

GARANTIE
FRAIS DE
SANTÉ

DOSSIER D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE

ASSOCIATION DES ANCIENS D'EUROTUNNEL

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120.
Siège social : VIASANTÉ Mutuelle
14-16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.

viasanté

LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

SPÉCIALISTE DE LA PROTECTION SOCIALE

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE ASSOCIATION DES ANCIENS D'EUROTUNNEL CONTRAT N°VS2900-ACT

L'Association des Anciens d'Eurotunnel a souscrit auprès de VIASANTÉ Mutuelle un contrat collectif « garantie frais de santé » à adhésion facultative.

Ce contrat a pour objet d'assurer le versement de prestations en remboursement de frais médicaux ou de maternité en complément et après versement des prestations du régime obligatoire d'assurance maladie.

Le contenu et les limites des garanties :

- ♦ PROTECVIA INDICE 30 - Adhérents à l'Association des Anciens d'Eurotunnel
- ♦ PROTECVIA INDICE 45 - Adhérents à l'Association des Anciens d'Eurotunnel
- ♦ PROTECVIA INDICE 60 - Adhérents à l'Association des Anciens d'Eurotunnel
- ♦ PROTECVIA INDICE 90 - Adhérents à l'Association des Anciens d'Eurotunnel

sont présentés dans cette notice explicative.

Cette notice a également pour objet de vous indiquer leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir et les délais à respecter pour en bénéficier.

La garantie est gérée par VIASANTÉ Mutuelle, soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 777 927 120.

Ses statuts sont joints en annexe de la présente notice.

QUI SONT LES BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE ?

Les adhérents de l'Association des Anciens d'Eurotunnel peuvent souscrire, au choix, une des garanties mentionnées supra.

Les adhérents de l'Association des Anciens d'Eurotunnel sont désignés comme « membres participants » dans ce contrat.

Les membres participants sont les personnes physiques qui sont couvertes par le régime frais de santé de la mutuelle et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Les ayants droit peuvent bénéficier à titre facultatif du régime frais de santé mis en place par la personne morale souscriptrice.

Par ayant droit du membre participant, il faut entendre les bénéficiaires définis ci-après et figurant sur son bulletin d'affiliation :

- son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS),
- les enfants mineurs figurant sur l'attestation Sécurité sociale du membre participant ou celle de 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.

Les enfants doivent être inscrits auprès de la mutuelle dans les trois mois suivant la naissance (sur présentation d'un bulletin de naissance).

Les enfants adoptés ou confiés par jugement doivent être inscrits dans le délai de trois mois suivant l'adoption ou le jugement (sur présentation d'un justificatif).

L'inscription prend effet à la date de naissance ou d'adoption.

Tous les ayants-droit sont inscrits sur le même contrat et bénéficient de la même garantie que le membre participant.

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

La mutuelle se réserve le droit d'effectuer tous contrôles qu'elle jugera utiles concernant les dispositions ci-dessus. A cet effet la mutuelle peut demander, à tout moment, communication de tous les justificatifs nécessaires, aux bénéficiaires.

QUELLES SONT LES FORMALITES A ACCOMPLIR POUR BENEFICIER DE LA GARANTIE ?

Vous devez renvoyer à la mutuelle le bulletin d'affiliation complété, signé et accompagné des pièces justificatives qui y sont précisées. Dans tous les cas, joignez :

- la copie de votre attestation de Sécurité sociale, celles de vos ayants droit dans le cas où ils bénéficient du régime frais de santé mis en place,
- un relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations,

Et le cas échéant, joignez un relevé d'identité bancaire et une demande de prélèvement automatique dûment complétée et signée pour le règlement des cotisations.

Ces formalités doivent également être accomplies pour l'ajout d'ayants droit.

QUE FAIRE SI VOTRE SITUATION FAMILIALE OU ADMINISTRATIVE CHANGE ?

Pour inscrire un nouvel ayant droit (conjoint, enfant nouveau-né...), adressez-vous à la mutuelle qui vous fera signer un bulletin d'affiliation, sur lequel sont mentionnés les documents à joindre.

En cas de changement relatif à la gestion de votre dossier (adresse, coordonnées bancaires...), signalez-le rapidement aux services de la mutuelle.

A QUELLE DATE VOTRE GARANTIE PREND-ELLE EFFET ?

Les adhérents de l'Association des Anciens d'Eurotunnel qui souhaitent bénéficier du contrat collectif facultatif doivent signer un bulletin d'adhésion. Ils deviennent alors des membres participants de la mutuelle.

Les adhérents de l'Association des Anciens d'Eurotunnel déjà présents au jour de la souscription du contrat et qui veulent y adhérer, bénéficient de la garantie dès la date de prise d'effet du contrat, telle que stipulée dans les conditions particulières, sauf si une clause d'ancienneté a été prévue par la personne morale souscriptrice.

Pour ceux non présents au jour de la souscription du contrat (et le cas échéant pour leurs ayants-droit), l'adhésion prend effet à la date d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

Le cas échéant, les mêmes règles s'appliquent en cas d'affiliation en ligne, la date de signature électronique du bulletin d'adhésion numérique faisant alors foi.

Les frais de soins sont pris en charge par VIASANTÉ Mutuelle en fonction du niveau de prestations et limites précisés au descriptif de la garantie choisie.

Seuls les frais médicaux ou chirurgicaux dont la date des soins est postérieure à la date d'effet de l'affiliation du membre participant, peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

Sauf indication contraire aux conditions particulières, ne donnent pas lieu à remboursement les frais de soins engagés avant la date d'effet de l'affiliation et/ou postérieurement à la date d'effet de la résiliation. La date prise en considération est celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale, sauf cas spécifiques.

Concernant l'orthodontie (acceptée ou refusée), la date prise en considération pour l'ouverture des droits auprès de VIASANTÉ Mutuelle est la date de début du semestre de soins considéré, telle que mentionnée sur la facture du praticien. La mutuelle ne prend en charge aucun semestre de soins d'orthodontie qui aurait débuté antérieurement à la date d'affiliation au contrat collectif du bénéficiaire de ces soins.

Concernant l'hospitalisation :

- ♦ une hospitalisation ayant débuté avant la date d'effet de l'affiliation et se poursuivant après ne donnera droit à remboursement qu'à partir de la date d'effet de l'affiliation ;
- ♦ une hospitalisation ayant débuté avant la date d'effet de la résiliation ne donnera droit à remboursement que jusqu'à la date d'effet de la résiliation bien que l'hospitalisation se poursuive après celle-ci.

La mutuelle se réserve le droit d'effectuer tout contrôle qu'elle jugera utile concernant les dispositions ci-dessus.

QUELLES SONT LES CONDITIONS APPLICABLES EN CAS DE CHANGEMENT DE GARANTIE ?

Toute modification du choix de garantie donne lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'affiliation à faire parvenir à la mutuelle accompagné des éléments requis.

Ces demandes de modification pourront également être formalisées via l'extranet du membre participant uniquement si la modalité de paiement des cotisations choisie initialement est le prélèvement automatique.

Un membre participant a la possibilité de changer de garantie dans les conditions suivantes :

□ Date d'effet de la modification :

Le changement de garantie prend effet, sous réserve d'avoir bénéficié de la garantie précédente pendant 12 mois minimum et de respecter un délai de préavis d'un mois minimum :

- soit le lendemain de l'expiration dudit délai de préavis ;
- soit à la date mentionnée dans la demande de changement de garantie.

□ Diminution de garantie :

Une diminution de garantie ne peut intervenir qu'à condition d'avoir bénéficié de la garantie précédente pendant 12 mois minimum, sous réserve d'en faire la demande par écrit au moins un mois à l'avance.

□ Augmentation de garantie :

Une augmentation de garantie ne peut intervenir à la suite d'une diminution de garantie qu'à l'expiration d'un délai de 12 mois minimum, sous réserve d'en faire la demande par écrit au moins un mois à l'avance.

QUELS SONT LES RISQUES COUVERTS PAR VOTRE GARANTIE SANTE ?

L'ensemble des prestations auxquelles vous avez droit figurent dans les grilles de garanties jointes en annexe à la présente notice.

1- Modalités générales de prise en charge :

Les prestations versées par la mutuelle constituent une participation aux dépenses de frais médicaux consécutifs à une maladie ou à un accident.

Cette contribution vient en complément des remboursements des organismes d'assurance maladie obligatoire relevant du système de protection sociale en France Métropolitaine.

Exceptionnellement des prestations non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire peuvent faire l'objet d'un remboursement mutuelle. Ces prestations sont alors expressément définies.

