néoliane



Hospizen

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° MBIJHTC01NI

+ Conditions Générales d'Assistance

+ Statuts VIASANTÉ Mutuelle

+ Statuts GPST

VIASANTÉ mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE



GARDEZ L'ESPRIT SEREIN LORS D'UN SÉJOUR À L'HÔPITAL

Quel que soit le motif de votre hospitalisation, maladie ou accident, bénéficiez d'un budget complémentaire avec les indemnités journalières allant de 20€ à 150€ par jour pour les adultes et de 10€ à 75€ par jour pour les enfants.

Lors d'une hospitalisation, de nombreux frais sont à votre charge, notamment pour les hospitalisations de longue durée. Ces frais peuvent peser lourd dans votre budget.

Grâce à Néoliane HospiZen, votre rétablissement sera votre principale préoccupation.

LES AVANTAGES

Des indemnités à utiliser librement selon vos besoins ;

Une couverture valable pour les hospitalisations en France métropolitaine et dans le monde entier (séjours de moins de 3 mois) ;

Une indemnité exonérée d'impôts* ;

Une indemnisation doublée en cas d'hospitalisation due à un accident (exclue pour les enfants).

UNE GARANTIE SIMPLE

Souscription possible jusqu'à 70 ans inclus ;

Couverture jusqu'à 80 ans inclus ;

Aucune formalité médicale ;

Possibilité de couvrir les membres de votre famille ;

En cas d'adhésion simultanée : des réductions pour votre couple et vos enfants.

** Dans les limites fiscales en vigueur.*

Hospizen

UNE ASSISTANCE GLOBALE ET INDISPENSABLE

LORS D'UNE HOSPITALISATION, ON NE PENSE PAS TOUJOURS AUX IMPACTS SUR LA VIE QUOTIDIENNE D'UNE IMMOBILISATION.

GRÂCE À L'ASSISTANCE INCLUSE DANS VOTRE GARANTIE NÉOLIANE HOSPIZEN, BÉNÉFICIEZ D'UN ACCOMPAGNEMENT COMPLET ET À L'INTERNATIONAL.

DÈS L'ADHÉSION :

- Conseil social
- Informations juridiques sur la vie quotidienne

EN CAS DE PATHOLOGIE LOURDE :

- Mise à disposition d'une enveloppe de services à utiliser selon vos besoins
- Bilan situationnel par un ergothérapeute au domicile

fil assistance

Fil assistance vous accompagne également en cas d'événements traumatisants et en cas de radiothérapie et chimiothérapie.

09 82 06 60 08

(+33 9 82 06 60 08 depuis l'étranger)

UNE PRISE EN CHARGE EN CAS DE DÉCÈS :

- Aide à la recherche d'un prestataire funéraire
- Soutien psychologique
- Rapatriement de corps
- Déplacement d'un membre de la famille sur le lieu du décès
- Retour des accompagnateurs de l'adhérent ou son conjoint décédé
- Prise en charge des enfants, des ascendants et des animaux domestiques

EN CAS D'HOSPITALISATION :

De nombreux services pour vous aider au quotidien :

- Aide-ménagère
- Livraison de médicaments à domicile
- Frais de transport et d'hébergement pour les proches

Un accompagnement complet en cas d'immobilisation :

- Transport et garde de vos enfants, soutien scolaire
- Prise en charge des animaux de compagnie

EN CAS D'HOSPITALISATION LORS D'UN DÉPLACEMENT À L'ÉTRANGER :

- Rapatriement médical
- Frais de prolongation de séjour pour raisons médicales
- Rapatriement des autres bénéficiaires
- Frais de secours en montagne

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES
EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Le contrat Néoliane Hospizen est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (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.

Le contrat est distribué par Néoliane Santé et géré par Mutua Gestion. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de VIASANTÉ Mutuelle.

La cotisation annuelle est calculée en fonction du montant de la garantie souscrite et par Assuré en fonction de leurs âges. L'âge de chaque Assuré est déterminé à la date de prise d'effet du Contrat et lors de chaque renouvellement en fonction de la différence entre le millésime de l'année considérée et son année de naissance.

Le Contrat prévoit (article 2 de la Notice d'information), sous réserve des exclusions prévues à l'article 8 de la Notice d'information, le versement d'une Indemnité Journalière forfaitaire en cas d'Hospitalisation de l'Assuré consécutive à un Accident ou à une Maladie, dans les conditions prévues à l'article 6.

Le Contrat prévoit également un service d'assistance fourni par IMA Assistance.

Les exclusions prévues par le Contrat sont mentionnées par l'article 8 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.

La durée minimale de l'adhésion s'étend à compter de sa date d'effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se reconduit ensuite annuellement par tacite reconduction.
Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies à l'adhésion. La périodicité de prélèvement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.

L'Adhérent dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. La demande de renonciation doit être adressée par écrit sur le site :

› Sur l'espace adhérent : **www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »**

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

et rédigée selon le modèle suivant :

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance
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 Hospizen» 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)

Les relations précontractuelles et contractuelles avec Viasanté MUTUELLE sont régies par le droit français.

Viasanté MUTUELLE, Néoliane Santé et le Gestionnaire s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

En cas de difficultés liées à l'application de la présente Notice, l'Assuré peut contacter le Gestionnaire selon les modalités détaillées à l'article 8 de la présente Notice d'information, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice.

Réclamations et procédures de médiation
Examen des réclamations

L'Assuré peut adresser une réclamation à son interlocuteur habituel :

› Sur l'espace adhérent : **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'Assuré pourra adresser une réclamation, par écrit, au Gestionnaire, lequel s'engage à accuser réception et à apporter une réponse dans les meilleurs délais et ce, à l'adresse suivante :

› Sur l'espace adhérent : **https://assure-neoliane.meprotege.fr/home**

› Par courrier à l'adresse suivante : **CENTRE DE GESTION NÉOLIANE - BP 90051 - 31602 MURET Cedex**

Les délais de traitement du Gestionnaire 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'Assuré dans ce délai ;
- Deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

Médiateur :
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'Assuré peut saisir le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française (FNMF) à l'adresse suivante :

› Par courrier à l'adresse suivante : **Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - 255 rue de Vaugirard – 75719 Paris Cedex 15.**

› Par voie électronique : **www.www.mediateur-mutualite.fr.**

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

néoliane

Hospizen

NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° MBIJHTC01NI

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance prévoyance **NÉOLIANE HOSPIZEN** est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative, régi par le Code de la Mutualité. Ce contrat est dénommé ci-après le « Contrat groupe ».

Ce contrat groupe est référencé GPST/MB/07. Il se compose des documents suivants :

· La présente Notice d'information qui définit les garanties, et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;
· Le Certificat d'adhésion qui retrace les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites.
· Les statuts de l'association GPST
· Les statuts Viasanté 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. En cas de modification des garanties (cf. Article 5.3.1), le dernier Certificat d'adhésion adressé à l'Adhérent vient compléter l'ensemble de ces documents.
Le Contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire y afférent sera du ressort exclusif des tribunaux français.

L'organisme assureur et co-concepteur 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 Paris, immatriculée au répertoire SIRENEsous 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 - 06205 NICE CEDEX 3, ci-après dénommé le « **Courtier** ».

La Mutuelle délègue la gestion des garanties du Contrat groupe à **MUTUA GESTION,** Société par actions simplifiée unipersonnelle au capital de 4 300 000€ – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Toulouse sous le N° 788 998 078 – Immatriculée au Registre des intermédiaires en assurance tenu par l'ORIAS sous le N° 13 007 119 – Siège social : 187 Avenue Jacques Douzans - BP 90051 - 31600 MURET, ci-après dénommé le « **Gestionnaire ou Centre de Gestion Néoliane**».

Le co-concepteur et co-distributeur du Contrat groupe est **GROUPE SANTIANE HOLDING** (GSH), AS 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.

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.

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS

Accident : Toute lésion corporelle de l'Assuré résultant de l'action, réaction, ou résistance d'un évènement soudain, imprévisible, et extérieur qui est involontaire.

Pour l'octroi de la garantie capital décès, **ne sont pas considérés comme Accidents, mais comme Maladie, l'Accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, la rupture d'anévrisme, et l'épilepsie.**

Ne sont pas considérés comme Accident au sens de la présente Notice, toutes les affections y compris les affections résultant de la contamination ou l'infection par des agents biologiques les hernies, les lumbagos, les sciatiques et les chocs émotionnels.

Adhérent : La personne physique qui adhère au Contrat « Néoliane HospiZen » et qui est désignée comme telle au Certificat d'adhésion résidant en France métropolitaine et âgée d'au moins dix-huit (18) ans et jusqu'à :
- soixante-dix (70) ans inclus au moment de l'adhésion,
- quatre-vingt (80) ans inclus, pendant toute la durée de vie du Contrat.

Assuré(s) : Les personnes physiques désignées comme telles au Certificat d'adhésion, c'est-à-dire :
- L'Adhérent ;
- le Conjoint ;
- leurs enfants, âgés au maximum de 17 ans inclus.

Avenant : Document contractuel établi par la Mutuelle et l'Association constatant une modification.

Conjoint : Est considéré comme Conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé, ni séparé de corps, son cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), ou son concubin notoire, et âgé d'au moins dix-huit (18) ans et jusqu'à quatre-vingt (80) ans inclus.

Déchéance : Perte du droit à l'indemnité d'assurance, soit en cas de fausse déclaration, soit en cas de non-respect des conditions de son exercice.

Délai d'attente : Période qui court à compter de la prise d'effet du Contrat et pendant laquelle certaines garanties ne sont pas encore acquises.

Délai de Franchise : Période fixée au Certificat d'adhésion au terme de laquelle débute l'indemnisation en cas de sinistre garantie.

Échéance : Date à laquelle l'Adhérent doit payer sa cotisation.

