moyen	-35,24%	-2,33%	-1,25%
Scénario intermédiaire	Ce que vous pourriez obtenir après déduction des coûts et contre paiement de la valeur de rachat	648	10 524	10 297
	Rendement annuel moyen	-35,24%	-2,33%	-1,25%
Scénario favorable	Ce que vous pourriez obtenir après déduction des coûts et contre paiement de la valeur de rachat	649	10 926	11 098
	Rendement annuel moyen	-35,07%	-2,09%	-1,00%
Primes versées cumulées		1 000	15 000	15 000

Le scénario de tension montre ce que vous pourriez obtenir dans des situations de marchés extrêmes, et ne tient pas compte du cas où nous ne pourrions pas vous payer.

QUE SE PASSE-T-IL SI VIASANTÉ MUTUELLE N'EST PAS EN MESURE D'EFFECTUER LES VERSEMENTS ?

L'Adhérent pourrait subir une perte financière en cas de défaillance de VIASANTÉ Mutuelle. L'Adhérent peut être indemnisé par le Fonds de Garantie des Assurances de Personnes (FGAP). Celui-ci peut être saisi, en dernier ressort, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) lorsqu'une société d'assurance n'est plus en mesure de faire face à ses engagements envers ses Adhérents.

QUE VA ME COÛTER CET INVESTISSEMENT ?

La réduction du rendement montre l'incidence des coûts totaux que vous payez sur le rendement que vous pourriez obtenir de votre investissement. Les coûts totaux incluent les coûts ponctuels, récurrents et accessoires.

Les montants indiqués ici sont les coûts cumulés liés au produit lui-même, pour trois périodes de détention différentes. Ils incluent les pénalités de sortie anticipée potentielles. Les chiffres présentés supposent que vous investissiez 1 000€ par an pendant 15 ans et que vous ayez 60 ans. Ces chiffres sont des estimations et peuvent changer à l'avenir.

Coût au fil du temps

Il se peut que la personne qui vous vend ce produit ou qui vous fournit des conseils à son sujet vous demande de payer des coûts supplémentaires. Si c'est le cas, cette personne vous informera au sujet de ces coûts et vous montrera l'incidence de l'ensemble des coûts sur votre investissement au fil du temps.

Investissement de 1 000€ par an pendant 15 ans	1 an	15 ans	30 ans
Coûts totaux	352	4 476	4 703
Incidence sur le rendement (réduction de rendement) par an	35,24%	2,33%	1,25%

Composition des coûts

Le tableau ci-dessous indique :

- L'incidence annuelle des différents types de coûts sur le rendement que vous pourriez obtenir de votre investissement à la fin de la période d'investissement fixée à 30 ans ;

- La signification des différentes catégories de coûts.

Ce tableau montre l'incidence sur le rendement par an.

Coûts pontuels	Coûts d'entrée	-0,68%	L'incidence des coûts que vous payez lors de l'entrée dans votre investissement. Il s'agit du montant maximal que vous paierez ; il se pourrait que vous payiez moins. Ceci inclut les coûts de distribution de votre produit.
	Coûts de sortie	-0,00%	L'incidence des coûts encourus lorsque vous sortez de votre investissement à l'échéance.
Coûts récurrents	Coûts de transaction de portefeuille	-0,00%	L'incidence des coûts encourus lorsque nous achetons ou vendons des investissements sous-jacents au produit
	Autres coûts récurrents	-1,04%	L'incidence des coûts que nous prélevons chaque année pour gérer votre investissement
Coûts accessoires	Commissions liées aux résultats	-0,00%	L'incidence des commissions liées aux résultats. Nous prélevons cette commission sur votre investissement si le produit surpasse son indice de référence.
	Commissions d'intéressement	-0,00%	L'incidence des commissions d'intéressement. Nous prélevons ce montant lorsque la performance de l'investissement est supérieure au niveau de référence

COMBIEN DE TEMPS DOIS-JE LE CONSERVER ET PUIS-JE RETIRER DE L'ARGENT DE FAÇON ANTICIPÉE ?

Période de détention recommandée : jusqu'au décès de l'Adhérent

Vous disposez de la faculté de renoncer à votre Contrat dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet ou, en cas de vente à distance à compter du jour où vous recevez les conditions contractuelles, les informations mentionnées au III de l'Article L221-18 du Code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu. Passé ce délai, vous disposez d'une faculté de rachat totale. Les modalités de rachat sont détaillées dans la notice du contrat. Le rachat total met fin au contrat et à toutes ses garanties.

COMMENT PUIS-JE FORMULER UNE RÉCLAMATION ?

Pour toute réclamation, l'Adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :

- Sur internet : **www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Réclamations »** ;
- Par courrier à l'adresse suivante : **Néoliane Santé - 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3**.

En cas de réponse non satisfaisante, l'Adhérent peut adresser une réclamation par écrit, au Service Prévoyance de VIASANTÉ Mutuelle au 01 64 71 42 58 puis, le cas échéant, au Service Satisfaction Clients, 14 rue René Cassin – CS 70528 – 77014 Melun Cedex.

Les délais de traitement de la réclamation de l'Adhérent ne peuvent excéder :

- Dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse définitive elle-même est apportée à l'Adhérent dans ce délai ;
- Deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Médiation :

Si le désaccord persiste, ou, à défaut de réponse dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'Adhérent peut saisir le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée. Le dossier, constitué des documents et éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à transmettre :

- Par voie électronique : **www.mediateur-mutualite.fr**
- Par courrier : **Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) - Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15**

Ce dernier examinera la demande de l'Adhérent et rendra une proposition en toute équité et en toute indépendance.

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Le document pourrait ne pas contenir toutes les informations nécessaires à votre prise de décision quant à l'adhésion au contrat Néoliane Obsèques. La notice d'information du contrat est à votre disposition auprès de Néoliane. Pour plus d'information, veuillez consulter le site internet de Néoliane http://www.neoliane-sante.fr/, ou celui de VIASANTÉ Mutuelle, l'assureur du produit Néoliane Obsèques https://www.mutuellebleue.fr/.

Réf. OBS 1991 – Édition : Juillet 2025

Obsèques

néoliane

NÉOLIANE SANTÉ
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3
www.neoliane.fr

Distribué par NÉOLIANE SANTÉ - 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C– CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice N°B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Assuré par VIASANTÉ Mutuelle – 14-16 boulevard Malesherbes 75008 Paris – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 777 927 120 – Membre d'AG2R LA MONDIALE.

Assistance du produit : MONDIAL ASSISTANCE FRANCE – SAS au capital de 7 584 076,86 dont le siège social est situé 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen – RCS Bobigny n° 490 381 753 – N° ORIAS 07 026 669 – http://www.orias.fr/

Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.