La participation de la mutuelle peut être :

- ♦ calculée en pourcentage du tarif de responsabilité ou de la base de remboursement (CCAM) du régime de Sécurité sociale d'affiliation ;
- ♦ exprimée en forfait ;
- ♦ en combinaison des deux méthodes ci-dessus ;
- ♦ en fonction des modalités décrites dans le descriptif de garantie figurant aux conditions particulières.

Dans tous les cas, sauf mention contraire sur le descriptif de la garantie ou sur le contrat, les taux de remboursement spécifiés intègrent les taux de remboursement du régime obligatoire.

Si les remboursements ou les tarifs de responsabilité ou la base de remboursement (CCAM) des régimes obligatoires sont modifiés en cours d'année, la mutuelle se réserve le droit de modifier ou de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification, sous réserve du respect de la réglementation des Contrats Responsables.

2- Modalités de prise en charge des prestations Optique / Soins dentaires prothétiques / Aides auditives dans le cadre de la charte des Contrats Responsables (décret 2019-21 du 11/01/2019)

□ Optique (lunettes) :

Les verres et les montures susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la mutuelle sont répartis dans 2 classes :
→ la classe A,
→ la classe B.

① Equipements appartenant à la classe A (100% santé) *

La mutuelle prend en charge les équipements d'Optique relevant de la classe A (classe à prise en charge renforcée), à hauteur des frais exposés par le membre participant en sus des tarifs de responsabilité ** dans la limite des prix fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale (article L.165-3 du code de la Sécurité sociale).

Les verres et les montures appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables en vigueur.

♦ Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur :

La prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement optique de classe A est intégralement prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et par la mutuelle à hauteur du prix limite de vente.

♦ Prestation d'appairage - Suppléments pour verres avec filtres

La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et par la mutuelle à hauteur du prix limite de vente.

② Equipements appartenant à la classe B

La mutuelle prend en charge les équipements d'Optique et leurs suppléments relevant de la classe B conformément aux taux/montants mentionnés sur la grille de garanties. Ces taux/montants de prise en charge respectent les limites (planchers/plafonds) définis par la réglementation des Contrats Responsables en vigueur.

La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée par la réglementation des Contrats Responsables à 100€. Ce plafond inclut le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur. Le bénéficiaire pourra avoir un reste à charge pour l'acquisition d'équipements appartenant à cette classe B.

Définitions :

Concernant les garanties pour lesquelles la grille correspondante exprime les remboursements en fonction d'un découpage « Verres simples » / « Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs » / « Verres multifocaux ou progressifs forte correction » :

♦ Par équipement à « Verres simples », il faut entendre :

a) Equipements à :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

♦ Par équipement à « Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs », il faut entendre :

b) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;

c) Equipements à :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

♦ Par équipement à « Verres multifocaux ou progressifs forte correction », il faut entendre :

d) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;

e) Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;

f) Equipements à :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Concernant les garanties pour lesquelles les remboursements sont exprimés selon un autre classement de verres ou en fonction du type d'équipement, le bénéficiaire doit se référer à sa grille de garanties.

③ Equipements mixtes

Le bénéficiaire peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. **Dans ce cas, les taux/montants de prise en charge fixés par la mutuelle respectent la règle selon laquelle le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale.**

④ Modalités de renouvellement des équipements d'Optique (Classes A- B- Equipements mixtes)

♦ Conditions générales de renouvellement des équipements ***

➔ **Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus**

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans.

➔ **Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans**

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an.

➔ **Pour les enfants jusqu'à 6 ans**

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois **uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.** Dans les autres cas, le délai d'un an précédemment mentionné s'applique.

◆ Conditions de renouvellement anticipé des équipements d'Optique

➔ Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus

Un renouvellement anticipé de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an en cas de dégradation des performances oculaires dans l'une des situations définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018, listées ci-dessous :

- ➔ variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- ➔ variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- ➔ somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- ➔ variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- ➔ variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- ➔ variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.

L'évolution de la vue est justifiée par une nouvelle prescription médicale ou lorsque l'opticien lunetier adapte la prescription lors du renouvellement.

➔ Pour les enfants de moins de 16 ans

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires. Cette dégradation des performances oculaires est objectivée par une nouvelle prescription médicale d'un ophtalmologiste.

Les situations d'évolution de la vue prises en considération sont les mêmes que celles définies pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus dans le paragraphe précédent.

➔ Dans tous les cas :

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées.

L'appréciation des périodes ci-dessus mentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque le bénéficiaire acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Il est tenu compte des éventuelles prises en charge antérieures d'équipement d'Optique au titre d'un Contrat Responsable souscrit auprès de la mutuelle.

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies par l'arrêté du 3 décembre 2018, listées ci-dessous :

- ➔ les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome
 - hypertension intraoculaire isolée
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives
 - rétinopathie diabétique
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an
 - cataracte évolutive a composante réfractive
 - tumeurs oculaires et palpébrales
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an
 - kératocone évolutif
 - kératopathies évolutives
 - dystrophie cornéenne
 - amblyopie
 - diplopie récente ou évolutive
- ➔ les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante)
 - hypertension artérielle mal contrôlée
 - sida
 - affections neurologiques à composante oculaire
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique

→ les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :

- corticoïdes
- antipaludéens de synthèse
- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires

Cette évolution de la réfraction doit faire l'objet d'une nouvelle prescription de l'ophtalmologiste faisant mention du cas particulier.

⑤ **Date de prise d'effet**

Les dispositions relatives aux conditions et modalités de prise en charge des équipements d'optique définies par le décret du 11 janvier 2019 s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020.

□ **Soins dentaires prothétiques :**

Les soins dentaires prothétiques susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables sont répartis dans 2 classes :

→ les soins dentaires prothétiques « 100 % santé »,

→ les soins dentaires prothétiques entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ou libres.

① **Soins dentaires prothétiques entrant dans le panier 100 % santé**

La mutuelle prend en charge les frais de soins dentaires prothétiques exposés par le membre participant en sus des tarifs de responsabilité ** dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral, pour les actes définis par arrêté ministériel.

Les soins dentaires prothétiques appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables.

② **Soins dentaires prothétiques entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ⁽¹⁾ ou libres ⁽²⁾**

La mutuelle prend en charge les frais de soins dentaires prothétiques entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ou libres conformément aux taux/montants mentionnés sur la grille de garanties.

Le membre participant pourra avoir un reste à charge sur les actes entrant dans ces paniers.

⁽¹⁾ Des honoraires limites de facturation sont prévus sur ces actes pouvant faire l'objet d'une entente directe par la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux.

⁽²⁾ Les tarifs de ces actes sont librement fixés par les professionnels de santé.

③ **Date de prise d'effet**

Les dispositions relatives aux conditions et modalités de prise en charge des prothèses dentaires définies par le décret du 11 janvier 2019 s'appliquent :

→ aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020 pour un premier lot de soins dentaires prothétiques, tel que défini par les textes conventionnels et réglementaires applicables.

→ aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2021 pour un deuxième lot de soins dentaires prothétiques, tel que défini par les textes conventionnels et réglementaires applicables.

□ **Dispositifs médicaux d'aides auditives :**

Les dispositifs médicaux d'aides auditives susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la mutuelle sont répartis dans 2 classes :

→ la classe I,

→ la classe II.

① **Aides auditives appartenant à la classe I (100% santé)**

La mutuelle prend en charge les dispositifs médicaux d'aides auditives relevant de la classe I (classe à prise en charge renforcée), à hauteur des frais exposés par le membre participant en sus des tarifs de responsabilité ** dans la limite des prix fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale (article L.165-3 du code de la Sécurité sociale).

Les dispositifs médicaux d'aides auditives appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables.

② **Aides auditives appartenant à la classe II**

La mutuelle prend en charge les dispositifs médicaux d'aides auditives appartenant à la classe II conformément au taux/montant mentionné sur la grille de garanties.

Ce taux/montant respecte le plafond fixé à 1700€ par aide auditive par la réglementation des Contrats Responsables en vigueur et qui inclut le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur. Ce plafond n'inclut pas le ticket modérateur des consommables, piles et accessoires.

Le membre participant pourra avoir un reste à charge pour l'acquisition d'équipements appartenant à une autre classe que la classe I.

③ Modalités de renouvellement des dispositifs médicaux d'aides auditives (classes I et II)

Le renouvellement de la prise en charge par la mutuelle d'un dispositif médical d'aide auditive est possible au terme d'une période minimale de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil, entendue comme date de facturation de l'aide auditive.

L'appréciation de cette période se fait à partir de la dernière facturation d'un dispositif d'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Ces dispositions applicables à compter du 1^{er} janvier 2021 tiennent compte des quatre années antérieures, la mutuelle devant, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge d'aide auditive durant cette période au titre d'un Contrat Responsable souscrit auprès d'elle.

Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

④ Date de prise d'effet

Les dispositions relatives aux conditions et modalités de prise en charge des aides auditives définies par le décret du 11 janvier 2019 s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020 hormis :

→ Le panier 100% Santé relatif aux aides auditives appartenant à la classe I prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2020 et sera garanti sans reste à charge à compter du 1^{er} janvier 2021.

→ Le plafond fixé à 1700€ par aide auditive appartenant à la classe II qui s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2021.

→ Les modalités de renouvellement des dispositifs médicaux d'aides auditives qui s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2021.

** Il résulte de l'arrêté du 3 décembre 2018 que « chaque opticien-lunetier, qu'il soit physique ou virtuel en ligne, présente dans son point de vente au moins 35 montures de classe A pour adultes et de 20 montures de classe A pour enfants. Pour satisfaire ce seuil, un même modèle de montures ne peut être comptabilisé que jusqu'à 2 fois, pour deux coloris différents. Au moins 17 modèles différents doivent être disponibles pour les adultes, et au moins 10 modèles différents pour les enfants ».*

*** On entend par « tarifs de responsabilité » les tarifs servant de base à la prise en charge de la prestation ou du dispositif par l'assurance maladie obligatoire.*

**** On entend par équipement une monture et deux verres.*

3- Modalités spécifiques de remboursements de certaines prestations et exclusions

□ Modalités de prise en charge de la participation de l'assuré :

Les niveaux de prise en charge des différentes prestations sont définis dans la grille de garanties.

Il est à noter que :

- Le ticket modérateur afférent aux prestations prises en charge par le Régime Obligatoire est couvert par la mutuelle conformément à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

- Est également couverte la Participation Forfaitaire prévue à l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale.

□ Hospitalisation :

Les niveaux de prise en charge des frais de séjour hospitaliers sont définis dans la grille de garanties.

Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge intégralement de manière illimitée.

□ Honoraires médicaux :

Concernant les honoraires des médecins, lorsque des dépassements d'honoraires sont prévus dans le cadre d'une garantie responsable, la prise en charge de ces dépassements par la mutuelle varie en fonction de l'adhésion du médecin aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ou non et ce dans la limite prévue par ladite garantie.

□ Téléconsultation :

Un service de téléconsultation médicale est intégré aux garanties Frais de Santé. Ce service permet aux membres participants et, le cas échéant à leurs ayants droit, de bénéficier de consultations médicales à distance (avec un diagnostic et le cas échéant une ordonnance) dans le cadre autorisé par le code de la Santé Publique, par téléphone au 09.74.59.59.84 ou par mail sécurisé à l'adresse suivante : www.medecindirect.fr.

VIASANTÉ Mutuelle a fait appel à MédecinDirect - Société par actions simplifiée - Siège social : 1 Chemin de Saulxier, 91160 LONGJUMEAU - Immatriculée au RCS sous le numéro 508 346 673, habilitée à réaliser de la téléconsultation médicale, en vertu d'un contrat signé avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France le 14/12/2015 et d'une autorisation de la CNIL (Délibération N°2016-184 du 16/06/2016).

Le service de téléconsultation médicale MédecinDirect est présenté sur le site figurant à l'adresse suivante :

<http://www.medecindirect.fr/teleconsultation/>

□ Chambre particulière en ambulatoire :

Lorsque la garantie couvre la chambre particulière en ambulatoire, elle est prise en charge suivant les modalités définies dans la grille de garantie souscrite.

□ Prime naissance ou d'adoption :

Lorsqu'elle est prévue par sa garantie, le membre participant la perçoit, s'il demande l'inscription de l'enfant dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption, sur présentation d'une copie du livret de famille ou du jugement d'adoption. L'inscription doit prendre effet à la date de naissance ou d'adoption de l'enfant. Dans ces conditions et en cas de naissance ou d'adoption multiple, la prime est versée autant de fois qu'il y a d'enfants nouveau-nés ou adoptés.

La prime naissance est versée une fois par foyer et par enfant.

□ Forfait médication familiale (ou forfait auto-médication) :

Lorsqu'il est prévu par la garantie, le forfait médication familiale (ou forfait auto-médication) est versé pour les médicaments listés ci-dessous, à la condition qu'ils bénéficient d'un taux de TVA < à 20% et sur présentation d'un justificatif (facture détaillée et nominative d'un pharmacien indiquant le taux de TVA applicable à chaque produit) et comprend :

- ♦ les médicaments remboursés à 30 % par le Régime Obligatoire,
- ♦ les médicaments remboursés à 15 % par le Régime Obligatoire,
- ♦ les médicaments homéopathiques remboursés par le Régime Obligatoire,
- ♦ les médicaments non prescrits ou non remboursés par le Régime Obligatoire, sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM).

□ Forfait afférent aux actes dentaires non remboursés :

Lorsqu'il est prévu par la garantie, le forfait afférent aux actes dentaires non remboursés est versé sur justificatif (facture du dentiste) et comprend l'ensemble des actes non remboursés par le Régime Obligatoire.

□ Prestations de médecines douces (ou alternatives) :

Lorsqu'il est prévu par la garantie, le forfait afférent aux prestations dites de médecines douces ou alternatives, non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte).

La liste des actes susceptibles d'être pris en charge ainsi que le montant du forfait sont mentionnés sur la grille de garanties.

Le versement du forfait afférent à ces actes est soumis :

- ♦ concernant l'ostéopathie, à la présence du praticien sur la liste déposée auprès du préfet ;
- ♦ concernant les autres disciplines, au respect des conditions suivantes :
 - ✓ à la détention par le praticien du diplôme correspondant à la discipline,
 - ✓ à l'exercice dans un cadre légal,
 - ✓ à l'affiliation à une organisation professionnelle reconnue correspondant à la discipline.

□ Sevrage tabagique :

Lorsque le forfait sevrage tabagique est prévu par la garantie, sont remboursés par la mutuelle les dispositifs qui peuvent être pris en charge par le régime obligatoire, sur présentation d'une facture détaillée et nominative d'un pharmacien.

□ Produits achetés via Internet :

Les produits achetés via Internet ne sont pas pris en charge sauf :

✓ les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencé par l'Ordre National des Pharmaciens sur son site.

✓ les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site Internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.

□ Actes de prévention :

La mutuelle prend en charge le ticket modérateur de tous les actes de prévention remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

□ Soins à l'étranger :

Des prestations peuvent être allouées par la mutuelle s'il y a prise en charge des frais par le régime d'Assurance Maladie français auquel appartient le membre participant ou ses ayants droit. Le remboursement n'interviendra qu'après présentation du décompte établi par le régime d'Assurance Maladie français et de la facture acquittée accompagnée, le cas échéant, de sa traduction en français (la mutuelle se réservant le droit d'en contrôler l'exactitude) **et ce dans la limite du montant ou taux prévu par la garantie.**

En cas d'hospitalisation, les éventuels dépassements d'honoraires seront pris en charge sur la base de remboursement de la Sécurité sociale définie pour les honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

□ Service d'assistance :

Lorsque la garantie le prévoit, un service d'assistance peut intervenir au bénéfice de l'adhérent et/ou de ses ayants droit dans les conditions et selon les modalités décrites dans le descriptif correspondant annexé à la présente.

4- Remboursement exclus :

- ◆ Dans le cadre de la réglementation des Contrats Responsables, ne sont pas pris en charge :
 - ✓ la participation forfaitaire (montant fixé par décret) due par les assurés et les ayants droit majeurs pour chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin ainsi que pour tout acte de biologie médicale - définie par l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.
 - ✓ la majoration – instaurée par l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale – de la part restant à la charge des assurés et des ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant.
 - ✓ les dépassements d'honoraires instaurés par l'article L.162-5-18 du code de la Sécurité sociale, à hauteur d'une franchise fixée par décret, appliqués par certains médecins spécialistes (liste des spécialistes concernés fixés par décret) lorsqu'ils reçoivent un patient directement ne relevant pas d'un protocole de soins, en application de l'article R.871-1 du code de la Sécurité sociale.
 - ✓ les dépassements d'honoraires facturés par les médecins généralistes en secteur 1 avec droit permanent à dépassements ou en secteur 2, dans le cadre de consultations hors parcours de soins, à hauteur d'une franchise identique à celle appliquée aux honoraires des médecins spécialistes.
 - ✓ les franchises définies par l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.
- ◆ Produits non remboursés par le régime obligatoire achetés à l'étranger :
Les produits non remboursés par le régime obligatoire, achetés à l'étranger, ne sont pas pris en charge.
- ◆ Longs séjours, établissements médico-sociaux, maisons de retraite : les frais liés aux longs séjours, aux séjours en établissements médico-sociaux ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.
Concernant les garanties responsables, pendant la période de couverture, les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

COMMENT OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ?