Maladie : Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un Accident, ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.
Pour l'octroi de la garantie Indemnité Journalière en cas d'Hospitalisation, sont considérés comme Maladie, les hernies, les lumbagos, les sciatiques, les chocs émotionnels et les grossesses à caractère pathologique.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement (hôpital ou clinique, public ou privé) en France et dans le monde entier dû à une Maladie ou un Accident garanti (sauf les exclusions indiquées au présent article et l'article 8). À l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié, dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de du Gestionnaire peut avoir accès.

Les Hospitalisations non prescrites pour un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une Maladie ou d'un Accident ne sont pas couvertes.

ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT

2.1 Les garanties

Le Contrat « Néoliane HospiZen » a pour objet le versement d'une Indemnité Journalière forfaitaire en cas d'Hospitalisation de l'Assuré consécutive à un Accident ou à une Maladie, dans les conditions prévues à l'article 6, à l'exception des exclusions de l'article 8.

Le montant de l'Indemnité Journalière est :
- doublé en cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident, lorsqu'elle est versée à l'Adhérent et/ou son Conjoint.
- divisé par deux lorsqu'elle est versée aux Enfants.

2.2. Les Services non assurés par la Mutuelle

Les services d'assistance inclus dans la garantie sont assurés par un prestataire dont les coordonnées figurent dans les Conditions Générales de l'assisteur, figurant en annexe 1 de la présente Notice. Les services assurés par le prestataire susvisé sont susceptibles d'être modifiés et/ou remis en cause par ce dernier.

ARTICLE 3 - CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer au Contrat, l'ensemble des membres de l'Association GPST, dont les frais d'adhésion seront prélevés selon la même périodicité que les cotisations. A ce titre, l'Adhérent recevra une copie des Statuts de l'Association.

L'Adhérent devra remplir les conditions suivantes :
- être âgé, à l'adhésion, d'au moins dix-huit (18) ans et jusqu'à soixante-dix (70) ans inclus ;
- Être résident, fiscalement et de façon permanente, en France métropolitaine ;

Il a la possibilité d'ajouter au Contrat son Conjoint et/ou ses Enfants (tels que définis à l'article 1). Toutefois, les Enfants ne peuvent bénéficier du doublement du montant des Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident.

L'adhésion se fait au moyen d'une Demande d'adhésion remplie et signée par l'Adhérent. Cette demande est transmise au Gestionnaire.
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.
Les informations et documents contractuels peuvent être transmis à l'Adhérent sur un support durable autre que le papier. Sauf à ce que le service fourni soit de nature exclusivement électronique, l'Adhérent peut s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation ou à n'importe quel moment.

ARTICLE 4 - COTISATIONS

4.1. Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation due au titre du présent Contrat est celui figurant sur le Certificat d'adhésion. La cotisation annuelle est calculée en fonction du montant de la garantie souscrite et par Assuré en fonction de leurs âges. L'âge de chaque Assuré est déterminé à la date de prise d'effet du Contrat et lors de chaque renouvellement en fonction de la différence entre le millésime de l'année considérée et son année de naissance.

Le montant de la cotisation pourra être révisé annuellement par la Mutuelle si une décision législative ou règlementaire venait modifier les engagements, ou si les résultats techniques le nécessitaient.
La Mutuelle se réserve alors la possibilité de modifier le barème des cotisations.
En tout état de cause, le montant de la cotisation ne dépend pas de l'état de santé de l'Adhérent.

4.2. Dates et modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est payable à terme à échoir, selon les modalités choisies par l'Adhérent et tel que figurant sur le Certificat d'adhésion : par prélèvement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel automatique.

Ce prélèvement est effectué par le Gestionnaire, sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire situé dans l'Espace Economique Européen désigné à cet effet par l'Adhérent.

Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.

À tout moment et dans la limite d'une fois par an,

l'Adhérent a la possibilité, de modifier le fractionnement de la cotisation, en adressant une demande au Gestionnaire :

› Sur l'espace adhérent : **https://assure-neoliane.meprotege.fr/home**
› Par courrier à l'adresse suivante : **CENTRE DE GESTION NÉOLIANE - BP 90051 - 31602 MURET CEDEX**

4.3. Résiliation pour défaut de paiement

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de leur Échéance, le Gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre de mise en demeure par courrier recommandé avec avis de réception l'informant que le défaut de paiement est susceptible d'entrainer son exclusion des garanties du Contrat.
L'exclusion de l'Adhérent ne peut intervenir, à défaut de paiement, que dans les quarante (40) jours suivant cette mise en demeure.
En cas d'exclusion, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises au Gestionnaire.

4.4. Modification du montant de la cotisation

Les cotisations peuvent évoluer en fonction :
- des résultats techniques du Contrat Collectif à adhésion facultative ;
- d'une modification du niveau de garanties ;
- des évolutions législatives (fiscales ou sociales) ;
- du changement de tranche d'âge des Assurés au Contrat.

ARTICLE 5 - VIE DU CONTRAT

5.1. Prise d'effet des garanties

L'adhésion prend effet, sous réserve du règlement de la 1ère cotisation, à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion après validation de la Demande d'adhésion par le Gestionnaire dans les conditions visées ci-dessous :
- en cas d'adhésion par écrit sur support papier, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par le Gestionnaire, le 1er du mois suivant la date de réception de la Demande d'adhésion dûment complétée et signée (ou au 1er du mois choisi par l'Adhérent sauf pour le mois en cours), et sous réserve du paiement de la première cotisation ;
- en cas d'adhésion conclue à distance au sens de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, c'est-à-dire, exclusivement conclue au moyen " d'une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du Contrat " sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par le Gestionnaire, à la date d'enregistrement informatique de la demande du Contrat d'Assurance dûment complétée et signée.

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, soit jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion, elle se renouvelle annuellement par tacite reconduction jusqu'au 31 décembre de chaque année dans la limite des quatre-vingts (80) ans de l'Adhérent.

En cas d'incident de paiement sur la 1ère cotisation, la prise d'effet est reportée à la date d'encaissement effective du paiement. À défaut de régularisation dans un délai de trois (3) mois, l'adhésion est annulée dans tous ses effets.

5.2. Cessation des garanties

Les garanties prennent fin en tout état de cause :
- Pour l'ensemble des Assurés, à la date de résiliation du Contrat quelle qu'en soit la cause ;
- En cas de résiliation dans les conditions exposées à l'article 5.5 de la présente Notice ;
- En cas de non-paiement de la cotisation (article 4.3 de la présente Notice) ;
- En cas de déménagement en dehors de la France Métropolitaine ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle ;
- Pour l'Adhérent :
- **au 31 décembre de l'année de son 80ème anniversaire ;**
- **le jour de son décès. Dans ce cas, les garanties prennent fin également à l'égard des Assurés et ce à compter de son décès, sauf demande formulée par le Conjoint souhaitant se substituer à l'Adhérent décédé et validée par le Courtier.**

- Pour le Conjoint :
- **au 31 décembre de l'année de son 80ème anniversaire ;**
- **Le jour de son décès.**

- Pour le Conjoint et/ou les Enfants, au jour de la perte de la qualité d'Assuré.

5.3. Modifications du Contrat

5.3.1. Modification des garanties

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander la modification de ses garanties à la hausse et à la baisse, sur internet ou par écrit simple :

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

A l'échéance principale
L'Adhérent a la possibilité de demander la modification de son niveau de garantie à la hausse ou à la baisse, par écrit et au plus tard deux (2) mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet à la date d'échéance de l'adhésion.

Hors échéance principale
A compter de la deuxième année d'adhésion, l'Adhérent a la possibilité de demander la modification de son niveau de garantie **à la hausse,** à tout moment, dans la limite d'une fois tous les douze (12) mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion. En toute état de cause, les nouvelles garanties seront acquises, après acceptation du Gestionnaire et sous réserve que l'Adhérent ait satisfait aux formalités prévues à l'article 3, à la date figurant sur l'avenant délivré par le Gestionnaire, sous réserve du paiement effectif des cotisations correspondantes.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie, le montant de sa nouvelle cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification.

L'Adhérent dispose d'un délai de trente (30) jours pour contester s'il le souhaite. Sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes,
la demande de modification prend effet à la date indi-

quée sur la lettre ayant valeur d'avenant.

En cas de baisse de garantie, celle-ci devra se faire à la date d'échéance.

Tout Accident, entraînant une Hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, est indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris les rechutes éventuelles (même pathologie).

5.3.2. Modifications des Assurés

Si au cours de vie du Contrat, l'Adhérent souhaite étendre la garantie à un autre Assuré, tel que défini à l'article 1er de la présente Notice, il fournira au Gestionnaire, tous les renseignements nécessaires le concernant.
Cet ajout se matérialisera par un Avenant au Contrat et le nouvel Assuré des garanties se verra appliquer les délais d'attente et de franchise de garantie applicables à une adhésion initiale.

Si une des personnes garanties par le Contrat initial ne remplit plus les conditions d'adhésion requises (telles que définies à l'article 3) pour bénéficier de la qualité d'Assuré, **les garanties cessent de plein droit, à son égard.** Toutefois, l'Assuré devra porter cette information à la connaissance de la Mutuelle afin que le Contrat soit aménagé en fonction des nouvelles conditions.

Toute demande de modification du Contrat sera adressée à :

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

5.4. Informations à communiquer au cours du Contrat

L'Adhérent devra communiquer tout changement de domicile ou de domiciliation bancaire pour le prélèvement des cotisations :

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client,
rubrique « je souhaite résilier ou me rétracter »

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

A défaut d'information, les communications faites par le Gestionnaire seront valablement adressées à l'Adhérent à son dernier domicile connu.

5.5. Résiliation

L'adhésion peut être résiliée dans les conditions et les délais précisés ci-dessous.

Résiliation à l'initiative de l'adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion :
- À échéance anniversaire et annuelle, moyennant un préavis de deux (2) mois.
- En cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou l'augmentation du montant de la cotisation, l'Adhérent peut, dans ce cas, résilier son contrat dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.
- A tout moment, après la première année d'adhésion.