Vos prestations, à l'exclusion de celles bénéficiant du tiers-payant, vous sont versées directement. Dans la plupart des cas, le remboursement est automatique grâce à la télétransmission existant entre votre régime obligatoire d'assurance maladie et la mutuelle. A défaut, vous devez nous adresser vos décomptes de Sécurité sociale.

De plus, pour certaines prestations, vous devez nous fournir la facture correspondant aux frais dont vous demandez le remboursement ou les pièces justifiant de l'événement ouvrant droit au versement d'une prestation, comme indiqué ci-après :

TYPE DE PRESTATION	PIECES A FOURNIR
Cure thermale	✓ Prescription médicale ✓ Justificatif des frais et de la durée du séjour
Frais d'optique et de prothèses dentaires	✓ Prescription médicale ou décompte établi par le régime obligatoire ✓ Factures acquittées
Hospitalisation -demande de prise en charge -demande de remboursement de frais divers (frais d'accompagnant, etc.)	✓ Bulletin d'hospitalisation ✓ Factures acquittées
Autres prestations	✓ Décomptes établis par le régime obligatoire (sauf tiers-payant) ✓ Et/ou factures acquittées

Il est à noter que :

- ◆ tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être exigé,
- ◆ la date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations est celle indiquée sur les décomptes de Sécurité sociale, sauf cas spécifiques (cf. paragraphe « A quelle date votre garantie prend-elle effet ? »).

QUELS SONT LES PRINCIPES DE REMBOURSEMENT ?

Votre mutuelle vous rembourse les frais médicaux pour les bénéficiaires de la garantie tels que définis plus haut, consécutifs à une maladie, une maternité ou un accident. Ce remboursement vient en complément et après versement des prestations du régime obligatoire d'assurance maladie et dans la limite des dépenses engagées.

La participation de votre mutuelle est calculée en pourcentage des tarifs de responsabilité du régime obligatoire d'assurance maladie d'affiliation et/ou en forfaits.

Cette garantie est responsable et répond à l'ensemble des obligations et exclusions de prises en charge définies dans les textes en vigueur.

Vous trouverez le détail des remboursements de votre garantie en annexe de la présente notice d'information.

Les actes non pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie ne donnent lieu à aucun remboursement, sauf cas précisés sur le descriptif de garantie.

Si les remboursements ou les tarifs de responsabilité ou la base de remboursement (CCAM) des régimes obligatoires sont modifiés en cours d'année, la mutuelle se réserve le droit de modifier ou de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification, sous réserve du respect de la réglementation des « Contrats Responsables ».

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

QUELLES SONT LES REGLES DE PRESCRIPTION APPLICABLES, DANS QUELLES SITUATIONS LES SOINS NE SONT PAS REMBOURSES PAR LA MUTUELLE, QUELS SONT LES DELAIS ET REGLES A RESPECTER OU APPLICABLES ?

□ Prescription :

Conformément aux dispositions du code de la Mutualité, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fauss e ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action 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.

Dans le cadre des opérations collectives telles que définies par le code de la Mutualité, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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

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 accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

□ Délais à respecter :

Les demandes de remboursement de prestations, accompagnées des justificatifs nécessaires, doivent pour être recevables, être produites auprès de la mutuelle dans un délai de deux ans à compter soit de la date des soins, soit de la date de fin de l'hospitalisation, soit de la date de délivrance de la prestation ou de la survenance de l'événement donnant lieu à versement d'une prestation.

Au delà de cette période, la mutuelle ne pourra plus vous rembourser.

□ Demande relative aux remboursements de prestations ou à la gestion du contrat

Pour toute demande relative aux remboursements de prestations ou à la gestion du contrat, le membre participant peut adresser un courrier à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle – Gestion Santé – TSA 90025 à (69653) VILLEFRANCHE CEDEX.

□ Traitement des réclamations, conciliation et médiation :

Toute réclamation doit être formulée dans les deux ans qui suivent la date de paiement ou le refus de prise en charge d'une prestation.

Le traitement des réclamations est effectué par le service traitement des réclamations qui peut être saisi en adressant :

- un courrier à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle - service réclamations - TSA 10005 - 11804 CARCASSONNE Cedex ;

- ou par courrier électronique à l'adresse suivante : contact.reclamation@viasante.fr ;

- ou par téléphone au 09 69 39 3000.

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du contrat, le membre participant peut avoir recours au conciliateur de la mutuelle désigné par le Conseil d'Administration, en adressant :

- un courrier au Secrétariat général de la mutuelle, 12 place de la Halle - 19100 BRIVE ;

- ou un courrier électronique à l'adresse suivante : conciliation@viasante.fr.

Si le désaccord persiste, le membre participant pourra alors saisir gratuitement le Médiateur soit en adressant un courrier postal à Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF - 255 rue de Vaugirard - 750719 PARIS Cedex 15, soit en complétant un formulaire dédié sur le site <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

La demande présentée au médiateur doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de VIASANTÉ Mutuelle.

Conformément à l'article R.612-5 du code de la Consommation, un avis sera rendu au plus tard dans le délai de 90 jours, sauf en cas de litige complexe.

L'avis du médiateur ne s'impose pas aux parties et le recours au juge reste possible.

La médiation mutualiste ne peut être saisie lorsqu'une action contentieuse a été préalablement engagée.

☐ Déclaration d'accident :

Le membre participant est tenu de déclarer à la mutuelle les causes et circonstances de l'accident dont lui ou ses ayants droits ont été victimes, afin qu'une procédure de recours contre tiers puisse éventuellement être engagée.

☐ Subrogation :

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du code de la Mutualité, la mutuelle est subrogée de plein droit aux membres participants ou à leurs ayants droits victime d'un accident, dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

☐ Prestations indues :

Quel qu'en soit le motif, elles sont recouvrables auprès du membre participant.

☐ Fausse déclaration intentionnelle (article L.221-14 du code de la Mutualité) :

Il résulte des dispositions du code de la Mutualité qu'indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

☐ Fausse déclaration non intentionnelle (article L.221-15 du code de la Mutualité) :

Pour les opérations collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant : à défaut d'accord de celui-ci, le contrat prend fin dix jours après la notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

☐ Interprétation :

Les statuts, la notice d'information, le contrat collectif, le bulletin d'adhésion, le règlement intérieur, sont applicables par ordre de priorité décroissante.

☐ Loi applicable :

La loi applicable est la loi française à l'exclusion de toute autre.

DANS QUELS CAS VOTRE GARANTIE EST-ELLE SUSPENDUE ? QUELLES SONT LES CONSEQUENCES DE LA SUSPENSION DE VOTRE GARANTIE ?

☐ En cas de sortie temporaire :

La sortie temporaire de la structure souscriptrice entraîne systématiquement la suspension de la garantie. Au terme de la période de suspension, vous devrez compléter un bulletin d'affiliation afin de réactiver le cas échéant la garantie du contrat collectif.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du contrat.

Ces dispositions s'appliquent sauf dérogation ou extension prévue aux conditions particulières du contrat.

☐ En cas de non paiement de la cotisation :

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie dans les conditions prévues contractuellement.

□ Effets de la suspension de la garantie :

Les actes médico-chirurgicaux ou événements dont la date de réalisation se situe durant la période de suspension de la garantie ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

QUELLE EST LA DUREE DE VOTRE GARANTIE ?

Votre couverture frais de santé est effective à compter de votre date d'affiliation à la mutuelle, dans le cadre du contrat facultatif, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Elle est souscrite dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle est renouvelable par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

Toutefois, dès lors que la personne morale souscriptrice ne renverrait pas à la mutuelle au plus tard le 30/11 de l'année en cours, les avenants dûment signés, qui sont établis par la mutuelle lors des modifications du contrat, votre garantie ne serait pas renouvelée et viendrait à échéance le 31 décembre de l'année en cours.

Les avenants modificatifs seront adressés par la mutuelle à la personne morale souscriptrice au plus tard le 31/10 de l'année en cours, pour une prise d'effet au 1er janvier de l'année suivante.

DANS QUELLES CONDITIONS VOTRE GARANTIE CESSE-T-ELLE ?

Les garanties cessent :

- ♦ à la date d'effet de la résiliation du contrat frais de santé ;
- ♦ à la date d'effet de la résiliation de votre adhésion en tant que membre participant ;
- ♦ en cas de perte de la qualité de membre de l'Association des Anciens d'Eurotunnel ;
- ♦ en cas de non paiement des cotisations dans les cas et dans les conditions définis à l'article L.221-8 du code de la Mutualité.