Formes de la résiliation :
Lorsque la résiliation émane de l'Adhérent, elle doit être transmise, au choix :

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client,
rubrique « je souhaite résilier ou me rétracter »

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

Résiliation par la Mutuelle

La Mutuelle peut résilier l'adhésion :
- En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation dans les conditions prévues à l'article 11 de la présente Notice d'information ;
- En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fausse, d'omission ou de déclaration inexacte dans les conditions prévues à l'article 11 de la présente Notice.

Résiliation du contrat collectif par l'association GPST

En cas de résiliation du contrat collectif à adhésion facultative signé entre la Mutuelle et l'Association GPST, les effets (droits et obligations) se poursuivent à l'égard des adhésions antérieures à la résiliation, jusqu'à leur terme.

ARTICLE 6 - CONDITIONS ET ÉTENDUE DES GARANTIES

6.1. Personnes garanties

L'Adhérent, ainsi que les autres Assurés inscrits sur le Certificat d'adhésion (tels que définis à l'article 1er).

6.2. Conditions de la garantie

Pour mettre en oeuvre la garantie, l'Hospitalisation

doit avoir lieu pendant la période de garantie et être la conséquence directe et immédiate d'un Accident ou d'une Maladie survenu ou constaté pendant la période de garantie
En cas d'Hospitalisation due à une grossesse, la garantie est acquise à l'expiration d'un Délai d'attente de dix (10) mois.

6.3. Montant de la garantie

Le montant de l'Indemnité Journalière forfaitaire choisi par l'Adhérent est indiqué sur le Certificat d'adhésion.
L'Adhérent a le choix entre dix (10) formules d'Indemnités Journalières : 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100 ou 150 euros.
Le cas échéant, le montant de l'Indemnité Journalière choisi par l'Adhérent est identique pour l'ensemble des Assurés.
Les Enfants figurant le cas échéant sur le Certificat d'adhésion bénéficient de la garantie. Le montant de l'Indemnité Journalière versée en cas d'Hospitalisation est égal à 50% du montant de l'Indemnité Journalière choisi par l'Adhérent.
Le montant de l'Indemnité Journalière est doublé pour l'Adhérent et/ou son Conjoint en cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident.
Les Enfants ne bénéficient pas du doublement en cas d'Accident.

6.4. Durée de l'indemnisation

La période de garantie débute au plus tôt lors de la prise d'effet du Contrat.
En cas d'Hospitalisation garantie, l'Assuré percevra le montant de l'Indemnité Journalière indiquée au Certificat d'adhésion dans les conditions décrites ci-après.
L'indemnité est versée :
- À partir du 1er jour d'Hospitalisation dans la limite d'une période maximum de trois (3) ans, soit 1095 jours, lorsque l'Hospitalisation est consécutive à un Accident et sous réserve que sa durée soit supérieure ou égale à vingt-quatre (24) heures consécutives.
- À partir du 1er jour d'Hospitalisation dans la limite d'une période maximum d'un an (1) an, soit 365 jours, lorsque l'Hospitalisation est consécutive à une Maladie ou à la maternité et sous réserve que sa durée soit supérieure ou égale à quarante-huit (48) heures consécutives.

Pour un même Accident, comportant plusieurs Hospitalisations successives, la durée d'indemnisation ne peut excéder 1095 jours, sauf si les Hospitalisations sont espacées de plus de soixante (60) jours.
Dans cette hypothèse la computation du délai de 1095 jours débute à nouveau à compter de l'Hospitalisation intervenant soixante (60) jours après l'Hospitalisation nécessitée par le même Accident.
La règle de computation du délai de 365 jours est la même en cas de Maladie.

6.5. Territorialité et étendue de la garantie

Les garanties sont acquises en France métropolitaine (Corse incluse) et dans le monde entier lors de séjour de moins de trois (3) mois.
En cas d'Hospitalisation hors France métropolitaine, la prise en charge sera limitée à quatre-vingt-dix (90) jours par évènement garanti.
Les prestations dues par la Mutuelle seront payables en France métropolitaine et en Euros.

ARTICLE 7 - APPRÉCIATION DU SINISTRE

7.1. Déclaration du sinistre

L'Assuré, ou son représentant légal pour les Enfants, doit déclarer au Gestionnaire les Hospitalisations de nature à entraîner la mise en oeuvre de la garantie.
Pour déclarer le sinistre, l'Assuré, ou son représentant pour les Enfants, doit écrire à l'adresse suivante :

Par courrier à l'adresse suivante :
CENTRE DE GESTION NÉOLIANE
BP 90051 - 31602 MURET Cedex

En retour, il lui est adressé un formulaire de déclaration à retourner dûment complété et signé en y joignant les pièces justificatives suivantes :
- La copie du Certificat d'adhésion ;
- Le compte-rendu d'Hospitalisation, adressé sous pli confidentiel adressé au médecin-conseil ;
- Le bulletin d'Hospitalisation.

Le Gestionnaire se réserve le droit de demander tous renseignements ou pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires afin de se prononcer sur la garantie et le cas échéant de procéder à son règlement.

7.2. Contrôle et expertise médicale

Sous peine de Déchéance, l'Assuré doit se soumettre à tous examens que le Gestionnaire jugera utiles pour contrôler son état ou vérifier tous faits susceptibles d'affecter le règlement du sinistre par application des dispositions tant légales que contractuelles.
Les médecins missionnés par le Gestionnaire auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'Assuré pour procéder à tout contrôle et à toute expertise, **sous peine de Déchéance de garantie et de suspension du paiement des prestations en cours.**
Dans le cas où l'Assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné par le Gestionnaire doit avoir accès à son lieu de résidence pour pouvoir constater médicalement son état.
L'Assuré doit toujours indiquer au Gestionnaire l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.
En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Assuré hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.
En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des deux parties désignera un médecin, en cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés en commun et également par les deux parties.

7. 3. Paiement des Indemnités Journalières garanties

Le règlement interviendra dès que possible et au plus tard dans les quinze (15) jours qui suivent la date de l'accord de garantie. Pour toute Hospitalisation supérieure à trente (30) jours, à la demande de l'Assuré, le Gestionnaire pourra verser des acomptes à la condition d'être en possession de toutes les pièces justificatives.

ARTICLE 8 - EXCLUSIONS DES GARANTIES

Ne sont pas garanties les Accidents, Maladies ou blessures :

• Survenus en dehors de la période de garantie ainsi que leurs suites et conséquences ;
• Causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ;
• Dus à l'utilisation avec ou sans conduite d'un véhicule terrestre à moteur à deux ou trois roues d'une cylindrée égale ou supérieure à 400 cm3 ;
• Dus à l'usage par l'Assuré de drogues, stupéfiants, ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
• Causés par la tentative de suicide de l'Assuré ;
• Provoqués par la guerre étrangère ;
• Provoqués par la guerre civile, les émeutes, mouvements populaires, une rixe (sauf cas de légitime défense), la participation à une grève, ou à un lock-out ;
• Résultant de la manipulation volontaire, par l'Assuré, d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
• Résultant de la désintégration du noyau atomique, des effets de l'énergie nucléaire ;
• Résultant de la pratique par l'Assuré d'un sport en qualité de professionnel ou d'amateur rémunéré ;
• Résultant de la pratique par l'Assuré de la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, du parachutisme et de l'aéronef sous toutes ses formes ;
• Résultant de la participation de l'Assuré à des compétitions et/ou à leurs essais comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque, ou d'une embarcation à moteur.

Ne sont pas garanties les Hospitalisations :

• À domicile ;
• Dans les établissements, services, centres de moyen ou long séjour ou maisons médicales à partir du moment où les soins et traitements effectués le sont pour : convalescence ou soins de suite, réadaptation ou rééducation (fonctionnelle ou motrice, des Maladies cardio-vasculaires, des affections respiratoires, des affections hépato-digestives), rééducation ou réinsertion sociale et professionnelle ou pour des cures de toutes natures ;
• Dans les établissements, services, maisons ou centres de repos, d'hébergement, de plein air, de retraite, en hospice de vieillards, instituts médico-pédagogiques, établissements et services de gériatrie ou de gérontologie et pour personnes âgées dépendantes ;
• Dans les établissements, services ou centre thermaux, climatiques, diététiques, de thermalisme diététique, héliomarins, sanatoriums ou préventoriums, aériums, de lutte contre la tuberculose ;
• En services, centres ou établissements hospitaliers psychiatriques ;
• À un bilan de santé (check-up) ou à un traitement à but de rajeunissement ;
• Dues aux affections de types psychiatriques : troubles mentaux, états dépressifs quelle qu'en soit l'origine ;
• Dues aux opérations de chirurgie esthétique, de chirurgie plastique non consécutives à un Accident garanti ;
• Dues au délire alcoolique de l'Assuré, un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la Législation en vigueur au jour du sinistre ;
• Dues à une interruption volontaire de grossesse.

ARTICLE 9. INFORMATIONS DE L'ADHÉRENT

9.1 Dispositions diverses

Il ne peut y avoir en aucun cas d'adhésions multiples au Contrat concernant un même Assuré ; si tel devait être le cas, l'engagement de la Mutuelle serait en tout état de cause limité à la première adhésion concernant l'Assuré.

9.2. Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité :

Article L. 221-11 du Code de la mutualité : toutes actions dérivant du Contrat sont prescrites pour deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du Participant, du Bénéficiaire ou de l'Ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre Participant ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité, le Bénéficiaire n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Adhérent décédé.

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) ;
- '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).

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.

9.3 Réclamations et procédures de médiation

Examen des réclamations

L'Assuré peut adresser une réclamation à son interlocuteur habituel :

Sur l'espace adhérent :
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'Assuré pourra adresser une réclamation, par écrit, au Gestionnaire, lequel s'engage à accuser réception et à apporter une réponse dans les meilleurs délais et ce, à l'adresse suivante :

Sur l'espace adhérent :
https://assure-neoliane.meprotege.fr/home

Par courrier à l'adresse suivante :
CENTRE DE GESTION NÉOLIANE - BP 90051 - 31602 MURET Cedex

Les délais de traitement du Gestionnaire 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'Assuré dans ce délai ;
- Deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

Médiateur :

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'Assuré peut saisir le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française (FNMF) à l'adresse suivante :

Par courrier à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - 255 rue de Vaugirard – 75719 Paris Cedex 15.

Sur l'espace adhérent :
www.www.mediateur-mutualite.fr.

Ce dernier examinera la demande de l'Assuré ou du bénéficiaire des prestations et rendra une proposition en toute équité et en toute indépendance.

9.4 Informatique et libertés

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, le Courtier et le Gestionnaire pour la gestion de leur relation avec l'Assuré. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement 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, le Courtier et le Gestionnaire en tant que responsables du traitement et, éventuellement, aux mandataires, partenaires de la Mutuelle et, le cas échéant, aux réassureurs 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, d'utilisation ou tout autre document contractuel que l'Assuré est tenu de respecter.
La Mutuelle, le Courtier et le Gestionnaire 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'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données le concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité. Il peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant.

L'Assuré peut exercer ces droits en s'adressant :

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane-sante.fr/service-client/b2b,

rubrique " Je souhaite exercer un droit concernant mes informations personnelles"

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

En outre, l'Assuré a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel applicables après son 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'Assuré droit peut 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.

9.5. Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

La Mutuelle, le Courtier et le Gestionnaire 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.
A ce titre, La Mutuelle, le Courtier et le Gestionnaire seront tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elles 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 (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

9.6 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'Assuré 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 Gestionnaire, le Courtier ou la Mutuelle de joindre téléphoniquement l'Assuré 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.

Pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr ou WORLDINE - Service Bloctel - CS 61311- 41013 Blois Cedex.

9.7. Droit de renonciation

L'Adhérent dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. La demande de renonciation doit être adressée par écrit :

Sur l'espace adhérent :
www.neoliane.fr/service-client,
rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter»

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

La demande de renonciation peut être faite suivant le modèle exemple de lettre inclus ci-dessous.

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 Hospizen» 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)

La cotisation dont l'Adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration du délai de renonciation est égale au prorata de la cotisation annuelle, pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle renonciation. De plus, si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser les montants éventuellement perçus dans un délai de trente (30) jours.

ARTICLE 10 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle, le Courtier et le Gestionnaire 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.

ARTICLE 11 - SANCTIONS

La Mutuelle se réserve le droit d'exclure tout Assuré 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 l'Assuré, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'Assuré, 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'Assuré 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.

En cas de refus de l'Assuré de satisfaire aux demandes de contrôle, d'une expertise médicale de la Mutuelle, ou lorsqu'il résulte de ce contrôle ou cette expertise que les déclarations ou les dépenses engagées sont intentionnellement frauduleuses, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation. De même, la production de documents inexacts ou mensongers fait perdre tout droit à prestation pour le sinistre déclaré. En tout état de cause, la Mutuelle pourra engager des poursuites en vue du recouvrement des sommes indument versées, sans préjudices des sanctions prévues par les Statuts de la Mutuelle.

CONDITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF **N° FIC25SAN0065**

ASSISTANCE HOSPITALISATIONS TOUTES CAUSES

ASSOCIATION GPST (GROUPEMENT POUR LA PREVOYANCE ET LA SANTE POUR TOUS), Association loi de 1901, immatriculé sous le numéro RNA « W751216092 », dont le siège social se situe 30-32, boulevard de Vaugirard – 75015 PARIS, a souscrit le contrat collectif n° **FIC-25SAN0065.**

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, enregistrée sous l'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Où s'appliquent les garanties ?

Téléphone : 09 82 06 60 08 (depuis la France)
+33 9 82 06 60 08 (depuis l'étranger)

Mail : assistance.personnes@filassistance.fr

Adresse : 108 Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex

Télécopie : 09 77 40 17 87

Les garanties d'assistance du Contrat, **sauf stipulations contraires expressément prévues à l'article III. TABLEAU DES GARANTIES**, ne sont dues qu'à compter du moment où le fait générateur a lieu en France.
Sauf stipulations contraires, les garanties ne sont délivrées qu'au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent.

Quelle est la période des garanties ?

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Évènement à l'origine de la demande d'assistance survient pendant l'adhésion au Contrat et durant la période de validité de ce dernier.
Les durées des adhésions sont strictement équivalentes à la durée du Contrat collectif d'assistance n° **FIC-25SAN0065** auquel elles se rattachent, à défaut de stipulation expresse contraire.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance prévoyance Néoliane Hospizen distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC25SAN0065**.

1 – DÉFINITIONS

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule.

Accident corporel : Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Adhérent : Toute personne physique, assurée au titre du contrat Néoliane Hospizen distribué par NÉOLIANE SANTÉ et domiciliée en France telle que définition en est donnée aux termes du présent article.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement au Domicile de l'Adhérent, tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

AGGIR : Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

Animaux domestiques : Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), chats, nouveaux animaux de compagnie (NAC) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarin ou canari), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France

Bénéficiaire : Toute personne vivant sous le même toit que l'Adhérent et résidant en France telle que définie au terme du Contrat susceptible de bénéficier de tout ou partie des prestations et garanties prévues au Contrat.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° **FIC-25SAN0065**.

Dépendance : Etat de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle ou secondaire de l'Adhérent en France.

Équipe médico-psycho-sociale : Médecins de FILASSISTANCE, assistantes sociales, psychologues ou conseillers en économie sociale et familiale de FILASSISTANCE.

Établissements de soins publics ou privés : Hôpitaux,

cliniques, établissements de convalescence, établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), centres de rééducation, établissements d'HAD (Hospitalisation à domicile), etc... au sein desquels le Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une Autorité médicale.

Étranger : Tout pays situé hors de France, à l'exclusion des zones formellement déconseillées par le ministère des affaires étrangères français dont la liste, par pays, est accessible sur le site : https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/.

Évènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE. L'Evènement applicable pour chaque garantie est précisé au sein de ces dernières.

France : France métropolitaine, les Principautés de Monaco et d'Andorre, les Départements-Régions d'Outre-Mer français (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Franchise : Part des frais qui reste définitivement à la charge du Bénéficiaire.

Hospitalisation : Sauf stipulation contraire, tout séjour d'une durée **supérieure à 24 heures**, dans un Établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident corporel ou une Maladie.

Hospitalisation imprévue : Toute Hospitalisation qui n'était pas connue dans les sept (7) jours précédant la date d'entrée mentionnée sur le bulletin d'hospitalisation.

Hospitalisation prévue : Toute Hospitalisation qui était connue dans les sept (7) jours précédant la date d'entrée mentionnée sur le bulletin d'hospitalisation.

Immobilisation : Etat d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile.

Immobilisation imprévue : L'immobilisation imprévue se traduit par une incapacité temporaire à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son Domicile, nécessitant un repos à Domicile, constatée comme telle par une autorité médicale compétente et consécutive soit à un acte/traitement médical délivrée par cette dernière qui n'a pas été planifié **dans les 7 jours** précédant sa délivrance, soit à un Accident corporel.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

Maladies redoutées : Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dyalisée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique , complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont l'appréciation est laissée à la charge des médecins de FILASSISTANCE.

Proches parents : Les ascendants et descendants du 1er degré et/ou le Conjoint de l'Adhérent tel que défini ci-dessus.

Titre de transport : Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures en train, il est remis un billet de train, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion classe économique. À défaut de précision spécifique pour une garantie donnée, le Titre de transport se définit comme un billet aller/ retour.

Zone de résidence :

- Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre : zone couvrant la France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français : zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.

2 — MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS

2.1 - Délivrance des prestations

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures **(hors jours fériés).**

En cas de rapatriement prévu par les garanties d'assistance, FILASSISTANCE met en œuvre cette prestation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie **dans un délai maximum de dix (10) jours calendaires** suivant soit :

- **une Immobilisation au domicile,**
- **la sortie d'une Hospitalisation,**
- **un décès,**
- **la survenance ou l'aggravation d'une Maladie redoutée,**
- **un Accident corporel ou une Maladie soudaine survenant lors d'un déplacement.**

Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de FILASSISTANCE.

Les prestations accessibles à l'Etranger sont acquises uniquement en cas de survenance de l'Evènement garanti avant le terme du 90ème jour calendaire suivant la date de départ de France du Bénéficiaire. Seuls les déplacements privés à but non médical sont couverts.

À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

Il appartient au Bénéficiaire de fournir toute pièce demandée par FILASSISTANCE permettant de justifier la réalité de l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie ne peuvent donner lieu à un remboursement a posteriori ou au versement d'une indemnité compensatoire.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation nécessitant l'intervention au Domicile d'un Bénéficiaire lorsque celui-ci, eu égard à son état de dégradation, est considéré comme étant soit insalubre soit comme présentant un danger ou risque pour la santé ou pour la sécurité de l'intervenant de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation en cas de comportement pénalement répréhensible (agressions, comportements racistes, insultes, ...) ou violent d'un Bénéficiaire à l'égard de FILASSISTANCE ou de l'un de ses prestataires.

En cas de fausse déclaration sur les circonstances du sinistre, d'exagération frauduleuse des préjudices, de dissimulation d'existence d'autres prestations indemnitaires ou d'utilisation ou de production de documents/justificatifs frauduleux ou inexacts, les Bénéficiaires perdront tout droit à indemnisation pour le sinistre.

2.2 - Remboursement des prestations

Lorsque les garanties le prévoient expressément ou que l'intervention d'un prestataire auprès du Bénéficiaire n'est pas possible, FILASSISTANCE peut autoriser le Bénéficiaire à organiser lui-même la prestation.