Au delà de la date d'effet de la résiliation du contrat, seuls les actes médico-chirurgicaux ou événements dont la date de réalisation est antérieure à la date d'effet de la résiliation pourront être pris en charge par le contrat.

La personne morale souscriptrice s'engage à signaler à la mutuelle dans le mois qui suit l'événement tout départ d'un membre participant quel qu'en soit le motif.

QUE SE PASSE-T-IL SI LES COTISATIONS NE SONT PAS REGLEES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT ?

Le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre est envoyée 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations doivent être payées. Le membre participant est informé, dans la lettre de mise en demeure, qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation pourra entraîner son exclusion des garanties définies au contrat collectif.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisation.

Lorsqu'il y a participation de la personne morale souscriptrice au paiement de la cotisation et que celle-ci ne paie pas sa part, la procédure prévue à l'article L.221-8-I du code de la Mutualité s'applique. Dans ce cas, la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure et rembourse le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

QUELLES SONT LES FORMALITES A ACCOMPLIR SI VOUS QUITTEZ L'ASSOCIATION DES ANCIENS D'EUROTUNNEL ?

Votre départ doit nous être signalé dans le mois qui suit.

Vous devez impérativement restituer à la mutuelle votre carte d'adhérent au moment de votre départ.

QUELS SONT LES AUTRES SERVICES DE LA MUTUELLE DONT VOUS BENEFICIEZ ?

□ Le Tiers Payant :

Chaque membre participant complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une Carte de Tiers Payant permettant une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par ladite carte en conformité avec les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Cette carte mentionne explicitement les garanties couvertes en tiers payant et fait partie intégrante des conditions particulières du contrat d'adhésion.

Cette carte de Tiers Payant reste la propriété de la mutuelle.

Le souscripteur du contrat s'engage, si la carte de Tiers Payant est en cours de validité, à la récupérer auprès du membre participant et à en assurer la restitution à la mutuelle dans le délai de quinze jours suivant le départ du membre participant ou la résiliation du contrat.

Le membre participant restituera les sommes payées par la mutuelle relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties.

En cas de non remboursement, la mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse.

❑ Commission Entraide mutualiste – Action sociale :

Il existe au sein de chaque comité VIASANTÉ Mutuelle au moins une Commission Entraide mutualiste – Action sociale.

Chaque Commission Entraide mutualiste – Action sociale se compose au maximum de 10 délégués ou administrateurs de la mutuelle. Elles se réunissent au moins trois fois par an.

Ces commissions ont pour objet d'accompagner les membres bénéficiaires en situation de détresse, face à un accident, une maladie, un handicap ou un décès, en leur attribuant une aide financière.

❑ Les Réalisations Mutualistes :

Vous bénéficiez de l'accès aux réalisations sanitaires et sociales gérées par VIASANTÉ Mutuelle ou de tout autre organisme mutualiste associé. Vous pouvez obtenir la liste de ces réalisations mutualistes sur simple demande de votre part, téléphonique ou écrite, ou en vous rendant dans l'un de nos points d'accueil.

❑ Votre Magazine d'Information :

Chaque trimestre, le « MUTUALISTE », votre magazine d'information sur la santé et l'actualité de votre mutuelle vous est adressé à votre domicile.

❑ Vos remboursements consultables 24h/24, 7 jours sur 7 :

Vous pouvez consulter vos remboursements par Internet : www.mutuelle-viasante.fr, en vous connectant sur votre espace privé.

QUELQUES CONSEILS AVANT D'ENGAGER VOS DEPENSES DE SANTE

Pour bénéficier des meilleurs tarifs en optique ou pour les audioprothèses, n'hésitez pas à faire établir plusieurs devis. En ce qui concerne la réalisation de prothèses dentaires ou les traitements orthodontiques, faites nous parvenir le devis du praticien consulté et nous vous indiquerons en retour le niveau de notre prise en charge.

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

Vos données à caractère personnel ainsi que celles de vos éventuels ayants droit sont collectées (via l'Association des Anciens d'Eurotunnel le cas échéant) 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 l'âge, la situation familiale et professionnelle, à la santé ;
- Les coordonnées de contact, le 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, individuelles ou collectives ;
- La mise en œuvre 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 œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat ; VIASANTÉ Mutuelle ne sera pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, nous sommes susceptibles de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur (votre employeur ou votre association, par exemple) et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les adhérents, aux membres du groupe AG2R La Mondiale ou aux sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

Vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données à caractère personnel vous concernant. Dans les conditions prévues par la loi, vous pouvez également demander une limitation du traitement, la rectification ou l'effacement des données vous concernant, ainsi que leur portabilité, ou communiquer des directives générales sur le sort de ces données après votre décès.

Si le traitement est fondé sur votre consentement, vous disposez du droit de retirer votre consentement.

Si le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de VIASANTÉ Mutuelle, vous pouvez vous opposer à ce traitement si vous justifiez de raisons propres à votre situation.

Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement de vos données à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent, sous réserve de produire un justificatif de votre identité, être exercés à tout moment à l'adresse suivante : 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 aux données personnelles, néanmoins s'ils considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, les adhérents disposent 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 : <https://www.viasante.fr>

*NIR : Il s'agit du numéro de Sécurité sociale

AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION

Conformément au code de la Mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet d'une prospection commerciale par voie téléphonique, conformément à l'article L.223-1 du code de la Consommation vous pourrez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL au démarchage téléphonique.

Selon la réglementation en vigueur, cette demande ne sera prise en compte qu'à la fin de la relation contractuelle qui vous lie à VIASANTÉ Mutuelle.



GAMME PROTECVIA

INDICE 30 RESPONSABLE

ADHÉRENTS À L'ASSOCIATION DES ANCIENS D'EUROTUNNEL

Remboursements exprimés :
régime obligatoire + mutuelle

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX	
Consultations et visites généralistes et spécialistes adhérents aux DPTM	100%
Consultations et visites généralistes et spécialistes non adhérents aux DPTM	100%
Actes de chirurgie et techniques / Radiologie de médecins adhérents aux DPTM	100%
Actes de chirurgie et techniques / Radiologie de médecins non adhérents aux DPTM	100%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Analyses	100%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Auxiliaires médicaux	100%
MÉDICAMENTS	
Pharmacie (tout SMR)	100%
MATÉRIEL MÉDICAL	
Autres prothèses et appareillages	100%

HOSPITALISATION

HONORAIRES	
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie de médecins adhérents aux DPTM	100%
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie de médecins non adhérents aux DPTM	100%
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier hospitalier (illimité)	Frais réels
AUTRES FRAIS	
Frais de séjour	100%
Chambre particulière (1)	-
Chambre particulière en ambulatoire (10 jours/an)	-
Frais d'accompagnant (hors psychiatrie) (2)	-

TRANSPORT

Transport	100%
-----------	------

CURES

Cure thermale (honoraires et traitement)	100%
Cure thermale (transport et hébergement)	100%

OPTIQUE

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*	
Montures et verres classe A (3)	100% PLV
AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES	
Montures et verres Classe B (dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€) (3)	Équipement verres simples (a) Équipement verres complexes (simples forte correction et progressif) (b) (c) Équipement verres très complexes (multifocaux ou progressifs forte correction) (d) (e) (f)
	100% TM
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE (pour les verres Classe A ou Classe B)	
Adaptation de la correction visuelle	100% PLV
Appairage (hors verres Classe B)	100% PLV
Verres avec filtre	100% PLV
Autres suppléments	100% TM
AUTRES	
Lentilles prises en charge ou non par le RO	100%
Chirurgie réfractive par œil/an	-

DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*	
Prothèses dentaires	100% HLF
PROTHÈSES	
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres (forfait par prothèse) (4)	100% BR
Plafonds prothèses remboursées (5)	-
SOINS	
Soins dentaires	100%
Inlay-onlay	100%

Remboursements exprimés :
régime obligatoire + mutuelle

AUTRES	
Actes non remboursés (6)	-
Implantologie / parodontologie (7)	-
Orthodontie remboursée (forfait par semestre)	100%
Orthodontie non remboursée (forfait par semestre)	-

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*	
Classe I par oreille (8)	100% PLV
AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES	
Classe II par oreille (8) (9)	100% BR
AUTRES	
Forfait entretien et réparation remboursé par le RO (10)	100%

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Médecines douces (ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, étiope, bio kinergie, kiné méthode Mézières, microkinésithérapeute, psychomotricien, sophrologue, homéopathe, pédicure-podologue)	-
Actes de prévention remboursés par le RO (définis par la réglementation)	100% BR

SERVICES & ACOMPAGNEMENT (11)

Téléconsultation	OUI
Assistance	OUI

BR : Base de Remboursement - DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée - SMR : Service Médical Rendu - TM : Ticket Modérateur
PLV : Prix Limite de Vente - HLF : Honoraire Limite de Facturation - RO : Régime Obligatoire - RC : Régime Complémentaire

- (1) Durée 90 jours / an en médecine, chirurgie, obstétrique et soins de suite et de réadaptation.
45 jours / an en psychiatrie.
- (2) Repas pris dans la ville où se situe l'établissement ou dans un rayon de 10 km autour de celui-ci et couchette en établissement d'hospitalisation.
Durée enfant -16 ans : 90 jours / an. Adulte : 45 jours / an.
- (3) Adulte et enfant. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
- (4) Prothèses fixes, prothèses amovibles et provisoires, réparation. Dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé.
- (5) Le plafond s'applique par année civile d'adhésion à la garantie et ne s'applique qu'au remboursement forfaitaire. Ce plafond global s'applique aux prothèses dentaires fixes et amovibles, inlay-core, prothèses dentaires provisoires et aux actes de réparation sur prothèse. Au delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.
- (6) Hors implantologie, parodontologie, orthodontie non remboursée par le RO.
- (7) Pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).
- (8) À partir du 1^{er} janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (9) Montant maximum remboursé limité à 1700€ (RO+RC).
- (10) Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
- (11) Cf RM pour le détail des modalités.