Dans ce cas, FILASSISTANCE rembourse au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais, par virement, les frais engagés sous réserve de la transmission des justificatifs suivants :

- un RIB au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais afférent à un compte bancaire ouvert auprès d'une banque située sur le territoire de l'Union Européenne,
- une facture acquittée* originale ou copie scannée, au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais, reprenant l'ensemble des mentions obligatoires imposées par la réglementation en vigueur et l'objet correspond exactement à la prestation qui aurait été mise en œuvre par FILASSISTANCE au profit du Bénéficiaire,
- les pièces justifiant la réalité de l'Evènement qui conduit le Bénéficiaire à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

Le remboursement est conditionné à l'obtention par le Bénéficiaire de l'accord préalable de FILASSISTANCE.

Le remboursement est toujours fait dans la limite de ce que FILASSISTANCE aurait pris en charge si elle avait organisé elle-même la prestation. Le Bénéficiaire s'engage à payer le cas échéant le reste à charge à son prestataire.

Le remboursement sera versé soit au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais dans un délai de trente (30) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble desdites pièces, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

**Toute facture transmise dans un format ne garantissant pas l'inaltérabilité de cette dernière (.txt, .docx, .xlsx. ou tout autre format permettant la modification de la facture a posteriori de son édition) ne permettra pas d'obtenir un remboursement.*

2.3 - Conditions d'ordre médical

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de FILASSISTANCE, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'équipe médicale de FILASSISTANCE.

Afin de permettre à l'équipe médicale de FILASSISTANCE de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de FILASSISTANCE

2.4 - Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. **En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.**

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un **délai maximal de 72 heures.**

La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- d'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),
- des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

Les prestations d'information juridique dispensées par FILASSISTANCE ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, **ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.**

La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

2.5 - Conditions de prise en charge des Titres de transport

En cas de transfert sanitaire ou de transport organisé et pris en charge par FILASSISTANCE, le Bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

À défaut de modification ou d'échange, le Bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à verser les sommes correspondantes à FILASSISTANCE, et ce dans les 90 jours de son retour.

Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le Bénéficiaire pour son retour seront pris en charge par FILASSISTANCE.

2.6 - Conditions d'avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées par le Contrat, FILASSISTANCE peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

• Conditions préalables au versement de l'avance par FILASSISTANCE

À titre de garantie de remboursement par le Bénéficiaire de l'avance consentie, FILASSISTANCE adressera un certificat d'engagement au Bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins, accompagné d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité à FILASSISTANCE. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par FILASSISTANCE.

• Délai de remboursement de l'avance à FILASSISTANCE

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser à FILASSISTANCE la somme avancée par cette dernière **dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.**

· **Sanctions**

À défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et FILASSISTANCE pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

3 – TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES DÈS L'ADHÉSION

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint.

Accompagnement budgétaire et social	5 entretiens téléphoniques maximum par foyer et par année civile
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Évènement : La Maladie ou l'Accident corporel à l'origine de l'Immobilisation.

Ces garanties ne sont pas cumulables avec la garantie « Enveloppe de services ».

Aide à Domicile	10 heures maximum à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur 10 jours maximum par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Immobilisation)*
Présence d'un proche au Domicile	1 Titre de transport par Évènement 50 € TTC maximum par nuit (petit-déjeuner inclus) dans la limite de 2 nuits par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Immobilisation)*
Livraison de médicaments	Frais d'acheminement 1 livraison maximum par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Immobilisation)*
Garde des animaux domestiques **Promenade du chien par un « pet-sitter »**	Frais de déplacement aller-retour et frais de « pet-sitter » 10 interventions maximum par Évènement réparties sur une période maximale de 10 jours *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Immobilisation)*

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 2 JOURS OU D'HOSPITALISATION PRÉVUE DE PLUS DE 4 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Évènement : La Maladie ou l'Accident corporel à l'origine de l'Hospitalisation.

Ces garanties ne sont pas cumulables avec la garantie « Enveloppe de services ».

Aide à domicile	10 heures maximum à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur 10 jours maximum par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent la sortie d'une Hospitalisation)*
Présence d'un proche au chevet	1 Titre de transport par Évènement 50 € TTC maximum par nuit (petit-déjeuner inclus) dans la limite de 2 nuits par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent la sortie d'une hospitalisation)*
Livraison de médicaments	Frais d'acheminement *(1 livraison maximum par Evènement dans les 10 jours suivant la sortie d'une hospitalisation)* *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent la sortie d'une hospitalisation)*

Garde des Animaux domestiques : **Visite de l'Animal au domicile par un « pet-sitter** **OU Garde de l'Animal au domicile par un « pet-sitter »** **OU Garde de l'Animal chez un « pet-sitter »**	Frais de déplacement aller-retour et frais de « pet-sitter » 10 interventions maximum par Évènement réparties sur une période maximale de 10 jours *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Evènement)*

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS :
- **D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 24 HEURES ;**
- **OU D'HOSPITALISATION PRÉVUE DE PLUS DE 4 JOURS ;**
- **OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS**

D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),
- par Évènement : L'Accident corporel ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

Ces garanties ne sont pas cumulables avec la garantie « Enveloppe de services ».

Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou sans limite d'âge pour les enfants handicapés	
Garde au Domicile	10 heures maximum réparties sur une période maximale de 10 jours par Évènement
OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 Titre de transport par enfant et pour l'adulte accompagnant, par Évènement
OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile	1 Titre de transport par Évènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS :
- **D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 24 HEURES ;**
- **OU D'HOSPITALISATION PRÉVUE DE PLUS DE 4 JOURS ;**
- **OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS**

DU SALARIÉ EN CHARGE DE LA GARDE DU OU DES ENFANT(S)

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Évènement : L'Accident corporel ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

Ces garanties ne sont pas cumulables avec la garantie « Enveloppe de services ».

Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou sans limite d'âge pour les enfants handicapés	
Garde au Domicile	10 heures maximum réparties sur une période maximale de 10 jours par Évènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 14 JOURS D'UN ENFANT DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Évènement : L'Accident corporel ou la Maladie à l'origine de l'Immobilisation.

École à domicile à compter du 1er jour d'absence	3 heures maximum par jour

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS :
- **D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 5 JOURS LIÉE A UNE MALADIE REDOUTÉE ;**
- **SURVENANCE DE LA MALADIE REDOUTÉE NECESSITANT UN TRAITEMENT PAR CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE ;**
- **D'AGGRAVATION DE LA MALADIE REDOUTÉE ENTRAINANT UNE HOSPITALISATION DE PLUS DE 10 JOURS.**

D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent, son Conjoint ou leur(s) enfant(s),
- par Évènement : L'Accident corporel ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

Enveloppe de services *(Cette garantie n'est pas cumulable avec les autres garanties accessibles en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation).*	50 unités maximum par période de 12 mois *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 12 mois qui suivent l'Évènement)*

Téléassistance	Prise en charge des frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme + frais de mise en service pour une durée maximale de 3 mois par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 12 mois qui suivent l'Évènement)*
Bilan situationnel par un ergothérapeute	1 bilan situationnel au Domicile par Évènement
Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement	Mise en relation sans prise en charge (1 dossier par Évènement) *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 12 mois qui suivent l'Évènement)*

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS SURVENU EN FRANCE A PLUS DE 50KM DU DOMICILE ET LORS D'UN DÉPLACEMENT D'UNE DURÉE INFÉRIEURE A 90 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent, son Conjoint ou leur(s) enfant(s),
- par Évènement : Le décès.

Rapatriement de corps	Frais réels *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Évènement)*
Venue d'un proche pour les démarches administratives en cas de décès du Bénéficiaire	1 Titre de transport par Évènement 50 € TTC maximum par nuit (petit-déjeuner inclus) dans la limite de 2 nuits par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Évènement)*
Retour des proches du Bénéficiaire	1 Titre de transport (billet retour uniquement) par accompagnateur *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Évènement)*

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS EN CAS DE DÉCÈS

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent, son Conjoint ou leur(s) enfant(s),
- par Évènement : Le décès.

Aide à l'organisation des obsèques du Bénéficiaire	Informations téléphoniques *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Évènement)*
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum sur 90 jours + 1 appel de suivi dans les 3 mois suivant le 1er appel *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Évènement)*
Aide à Domicile	20 heures maximum à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours par Évènement *(Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Évènement)*
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou sans limite d'âge pour les enfants handicapés *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Évènement)*	
Garde au Domicile	20 heures maximum réparties sur une période maximale de 20 jours par Évènement
OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 Titre de transport par Évènement
OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile	1 Titre de transport par Évènement
Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice et des enfants handicapés en centre spécialisé	1 aller/retour par jour et par enfant dans la limite de 5 jours maximum répartis sur une période de 20 jours

Garde des ascendants *(Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'Evènement)*	
Garde au Domicile	20 heures maximum réparties sur une période maximale de 20 jours par Évènement
OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 Titre de transport par Évènement
OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile	1 Titre de transport par Évènement
Garde des animaux domestiques **Garde de l'Animal chez un « pet-sitter »**	Frais de déplacement aller-retour et frais de « pet-sitter » 20 jours maximum par Évènement répartis sur une période maximale de 20 jours

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL OU DE MALADIE SOUDAINE D'UN BÉNÉFICIAIRE SURVENANT LORS D'UN DÉPLACEMENT EN FRANCE A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE OU A L'ÉTRANGER D'UNE DURÉE INFÉRIEURE A 90 JOURS

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :
- par Bénéficiaires : L'Adhérent, son Conjoint ou leur(s) enfant(s),
- par Évènement : L'Accident corporel ou la Maladie.

Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire malade ou blessé	Frais réels 1 Titre de transport pour un proche *(lorsque le Bénéficiaire est un enfant âgé de moins de 16 ans)*
Attente sur place d'un accompagnant *(En cas d'Hospitalisation supérieure à 10 jours)*	50 € TTC maximum par nuit (petit-déjeuner inclus) pendant 10 nuits maximum par Évènement
Hébergement sur place pour des raisons médicales	50 € TTC maximum par nuit (petit-déjeuner inclus) pendant 10 nuits maximum par Évènement
Présence d'un proche au chevet lorsque le Bénéficiaire est seul lors de son déplacement *(En cas d'Hospitalisation supérieure à 10 jours)*	1 Titre de transport par Évènement 50 € TTC maximum par nuit (petit-déjeuner inclus) pendant 10 nuits maximum par Évènement
Avance et remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'Etranger	10 000 € maximum par Bénéficiaire et par Evènement 80 € maximum pour les soins dentaires par Bénéficiaire et par Évènement *(après déduction d'une franchise de 30 €)*
Frais de secours en cas d'Accident corporel survenu en skiant	160 € TTC maximum par Évènement

4 – DÉTAIL DES GARANTIES

Les garanties détaillées ci-après sont octroyées selon les conditions et dans les limites prévues au paragraphe III. « TABLEAU DES GARANTIES ».

En cas de difficulté d'interprétation, il convient de faire prévaloir la rédaction du tableau synoptique des garanties du paragraphe III. « TABLEAU DES GARANTIES ».

4.1 - Accompagnement budgétaire et social

Le Bénéficiaire peut contacter FILASSISTANCE pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de FILASSISTANCE,
- une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie du Bénéficiaire,
- une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé.

4.2 - Accompagnement psychologique

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec son Equipe médico-sociale pour lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

4.3 - Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes. Elle intervient dès le premier jour de l'Hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile après l'Hospitalisation, à compter du premier jour d'Immobilisation au domicile ou en cas de décès.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat justifiant de la réalité de l'Évènement devra être adressé à FILASSISTANCE **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.

4.4 - Aide à l'organisation des obsèques du Bénéficiaire

FILASSISTANCE informe et accompagne les proches du Bénéficiaire décédé pour l'organisation des obsèques et notamment dans les domaines suivants :

- Obsèques civiles ou religieuses,
- Prélèvements d'organes,
- Don du corps,
- Constatation de décès,

- Déclaration de décès,
- Chambres funéraires,
- Transports funéraires.

Les éventuels frais engagés restent à la charge des proches du Bénéficiaire.

4.5 - Attente sur place d'un accompagnant
Si l'état de santé du Bénéficiaire l'oblige à rester hospitalisé au-delà de 10 jours et l'empêche d'être transporté, FILASSISTANCE **prend en charge l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement, dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

4.6 - Avance et remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'Etranger uniquement

Attention : pour les sinistres survenus dans un état de l'Union Européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse, la mise en œuvre de cette garantie est subordonnée à la détention par le Bénéficiaire de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (ce document est délivré, sur demande de l'assuré social, par la Caisse primaire d'assurance maladie). Il appartient donc au Bénéficiaire de procéder, avant son départ en voyage, à l'ensemble des démarches nécessaires en vue d'obtenir cette carte.

FILASSISTANCE, en complément des prestations dues par les organismes sociaux français, la mutuelle ou tout autre organisme de prévoyance individuelle ou collective dont bénéficie le Bénéficiaire, rembourse, d**éduction faite d'une Franchise de 30 € TTC**, les frais médicaux et d'Hospitalisation engagés sur place **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique, sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie.**

A la demande du Bénéficiaire, FILASSISTANCE procède à l'avance des frais médicaux et d'Hospitalisation **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique et dans les dispositions de l'article « Conditions d'avance de frais ».**

Par dérogation aux alinéas précédents, les soins dentaires seront remboursés et avancés dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins de FILASSISTANCE et seront **limités à la période pendant laquelle ils jugeront le Bénéficiaire intransportable.**

La garantie cesse automatiquement à la date où FILASSISTANCE procède au rapatriement du Bénéficiaire.

Dans le cadre de l'avance des frais médicaux et d'Hospitalisation, le Bénéficiaire s'engage à effectuer, **dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes sociaux, et à transmettre à FILASSISTANCE les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus de ces organismes. Le Bénéficiaire joint à ces décomptes un chèque d'un montant correspondant aux remboursements reçus et libellé à l'ordre de FILASSISTANCE.**

Pour le remboursement en complément des prestations dues par les organismes sociaux des frais médicaux et d'Hospitalisation engagés par le Bénéficiaire, ce dernier **doit adresser sous pli confidentiel à l'attention du Directeur Médical de FILASSISTANCE, les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus de ces organismes ainsi que le certificat médical initial précisant la nature de l'Accident corporel ou de la Maladie et tout autre certificat demandé par FILASSISTANCE. A défaut, FILASSISTANCE ne pourra pas procéder au remboursement.**

Seuls les frais médicaux engagés à l'Etranger sont couverts par cette garantie.

4.7 - Bilan situationnel par un ergothérapeute
FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au Domicile du Bénéficiaire.

L'ergothérapeute évalue la situation du Bénéficiaire dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie).

A la fin de l'intervention de l'ergothérapeute, un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du Domicile sera remis au Bénéficiaire.

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du Domicile du Bénéficiaire, FILASSISTANCE met le Bénéficiaire en relation avec une structure qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour apporter une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de son logement :

- envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations,
- établissement par ces prestataires de devis et diagnostic portant sur des réparations à effectuer,
- vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis,
- suivi des travaux, des coûts, des délais,
- contrôle du procès-verbal de fin de travaux.

Le coût des travaux est à la charge du Bénéficiaire.

4.8 - École à domicile à compter du 1er jour d'absence
FILASSISTANCE organise et prend en charge **à compter du 1er jour calendaire d'absence de l'enfant du Bénéficiaire,** le soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile du cours primaire à la classe de terminale incluse dans les matières suivantes : mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/

géo, philosophie, économie.

La mise en œuvre de cette garantie se fait dans les conditions suivantes :

- **un certificat médical constatant que l'état de santé de l'enfant ne lui permet pas de se rendre dans son établissement scolaire est adressé à l'équipe médicale de FILASSISTANCE,**
- **un ou plusieurs répétiteurs est disponible dans un rayon de 25 Km autour du lieu où se trouve l'enfant.**

Cette prestation ne s'applique pas aux absences découlant d'une situation de phobie scolaire ou d'affection de longue durée.

Cette garantie est mise en œuvre pendant la période d'absence scolaire de l'enfant, du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire tel que défini par le Ministère de l'Education Nationale.

4.9 - Enveloppe de services

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une enveloppe de services **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord au Bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

Enveloppe de services pour le Bénéficiaire
Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide à domicile	1 heure	1 unité
Présence d'un Proche	1 Titre de transport + hébergement *(dans la limite de 2 nuits (petits-déjeuners inclus) à concurrence de 50 € TTC par nuit)*	10 unités
Transport aux rendez-vous médicaux	1 Titre de transport (dans un rayon de 50km autour du Domicile)	6 unités
Livraison de médicaments *(seule la livraison est prise en charge, le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire)*	1 livraison	4 unités
Livraison de courses *(seule la livraison est prise en charge, le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire)*	1 livraison	6 unités
Portage de repas *(seule la livraison est prise en charge, le coût du repas reste à la charge du Bénéficiaire)*	1 livraison	2 unités
Coiffure à Domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	2 unités
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités

La valeur unitaire des garanties de l'enveloppe de services est susceptible d'être modifiée en cas de revalorisation tarifaire des garanties. En cas de modification, l'enveloppe actualisée sera transmise.

4.10 - Frais de secours en cas d'Accident corporel survenu en skiant

Si le Bénéficiaire est blessé suite à un Accident corporel survenu sur une piste de ski balisée ouverte aux skieurs au moment des faits, FILASSISTANCE **prend en charge les frais de secours du lieu de l'Accident corporel jusqu'au centre de soins le plus proche, à concurrence de ce qui est prévu dans le tableau synoptique et à l'exception des frais de recherche.**

4.11 - Garde des Animaux domestiques

Si les Animaux domestiques du Bénéficiaire se retrouvent sans surveillance au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde selon différentes modalités, précisées dans le tableau synoptique :

- La visite de l'Animal au Domicile de l'Adhérent par un « pet sitter » ;
- OU la garde de l'Animal au Domicile de l'Adhérent par un « pet sitter » ;
- OU la garde de l'Animal chez un « pet sitter » ;
- La promenade du chien de l'Adhérent par un « pet sitter ».

Ces garanties sont conditionnées par la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'Adhérent ni son Conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

4.12 - Garde des ascendants

Si personne ne peut s'occuper des ascendants du Bénéficiaire, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, FILASSISTANCE organise et prend l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde à Domicile par un intervenant habilité, du lundi au vendredi, hors jours fériés,
- OU le transfert des ascendants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire,
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile.

4.13 - Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou sans limite d'âge pour les enfants handicapés

Si personne ne peut s'occuper des enfants du Bénéficiaire restés seuls au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge, selon ce qui est prévu par le tableau

des garanties, l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde à Domicile pendant la journée par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés,
- OU le transfert des enfants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire,
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile,

Ces garanties sont mises en œuvre **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur pour le transfert des ascendants chez un proche, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

En cas de décès et si aucun proche ne peut se rendre disponible, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice et des enfants handicapés en centre spécialisé, par l'un de ses prestataires.

4.14 - Informations juridique et vie pratique
FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

1. Informations juridiques :
- Justice / défense / recours,
- Assurances sociales / allocations / retraites,
- Impôts / fiscalité,
- Famille,
- Travail,
- Protection sociale,
- Sociétés,
- Retraite.

2. Informations vie pratique :
- Habitation / logement,
- Consommation,
- Vacances / loisirs,
- Formalités / cartes / permis,
- Les services publics,
- Enseignement / formation.

4.15 - Livraison de médicaments
FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison des médicaments, prescrits médicalement, depuis la pharmacie la plus proche du Domicile jusqu'au Domicile lorsque ni l'Adhérent, ni le Conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger.

FILASSISTANCE fait l'avance du coût des médicaments**, qui seront remboursés par le Bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés.**

4.16 - Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement
Sur simple demande du Bénéficiaire, FILASSISTANCE aide le Bénéficiaire dans la recherche de prestataires et de l'établissement des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement ou du véhicule et se charge de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales.**

FILASSISTANCE communique également au Bénéficiaire des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé.