Par équipement à « Verres simples », il faut entendre :

- a) Equipements à :
 - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Par équipement à « Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs », il faut entendre :

- b) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)
- c) Equipements à :
 - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Par équipement à « Verres multifocaux ou progressifs forte correction », il faut entendre :

- d) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)
- e) Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)
- f) Equipements à :
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

* Tels que définis réglementairement.



GAMME PROTECVIA

INDICE 45 RESPONSABLE

ADHÉRENTS À L'ASSOCIATION DES ANCIENS D'EUROTUNNEL

Remboursements exprimés :
régime obligatoire + mutuelle

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX	
Consultations et visites généralistes et spécialistes adhérents aux DPTM	125%
Consultations et visites généralistes et spécialistes non adhérents aux DPTM	100%
Actes de chirurgie et techniques / Radiologie de médecins adhérents aux DPTM	125%
Actes de chirurgie et techniques / Radiologie de médecins non adhérents aux DPTM	100%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Analyses	100%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Auxiliaires médicaux	100%
MÉDICAMENTS	
Pharmacie (tout SMR)	100%
MATÉRIEL MÉDICAL	
Autres prothèses et appareillages	125%

HOSPITALISATION

HONORAIRES	
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie de médecins adhérents aux DPTM	125%
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie de médecins non adhérents aux DPTM	100%
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier hospitalier (illimité)	Frais réels
AUTRES FRAIS	
Frais de séjour	100%
Chambre particulière (1)	30€/jour
Chambre particulière en ambulatoire (10 jours/an)	18€/jour
Frais d'accompagnant (hors psychiatrie) (2)	15€/jour

TRANSPORT

Transport	100%
-----------	------

CURES

Cure thermale (honoraires et traitement)	100%
Cure thermale (transport et hébergement)	100%

OPTIQUE

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*	
Montures et verres classe A (3)	100% PLV
AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES	
Montures et verres Classe B (dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€) (3)	Équipement verres simples (a) Équipement verres complexes (simples forte correction et progressif) (b) (c) Équipement verres très complexes (multifocaux ou progressifs forte correction) (d) (e) (f)
	80€ 200€ 220€
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE (pour les verres Classe A ou Classe B)	
Adaptation de la correction visuelle	100% PLV
Appairage (hors verres Classe B)	100% PLV
Verres avec filtre	100% PLV
Autres suppléments	100% TM
AUTRES	
Lentilles prises en charge ou non par le RO	100%
Chirurgie réfractive par œil/an	100%

DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*	
Prothèses dentaires	100% HLF
PROTHÈSES	
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres (forfait par prothèse) (4)	100% BR + 150€
Plafonds prothèses remboursées (5)	1 ^{re} année : 700€ À partir de la 2 ^e année : 1000€
SOINS	
Soins dentaires	100%
Inlay-onlay	100%

Remboursements exprimés :
régime obligatoire + mutuelle

AUTRES	
Actes non remboursés (6)	-
Implantologie / parodontologie (7)	100€ / an
Orthodontie remboursée (forfait par semestre)	100% + 100€
Orthodontie non remboursée (forfait par semestre)	-

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*	
Classe I par oreille (8)	100% PLV
AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES	
Classe II par oreille (8) (9)	100% BR + 100€
AUTRES	
Forfait entretien et réparation remboursé par le RO (10)	100%

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Médecines douces (ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, étio-pathe, bio kinergie, kiné méthode Mézières, microkinésithérapeute, psychomotricien, sophrologue, homéopathe, pédicure-podologue)	-
Actes de prévention remboursés par le RO (définis par la réglementation)	100% BR

SERVICES & ACCOMPAGNEMENT (11)

Téléconsultation	OUI
Assistance	OUI

BR : Base de Remboursement - DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée - SMR : Service Médical Rendu - TM : Ticket Modérateur
PLV : Prix Limite de Vente - HLF : Honoraire Limite de Facturation - RO : Régime Obligatoire - RC : Régime Complémentaire

- (1) Durée 90 jours / an en médecine, chirurgie, obstétrique et soins de suite et de réadaptation.
45 jours / an en psychiatrie.
- (2) Repas pris dans la ville où se situe l'établissement ou dans un rayon de 10 km autour de celui-ci et couchette en établissement d'hospitalisation. Durée enfant -16 ans : 90 jours / an. Adulte : 45 jours / an.
- (3) Adulte et enfant. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
- (4) Prothèses fixes, prothèses amovibles et provisoires, réparation. Dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé.
- (5) Le plafond s'applique par année civile d'adhésion à la garantie et ne s'applique qu'au remboursement forfaitaire. Ce plafond global s'applique aux prothèses dentaires fixes et amovibles, inlay-core, prothèses dentaires provisoires et aux actes de réparation sur prothèse. Au delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.
- (6) Hors implantologie, parodontologie, orthodontie non remboursée par le RO.
- (7) Pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).
- (8) À partir du 1^{er} janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (9) Montant maximum remboursé limité à 1700€ (RO+RC).
- (10) Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
- (11) Cf RM pour le détail des modalités.

Par équipement à « Verres simples », il faut entendre :

- a) Equipements à :
 - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Par équipement à « Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs », il faut entendre :

- b) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)
- c) Equipements à :
 - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Par équipement à « Verres multifocaux ou progressifs forte correction », il faut entendre :

- d) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)
- e) Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)
- f) Equipements à :
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

* Tels que définis réglementairement.



GAMME PROTECVIA

INDICE 60 RESPONSABLE

ADHÉRENTS À L'ASSOCIATION DES ANCIENS D'EUROTUNNEL

Remboursements exprimés :
régime obligatoire + mutuelle

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX	
Consultations et visites généralistes et spécialistes adhérents aux DPTM	150%
Consultations et visites généralistes et spécialistes non adhérents aux DPTM	125%
Actes de chirurgie et techniques / Radiologie de médecins adhérents aux DPTM	150%
Actes de chirurgie et techniques / Radiologie de médecins non adhérents aux DPTM	125%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Analyses	100%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Auxiliaires médicaux	100%
MÉDICAMENTS	
Pharmacie (tout SMR)	100%
MATÉRIEL MÉDICAL	
Autres prothèses et appareillages	150%

HOSPITALISATION

HONORAIRES	
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie de médecins adhérents aux DPTM	150%
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie de médecins non adhérents aux DPTM	125%
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier hospitalier (illimité)	Frais réels
AUTRES FRAIS	
Frais de séjour	100%
Chambre particulière (1)	50€/jour
Chambre particulière en ambulatoire (10 jours/an)	18€/jour
Frais d'accompagnant (hors psychiatrie) (2)	30€/jour

TRANSPORT

Transport	100%
-----------	------

CURES

Cure thermale (honoraires et traitement)	100%
Cure thermale (transport et hébergement)	100% + 100€

OPTIQUE

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*	
Montures et verres classe A (3)	100% PLV
AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES	
Montures et verres Classe B (dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€) (3)	Équipement verres simples (a) 120€ Équipement verres complexes (simples forte correction et progressif) (b) (c) 240€ Équipement verres très complexes (multifocaux ou progressifs forte correction) (d) (e) (f) 280€
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE (pour les verres Classe A ou Classe B)	
Adaptation de la correction visuelle	100% PLV
Appairage (hors verres Classe B)	100% PLV
Verres avec filtre	100% PLV
Autres suppléments	100% TM
AUTRES	
Lentilles prises en charge ou non par le RO	100% + 100€ / an
Chirurgie réfractive par œil/an	200€

DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*	
Prothèses dentaires	100% HLF
PROTHÈSES	
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres (forfait par prothèse) (4)	100% BR + 200€
Plafonds prothèses remboursées (5)	1 ^{re} année : 700€ À partir de la 2 ^e année : 1000€
SOINS	
Soins dentaires	100%
Inlay-onlay	150%

Remboursements exprimés :
régime obligatoire + mutuelle

AUTRES	
Actes non remboursés (6)	-
Implantologie / parodontologie (7)	200€ / an
Orthodontie remboursée (forfait par semestre)	100% + 200€
Orthodontie non remboursée (forfait par semestre)	-

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*	
Classe I par oreille (8)	100% PLV
AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES	
Classe II par oreille (8) (9)	100% BR + 200€
AUTRES	
Forfait entretien et réparation remboursé par le RO (10)	100% + 40€ / an

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Médecines douces (ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, étiope, bio kinergie, kiné méthode Mézières, microkinésithérapeute, psychomotricien, sophrologue, homéopathe, pédicure-podologue)	20€ / séance (4/an)
Actes de prévention remboursés par le RO (définis par la réglementation)	100% BR

SERVICES & ACCOMPAGNEMENT (11)

Téléconsultation	OUI
Assistance	OUI

BR : Base de Remboursement - DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée - SMR : Service Médical Rendu - TM : Ticket Modérateur
PLV : Prix Limite de Vente - HLF : Honoraire Limite de Facturation - RO : Régime Obligatoire - RC : Régime Complémentaire

- (1) Durée 90 jours / an en médecine, chirurgie, obstétrique et soins de suite et de réadaptation.
45 jours / an en psychiatrie.
- (2) Repas pris dans la ville où se situe l'établissement ou dans un rayon de 10 km autour de celui-ci et couchette en établissement d'hospitalisation.
Durée enfant -16 ans : 90 jours / an. Adulte : 45 jours / an.
- (3) Adulte et enfant. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
- (4) Prothèses fixes, prothèses amovibles et provisoires, réparation. Dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé.
- (5) Le plafond s'applique par année civile d'adhésion à la garantie et ne s'applique qu'au remboursement forfaitaire. Ce plafond global s'applique aux prothèses dentaires fixes et amovibles, inlay-core, prothèses dentaires provisoires et aux actes de réparation sur prothèse. Au delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.
- (6) Hors implantologie, parodontologie, orthodontie non remboursée par le RO.
- (7) Pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).
- (8) À partir du 1^{er} janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (9) Montant maximum remboursé limité à 1700€ (RO+RC).
- (10) Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
- (11) Cf RM pour le détail des modalités.

Par équipement à « Verres simples », il faut entendre :

- a) Equipements à :
 - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Par équipement à « Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs », il faut entendre :

- b) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)
- c) Equipements à :
 - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Par équipement à « Verres multifocaux ou progressifs forte correction », il faut entendre :

- d) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)
- e) Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)
- f) Equipements à :
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

* Tels que définis réglementairement.



GAMME PROTECVIA

INDICE 90 RESPONSABLE

ADHÉRENTS À L'ASSOCIATION DES ANCIENS D'EUROTUNNEL

Remboursements exprimés :
régime obligatoire + mutuelle

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX	
Consultations et visites généralistes et spécialistes adhérents aux DPTM	200%
Consultations et visites généralistes et spécialistes non adhérents aux DPTM	150%
Actes de chirurgie et techniques / Radiologie de médecins adhérents aux DPTM	200%
Actes de chirurgie et techniques / Radiologie de médecins non adhérents aux DPTM	150%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Analyses	100%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Auxiliaires médicaux	100%
MÉDICAMENTS	
Pharmacie (tout SMR)	100%
MATÉRIEL MÉDICAL	
Autres prothèses et appareillages	200%

HOSPITALISATION

HONORAIRES	
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie de médecins adhérents aux DPTM	200%
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie de médecins non adhérents aux DPTM	150%
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier hospitalier (illimité)	Frais réels
AUTRES FRAIS	
Frais de séjour	100%
Chambre particulière (1)	75€/jour
Chambre particulière en ambulatoire (10 jours/an)	20€/jour
Frais d'accompagnant (hors psychiatrie) (2)	40€/jour

TRANSPORT

Transport	100%
-----------	------

CURES

Cure thermale (honoraires et traitement)	100%
Cure thermale (transport et hébergement)	100% + 150€

OPTIQUE

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*	
Montures et verres classe A (3)	100% PLV
AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES	
Montures et verres Classe B (dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€) (3)	Équipement verres simples (a) 200€ Équipement verres complexes (simples forte correction et progressif) (b) (c) 300€ Équipement verres très complexes (multifocaux ou progressifs forte correction) (d) (e) (f) 340€
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE (pour les verres Classe A ou Classe B)	
Adaptation de la correction visuelle	100% PLV
Appairage (hors verres Classe B)	100% PLV
Verres avec filtre	100% PLV
Autres suppléments	100% TM
AUTRES	
Lentilles prises en charge ou non par le RO	100% + 200€ / an
Chirurgie réfractive par œil/an	250€

DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*	
Prothèses dentaires	100% HLF
PROTHÈSES	
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres (forfait par prothèse) (4)	100% BR + 300€
Plafonds prothèses remboursées (5)	1 ^{re} année : 800€ À partir de la 2 ^e année : 1500€
SOINS	
Soins dentaires	100%
Inlay-onlay	200%

Remboursements exprimés :
régime obligatoire + mutuelle

AUTRES	
Actes non remboursés (6)	150€ / an
Implantologie / parodontologie (7)	350€ / an
Orthodontie remboursée (forfait par semestre)	100% + 300€
Orthodontie non remboursée (forfait par semestre)	100€

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*	
Classe I par oreille (8)	100% PLV
AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES	
Classe II par oreille (8) (9)	100% BR + 250€
AUTRES	
Forfait entretien et réparation remboursé par le RO (10)	100% + 40€ / an

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Médecines douces (ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, étiope, bio kinergie, kiné méthode Mézières, microkinésithérapeute, psychomotricien, sophrologue, homéopathe, pédicure-podologue)	30€ / séance (4/an)
Actes de prévention remboursés par le RO (définis par la réglementation)	100% BR

SERVICES & ACCOMPAGNEMENT (11)

Téléconsultation	OUI
Assistance	OUI

BR : Base de Remboursement - DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée - SMR : Service Médical Rendu - TM : Ticket Modérateur
PLV : Prix Limite de Vente - HLF : Honoraire Limite de Facturation - RO : Régime Obligatoire - RC : Régime Complémentaire

- (1) Durée 90 jours / an en médecine, chirurgie, obstétrique et soins de suite et de réadaptation.
45 jours / an en psychiatrie.
- (2) Repas pris dans la ville où se situe l'établissement ou dans un rayon de 10 km autour de celui-ci et couchette en établissement d'hospitalisation.
Durée enfant -16 ans : 90 jours / an. Adulte : 45 jours / an.
- (3) Adulte et enfant. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
- (4) Prothèses fixes, prothèses amovibles et provisoires, réparation. Dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé.
- (5) Le plafond s'applique par année civile d'adhésion à la garantie et ne s'applique qu'au remboursement forfaitaire. Ce plafond global s'applique aux prothèses dentaires fixes et amovibles, inlay-core, prothèses dentaires provisoires et aux actes de réparation sur prothèse. Au delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.
- (6) Hors implantologie, parodontologie, orthodontie non remboursée par le RO.
- (7) Pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).
- (8) À partir du 1^{er} janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (9) Montant maximum remboursé limité à 1700€ (RO+RC).
- (10) Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
- (11) Cf RM pour le détail des modalités.

Par équipement à « Verres simples », il faut entendre :

- a) Equipements à :
 - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Par équipement à « Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs », il faut entendre :

- b) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)
- c) Equipements à :
 - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Par équipement à « Verres multifocaux ou progressifs forte correction », il faut entendre :

- d) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)
- e) Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)
- f) Equipements à :
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

* Tels que définis réglementairement.

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE VIASANTÉ MUTUELLE

PROTECVIA
Convention n° 922 116

BESOIN D'ASSISTANCE ?