Le coût des devis et des travaux engagés est à la charge du Bénéficiaire qui le règlera directement au prestataire retenu.

Le choix final du prestataire est à la discrétion du Bénéficiaire.

En aucun cas, FILASSISTANCE ne pourra être tenue responsable d'une exécution défaillante de ce prestataire.

4.17 - Présence d'un proche au chevet
Lorsque le Bénéficiaire doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours et qu'il est seul lors de son déplacement, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un proche résidant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, afin de se rendre à son chevet.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

4.18 - Présence d'un proche au Domicile
FILASSISTANCE organise et prend en charge en France la venue d'un proche,

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

4.19 - Hébergement sur place pour des raisons médicales
Si l'état de santé du Bénéficiaire ne justifie pas une Hospitalisation ou un transport sanitaire mais que son retour à la date initialement prévue est contre-indiqué médicalement, FILASSISTANCE **prend en charge son hébergement.**

4.20 - Retour des proches du Bénéficiaire
FILASSISTANCE organise et prend un charge le retour des proches qui voyageaient avec le Bénéficiaire.

4.21 - Rapatriement de corps
En cas de décès du Bénéficiaire, FILASSISTANCE **organise et prend en charge le transport du corps du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France si le Domicile de l'Adhérent est situé en France ou dans le DROM de résidence si le Domicile de l'Adhérent est situé dans un DROM.**

Le transport entre l'aéroport international le plus proche

du lieu d'inhumation est pris en charge dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

FILASSISTANCE prend également en charge :
- les frais annexes rendus nécessaires par la législation en vigueur (soins de préparation, aménagements spécifiques au transport du corps, etc.),
- le coût d'un cercueil le plus simple (entrée de gamme) ou d'une urne pour le transport des cendres.

Si la crémation **a lieu sur le lieu de décès, FILASSISTANCE organise et prend en charge le rapatriement de l'urne funéraire.**

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge des proches du défunt.

Le choix des Sociétés intervenant dans le traitement du rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort de FILASSISTANCE Toutefois, en fonction de la volonté exprimée du défunt ou de son entourage, FILASSISTANCE peut accepter, à titre exceptionnel, de modifier l'un des éléments de la prestation garantie ou ses modalités de mise en œuvre.

Dans ce cas, la prise en charge financière ne pourra pas dépasser le montant qui aurait été engagé si la prestation avait été intégralement organisée par FILASSISTANCE.

4.22 - Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire malade ou blessé

La décision de rapatriement est prise exclusivement par le médecin de FILASSISTANCE après échange avec le médecin sur place.

Seuls les frais engagés à compter de la décision de rapatriement sont pris en charge et après accord de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE **ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.**

Seuls, la situation médicale du Bénéficiaire ainsi que le respect des règlements sanitaires en vigueur, sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou autre ...) et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

Le rapatriement du Bénéficiaire se fait vers son Domicile ou dans un hôpital proche de son Domicile.

Dans le cas où des soins médicaux ou examens spécifiques ne peuvent pas être réalisés sur place et qu'un établissement de soins proche est susceptible d'assurer ces soins, FILASSISTANCE achemine le Bénéficiaire vers cet établissement avant son retour au Domicile ou dans un hôpital proche de son Domicile.

Le rapatriement est mis en œuvre uniquement dans le cas où le problème médical subi par le Bénéficiaire l'empêche de rentrer par les moyens initialement prévus.

Les choix concernant les modalités de cette assistance médicale relèvent en tout état de cause de l'appréciation souveraine des médecins de FILASSISTANCE.

L'hébergement n'est pas pris en charge dans le cadre de cette garantie.

Le médecin de FILASSISTANCE pourra éventuellement consulter le médecin traitant habituel du Bénéficiaire.

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins de FILASSISTANCE, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé.

Si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé,
FILASSISTANCE organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires à leur domicile.

Lorsque le rapatriement concerne un enfant de moins de 16 ans non accompagné, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue un proche afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement. Lorsque le voyage d'un proche est impossible, FILASSISTANCE fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

4.23 - Venue d'un proche pour les démarches administratives en cas de décès du Bénéficiaire

Dans le cas où des raisons administratives imposent la présence d'un proche sur les lieux pour une reconnaissance du corps, des formalités de rapatriement ou une inhumation provisoire ou définitive sur place du Bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un membre de sa famille sur place, .

Dans ce cas, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue et l'hébergement du proche à concurrence de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

4.24 - Téléassistance

Afin de sécuriser le maintien au domicile du Bénéficiaire, FILASSISTANCE oriente ce dernier vers un prestataire de téléassistance spécialisé.

FILASSISTANCE rembourse le Bénéficiaire dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique, sous réserve de la réception des factures justifiant les frais engagés.

Au-delà de la prise en charge de FILASSISTANCE, le Bénéficiaire pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à sa charge.

5 – EXCLUSIONS

5.1 - Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Exclusions générales

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de FILASSISTANCE :

- les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;
- les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;
- les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
- les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysme naturel ;
- les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion ;
- les conséquences des séjours dans une zone formellement déconseillée par le ministère des affaires étrangères français (la liste par pays peut être trouvée sur le site : https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/) ;
- les conséquences des séjours à l'étranger, de plus de 90 jours consécutifs.

Par ailleurs, ne donnent lieu à aucun remboursement de la part de FILASSISTANCE :

- tous frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- tous frais générés par un surplus de poids des bagages ou par un transport de ces derniers effectués par un tiers que celui-ci ait été ou non sollicité par le Bénéficiaire, et plus généralement ;
- tous frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de FILASSISTANCE.

Exclusions territoriales

Les garanties ne peuvent jamais trouver à s'appliquer, sauf dispositions dérogatoires expresses :

- dans un pays en guerre que celle-ci soit internationale ou civile ;

- dans un pays sur le territoire duquel a lieu quelque émeute, soulèvement de population, manifestation ou plus généralement tout évènement que ce soit dont l'ampleur rend manifestement la mise en œuvre de la prestation ou garantie impossible.

Toute délivrance de prestation ou de garantie prévue au Contrat devant être effectuée :

- dans un pays répertorié sur l'une des listes officielles mises à disposition par la Direction Générale du Trésor et librement consultables sur le site internet officiel de cette dernière accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales,

- dans un pays répertorié sur l'une des listes officielles mises à disposition par le Groupe d'Action Financière (GAFI) et librement consultables sur le site internet officiel de ce dernier et accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : https://www.fatf-gafi.org/fr/pays/, et plus généralement,

- dans un pays faisant l'objet d'une sanction internationale ou dans lequel la délivrance en tout ou partie de la garantie par l'assureur contreviendrait à la réglementation Européenne et Internationale applicables,

sera réalisée dans le cadre des dispositions et restrictions spécifiques prévues aux termes de l'une ou l'autre des listes précitées.

L'Adhérent reconnaît que la réglementation Européenne et Internationale définissant les interdictions et/ou restrictions d'activité commerciale, financière ou bien encore assurancielle dans certains pays ou zones géographiques de la planète, dont les listes officielles telles que notamment celles mises à disposition par la DGT et le GAFI découlent directement, sont susceptibles d' évoluer à tout moment et ainsi entrainer des modifications du périmètre et/ou de la portée des mesures de restriction et/ou d'interdiction prévues aux termes de ces dernières ou, le cas échéant, de toute autre liste officielle s'y ajoutant ou s'y substituant.

À ce titre, en cas de désaccord entre les parties sur l'interdiction faite à FILASSISTANCE de délivrer sa garantie, celles-ci devront se référer à la ou les liste(s) officielle(s) dans leur version en vigueur au regard de la réglementation applicable à la date de survenance du sinistre litigieux.

Dans le cadre de toute opération de virement à l'international ordonnée par FILASSISTANCE, il est entendu entre les parties que la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être recherchée dans l'hypothèse où l'établissement bancaire émetteur auquel FILASSISTANCE s'est adressé refuserait de procéder à l'opération de virement au motif que celle-ci serait contraire à la réglementation Européenne ou Internationale applicable en général ou plus particulièrement incompatible avec l'une de ses politiques internes.

5.2 - Exclusions spécifiques à la garantie « Avance et remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'Etranger »

FILASSISTANCE ne peut intervenir pour les frais suivants, engagés à l'Etranger :

- les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à un Accident corporel ou à une maladie survenus à l'étranger ;

- les frais consécutifs à une maladie chronique, à des maladies ou des troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;

- les transports primaires d'urgence, les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer, ou dans le désert ;

- les frais de rééducation, de kinésithérapie, de chiropraxie ;

- les voyages entrepris à des fins de diagnostic et/ou de traitement ;

- les vaccins et les frais y afférents ;

- les visites médicales de contrôle et les frais y afférents ;

- les soins hospitaliers relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie plastique non réparatrice consécutive à un Accident corporel ou à une maladie de l'Adhérent survenu pendant la Période de couverture du Contrat ;

- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant ;

- les cures thermales, séjours, traitements ou services reçus dans des centres de thalassothérapie, de balnéothérapie, d'hydrothérapie ou de naturopathie;

- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives et médicales) ;

- les frais d'optique (lunettes, verres de contact et lentilles).

5.3 - Exclusions spécifiques aux rapatriements

Sauf dispositions contraires, sont exclus les rapatriements qui seraient la conséquence :

- de l'état de grossesse sauf complications imprévisibles et dans tous les cas à partir de la 36ème semaine de grossesse ;

- des complications directement causées par une maladie ou une blessure dont la couverture est exclue ou limitée selon les termes et conditions du Contrat ;

- du traitement médical administré en milieu hospitalier par une personne ayant le même Domicile ou un lien familial avec l'Adhérent ;

- du séjour, de la convalescence et des soins infirmiers reçus lorsque l'Hospitalisation est réalisée dans un but autre que celui de recevoir un traitement médical ou lorsque le traitement reçu ne nécessite pas une Hospitalisation ;

- des soins hospitaliers relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie plastique sauf s'il s'agit d'une opération de chirurgie réparatrice consécutive à un Accident corporel ou à une Maladie de l'Adhérent survenu pendant la Période de couverture du Contrat;

- du traitement administré en milieu hospitalier des suites de pathologies et troubles addictifs liés à la consommation de drogues, narcotiques ou alcool y compris les cures de désintoxication ;

- du traitement administré en milieu hospitalier des troubles du comportement ou de l'attention, de l'hyperactivité, des troubles du spectre autistique, du trouble de l'opposition et du défi, des comportements antisociaux, des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles affectifs ou d'adaptation, des troubles alimentaires ;

- des traitements et des opérations effectuées en milieu hospitalier liés à un changement de sexe ;

- des diagnostics, des traitements effectués en milieu hospitalier ou des complications liés à la stérilisation, aux dysfonctionnements sexuels et à l'interruption de grossesse sauf sur décision ou conseil du corps médical.

6 - CLAUSES REGLEMENTAIRES

6.1 - Subrogation

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, FILASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer FILASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

6.2 - Informatique et libertés

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel du Bénéficiaire est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par FILASSISTANCE et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès du Bénéficiaire, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services ; la gestion et le suivi des incidents relatifs à la sécurité des prestataires.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans

le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de FILASSISTANCE, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, FILASSISTANCE, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès du Bénéficiaire des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données du Bénéficiaire seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Le Bénéficiaire dispose notamment d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Le Bénéficiaire dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions règlementaires, le Bénéficiaire peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

Le Bénéficiaire peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances, Service DPO, TSA n° 16939, 4 Promenade Cœur de ville 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

Le Bénéficiaire peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

Le Bénéficiaire pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le Bénéficiaire a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil, 01 53 73 22 22.

6.3 - Responsabilité

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente notice. A ce titre, FILASSISTANCE est tenue d'une obligation de moyens dans la délivrance et la réalisation des prestations d'assistance. Il appartiendra aux Bénéficiaires, de prouver la défaillance de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis du Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, FILASSISTANCE sera responsable des seuls dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard du Bénéficiaire, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de FILASSISTANCE et un préjudice du Bénéficiaire.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et apprécié par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

6.4 - Autorité de contrôle

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

6.5 - Réclamations

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour le Bénéficiaire à tout moment, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu de la prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps par l'Adhérent, un Bénéficiaire ou leurs mandataires ou leurs ayants droit (ci-après le « Réclamant ») :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- par courrier à l'adresse suivante : FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- par mail à qualite@filassistance.fr,
- sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Réclamant dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus

long, ce dont le Réclamant sera informé.

En tout état de cause, le Réclamant peut saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance à l'expiration d'un délai de deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, ou le cas échéant à compter de la date de réception de la réponse négative formulée par FILASSISTANCE, en adressant sa demande :

- par courrier à l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- sur le site internet www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour le Réclamant, de saisir les tribunaux compétents.

6.6 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

• Délai de prescription

Article L.114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq (5) 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, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2° En cas de sinistre, 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'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

• Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

• Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

• Causes ordinaires d'interruption de la prescription

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

• Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

• Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

• Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

• Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 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 interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

• Causes de report et de suspension de la prescription
Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil
La prescription ne court pas :
1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil
La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil
Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil
Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil
Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil
La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois.

Article 2239 du Code civil
La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (http://www. legifrance.gouv.fr).

• Saisine du médiateur
Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

6.7 - Loi applicable et juridiction compétente
La présente notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

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.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
Document d'information sur le produit d'assurance

néoliane

VIASANTÉ mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

Produit co-conçu et co-distribué par GROUPE SANTIANE HOLDING – AS 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), et distribué par NÉOLIANE SANTÉ – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Assuré et co-conçu par VIASANTÉ Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120 - Membre d'AG2R LA MONDIALE - Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.

PRODUIT : NÉOLIANE HOSPIZEN

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit NEOLIANE HOSPIZEN sont fournies au client dans d'autres documents.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

NÉOLIANE HOSPIZEN est un produit d'assurance prévoyance qui a pour objet de verser des indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation consécutive à un accident ou une maladie.

QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

Le montant des prestations figurent dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

Les garanties systématiquement prévues sont les suivantes :

✓ Indemnité journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident ou une maladie dont le montant est choisi à l'adhésion par l'adhérent entre 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100 ou 150 euros.
- Le montant d'indemnité journalière choisi par l'adhérent est identique pour le conjoint ;
- Le montant de l'indemnité journalière choisi par l'adhérent est devisé par deux lorsqu'elle est versée aux enfants de l'adhérent.

En cas d'hospitalisation consécutive à un accident, le montant de l'indemnité journalière est doublé, lorsqu'elle est versée à l'adhérent et son conjoint.

LA GARANTIE D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

✓ **Garanties en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :** aide à domicile, présence d'un proche, prise en charge des animaux domestiques, etc.
✓ **Garanties familles en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :** Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge), Remplaçante de garde d'enfants, etc.
✓ **Garanties en cas de maladie redoutée :** Téléassistance, Bilan situationel par un ergothérapeute, Service travaux pour aménagement du domicile etc.
✓ **Garanties en cas de décès :** Rapatriement du corps, Déplacement d'un proche sur le lieu du décès, Aide à la recherche d'un prestataire funéraire etc.
✓ **Garanties en cas de déplacement :** Assistance aux personnes en cas d'accident, Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger, Frais de secours en montagne etc.

« Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat ».

QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

✗ Les hospitalisations à domicile ;
✗ Les hospitalisations dans les établissements psychiatriques ;
✗ Les hospitalisations en maison de santé ou de rééducations ;
✗ Les traitements à but de rajeunissement.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Y-A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

! Survenus en dehors de la période de garantie ainsi que leurs suites et conséquences ;
! Causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ;
! Résultant de la manipulation volontaire, par l'Assuré d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
! Résultant de la pratique de l'Assuré d'un sport en qualité de professionnel ou d'amateur rémunéré.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

! La durée des hospitalisations garanties doit être supérieure ou égale à 24 heures en cas d'accident et dans la limite de 3 ans, soit 1095 jours, ou à 48 heures en cas de maladie et dans la limite d'un an, soit 365 jours ;
! Délai d'attente de dix mois, en cas d'hospitalisation due à une grossesse ;
! La prise en charge des hospitalisations situées hors France métropolitaine et limitée à 90 jours
! Les enfants ne bénéficient pas du doublement du montant de l'indemnité journalière en cas d'hospitalisation due à un accident.

Cette liste n'est pas exhaustive.

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

La garantie Néoliane Hospizen est accordée en France Métropolitaine (Corse incluse) et dans le monde entier. Les hospitalisations hors de la France Métropolitaine sont prises en charge dès lors qu'elles interviennent à l'occasion de séjours de moins de trois mois.
En cas d'hospitalisation hors de la France métropolitaine, la prise en charge sera limitée à 90 jours.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine, en fonction de l'obligation non respectée, de nullité d'adhésion, de perte du droit à garantie ou de résiliation du contrat :

A la souscription du contrat :
- Etre membre de l'association GPST ;
- Etre âgé, à la date de prise d'effet du contrat, d'au moins 18 ans et jusqu'à 70 ans inclus ;
- Le conjoint/concubin doit être âgé d'au moins 18 ans et jusqu'à 70 ans inclus ;
- Les enfants doivent être âgés de moins de 17 ans ;
- Etre résident, fiscalement et de façon permanente, en France métropolitaine (un déménagement en dehors de la France met fin à la couverture) ;
- Compléter, dater et signer la demande d'adhésion ;
- Régler la première périodicité de paiement indiquée sur la demande d'adhésion ;

En cours de contrat :
- Déclarer toutes circonstances nouvelles pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (exemples : changement de domicile ou de
domiciliation bancaire) ;
- Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au Contrat.

En cas de sinistre :
- Déclarer le sinistre ;
- Fournir tous documents justificatifs prévus au contrat et nécessaires au paiement des prestations prévues.
- Se soumettre à tout contrôle médical

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

La périodicité de prélèvement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. En cas d'une périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle, le paiement s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique. le paiement pas chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date convenue entre les parties et figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation. L'adhésion est conclue pour une durée initiale d'un an. Elle se renouvelle tacitement la première année à sa date anniversaire. Puis, les années suivantes, elle se renouvelle à l'échéance au 1er janvier de chaque année, sauf en cas de résiliation.

L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours qui commence à courir soit à partir du jour ou l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

Les garanties prennent fin en tout état de cause :
- Pour l'ensemble des Assurés, à la date de résiliation du Contrat quelle qu'en soit la cause ;
- Pour l'Adhérent :
· au 31 décembre de l'année de son 80ème anniversaire de l'Assuré ;
· le jour de son décès.
- Pour le Conjoint :
· au 31 décembre de l'année de son 80ème anniversaire ;
· Le jour de son décès ou du décès de l'Adhérent, sauf s'il fait la demande de bénéficier du Contrat à titre principal.
- Pour le Conjoint et/ou les Enfants, au jour de la perte de la qualité d'Assuré.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux (2) mois, et à tout moment, après la première année d'adhésion.
· Par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à :
Néoliane Santé – Service Résiliation – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C – 06205 NICE CEDEX 3
· Sur l'espace adhérent : **: www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »**

En cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation de sa cotisation, l'Adhérent peut résilier dans le délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.

N° MBIJHTC0INI_NI – Édition : Décembre 2024

Hospizen

néoliane

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

Produit 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 B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488.

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 : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - 108 Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD Cedex – SA au capital de 4 100 000 € – RCS Nanterre 433 012 689 – Entreprise régie par le Code des Assurances – N° d'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR.

Sociétés soumises au contrôle de l'ACPR – 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.



Si vous imprimez ce document,
pensez à le trier !