Contactez-nous (24/24)

- Depuis la France au **01.40.25.53.62** (Appel non surtaxe)
- Depuis l'étranger au **+33 1 40 25 53 62**
- Accès sourds et malentendants : <https://accessibilite.votreassistance.fr>

Veillez nous indiquer :

- Le nom et le numéro du contrat souscrit, **922116**
- Les nom et prénom du Bénéficiaire
- L'adresse exacte du Bénéficiaire
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Les prestations de la présence convention d'assistance (ci-après dénommée « Convention d'assistance ») souscrite par VIASANTÉ MUTUELLE auprès de :

FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660 €
479 065 351 RCS Paris
Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris
Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en oeuvre par :

AWP FRANCE SAS

Société par Actions Simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros
490 381 753 RCS Bobigny
Société de courtage d'assurances
Inscription ORIAS 07 026 669
Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 SAINT-OUEN
Ci-après dénommée sous la marque commerciale
«Mondial Assistance»

1 ÉVÉNEMENTS GARANTIS

Les conditions de délivrance des prestations d'assistance de la Convention d'assistance varient selon les prestations :

- Les prestations décrites à l'article **5.1 « INFORMATIONS - CONSEILS - SERVICES À LA PERSONNE »** peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- Les prestations décrites à l'article **5.2 « HOSPITALISATION »** sont délivrées en cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire. Certaines prestations complémentaires sont délivrées lorsque le Bénéficiaire faisant l'objet de l'Hospitalisation est un Enfant.
- Les prestations décrites à l'article **5.3 « COMPLÉMENT POUR LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE »** sont délivrées lorsque la cause de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire est une Affection de longue durée.

L'ensemble des prestations est délivré conformément aux conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

2 RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

INFORMATIONS - CONSEILS - SERVICES À LA PERSONNE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE	CONDITIONS ET LIMITES
Télé conseil santé	Illimitée	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service.
Conseil social	Illimitée	
Services à la personne	Mise en relation avec le réseau de Prestataires agréés dans le cadre de la loi Borloo, sans prise en charge	Prestation rendue par téléphone exclusivement.

HOSPITALISATION

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE	CONDITIONS ET LIMITES
ASSISTANCE À DOMICILE		
Évaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimitée	<ul style="list-style-type: none"> • Durée d'Hospitalisation au moins égale à 1 nuitée • L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. • La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 2 fois par période annuelle de garantie.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 200 € TTC	
Livraison en urgence de médicaments	100 € TTC maximum	-
Livraison et mise à disposition de matériel médical	100 € TTC maximum	-
Téléassistance ponctuelle à Domicile	Coût du service pour une durée de 3 mois	-
Accompagnement psychologique	3 entretiens par tel et/ou remboursement de 12 séances maximum de consultation en cabinet. 80€ TTC maximum par consultation.	La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.
COMPLÉMENT EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION À DOMICILE DE L'ENFANT		
Aide pédagogique de l'Enfant dans les matières scolaires principales	15 heures maximum par semaine	L'absence scolaire doit être supérieure à 2 semaines calendaires consécutives. Limitée à la durée restant à courir de l'année scolaire en cours.

COMPLÉMENT EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DURÉE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE	CONDITIONS ET LIMITES
ASSISTANCE À DOMICILE		
Évaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services.	Illimitée	<ul style="list-style-type: none"> • Durée d'Hospitalisation au moins égale à 1 nuitée • L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. • La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 2 fois par période annuelle de garantie.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile.	Forfait « Enveloppe de services et d'aide à domicile » prévu dans la prestation « Assistance à Domicile », multiplié par 2.	
Assistance aux devoirs	20 utilisations maximum	Prestation rendue via Internet ou par téléphone
ASSISTANCE À L'INSERTION OU LA RÉINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL		
Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle.	Illimitée	Prestation rendue par téléphone exclusivement.
Bilan personnel et professionnel.	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance.	Les prestations sont limitées à une durée maximum de 12 mois.
Aide au retour à l'emploi pour le Bénéficiaire assuré ou Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise, ou à la reconversion professionnelle pour le Bénéficiaire assuré	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance. Et 10 heures maximum de consultation auprès d'un cabinet Prestataire organisée par Mondial Assistance.	
Entretiens de suivi et de coaching	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par Mondial Assistance.	

3 VALIDITÉ DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE

VALIDITÉ TERRITORIALE

Les prestations de la Convention d'assistance sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire ou du Domicile du Membre de la famille dépendant

DURÉE DE VALIDITÉ

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat PROTECVIA et de l'accord liant VIASANTÉ MUTUELLE et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

4 DÉFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la Convention d'assistance, les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Il existe trois catégories d'Affection de longue durée :

- les affections inscrites sur la liste fixée par l'article D 322-1 du Code de la sécurité sociale ;
- les affections dites « hors liste » : maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste précédente, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les poly-pathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois.

BÉNÉFICIAIRE

Le terme « Bénéficiaire » se réfère :

- à la personne physique assurée par le contrat PROTECVIA (le « Bénéficiaire assuré »),
- à son Conjoint
- à ses Enfants.

CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin noiroire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

DOMICILE

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

DROM

Départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et la Réunion.

ENFANTS

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

FRANCE

France métropolitaine ainsi que les DROM où se situe le Domicile.

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public avec nuitée.

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

- les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire : administration d'un traitement anti-cancer dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le Bénéficiaire peut rentrer chez lui,
- les traitements de chirurgie ambulatoire : traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soins.

Une durée d'Hospitalisation peut être prévue à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

Sont exclus :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.

IMMOBILISATION À DOMICILE

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin.

Une durée d'Immobilisation peut être prévue à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

MEMBRE DE LA FAMILLE

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, soeur, beau-frère, belle-soeur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

MEMBRE DE LA FAMILLE DÉPENDANT À CHARGE

Membre de la famille fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant sur le territoire où se situe le Domicile du Bénéficiaire et désignée par le Bénéficiaire :

Le Bénéficiaire est domicilié en France métropolitaine, le proche désigné par le Bénéficiaire doit également être domicilié en France métropolitaine.

- Lorsque le Bénéficiaire est domicilié dans les DROM, le proche désigné par le Bénéficiaire doit être domicilié dans le même département ou région d'outremer que celui où est domicilié le Bénéficiaire.

TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2^{de} classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

5 PRESTATIONS

Les montants de prise en charge figurent dans l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE »

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

5.1 INFORMATIONS - CONSEILS - SERVICES À LA PERSONNE

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

Télé conseil santé

- Questions médicales face à un symptôme : lorsque le Bénéficiaire s'interroge face à un symptôme ressenti, le service médical de Mondial Assistance lui fournit une aide à la compréhension du symptôme et le renseigne sur la conduite à tenir : nécessité d'être orienté vers un médecin (de façon urgente ou différé), conseils relatifs à l'utilisation de médicaments stockés, achat d'un médicament sans ordonnance.
- Informations médicales et parcours de santé : un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi. Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.
- Orientation vers un centre médical de référence spécialisé : lorsque le Bénéficiaire doit subir une intervention chirurgicale grave ou lorsqu'il fait face à une maladie chronique déclarée, il peut demander une orientation vers un service médical ou chirurgical de référence spécialisé.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

Conseil social

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue ses besoins et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

Services à la personne

Mondial Assistance peut :

- Fournir au Bénéficiaire toute l'information utile sur les services à la personne,
- Mettre le Bénéficiaire en relation avec un Prestataire de son réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la loi Borloo (esthéticienne, coiffure à Domicile, pédicure, manucure, massages - hors soins thérapeutiques).
- Les prestations de services à la personne délivrées par les Prestataires peuvent :
 - Soit entrer dans le cadre de la loi Borloo :
 - Aide-Ménagère
 - Préparation ou livraison de repas à domicile
 - Portage de médicaments
 - Travaux de jardinage
 - Travaux de petit bricolage
 - Installation de box ou détecteur de fumée
 - Accompagnement aux déplacements véhiculés
 - Accompagnement aux déplacements non véhiculés
 - Auxiliaire de vie
 - Garde-malade
 - Garde d'enfant de moins de 3 ans à domicile
 - Garde d'enfant de plus de 3 ans à domicile
 - Aide aux devoirs / cours à domicile
 - Assistance administrative à domicile
 - Assistance informatique et internet
 - Soit être hors cadre de la loi Borloo (esthéticienne, coiffure à Domicile, pédicure, manucure, massages - hors soins thérapeutiques).

Les Prestataires délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre des activités définies comme telles par la loi Borloo sont agréés, afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire.

Pour toute mise en place de prestation, le Prestataire dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec le Bénéficiaire.

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

5.2 HOSPITALISATION

Assistance à domicile

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation du Bénéficiaire et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en oeuvre les prestations ci-après :

Évaluation des besoins et recommandations

telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE ».

Enveloppe de services et d'aide à Domicile

telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE ».

Livraison en urgence au domicile de médicaments

immédiatement nécessaires prescrits par un médecin.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation est valable uniquement en France métropolitaine, hors DROM.

Livraison et mise à disposition du matériel médical

prescrit par le médecin traitant

Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.

Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation est valable uniquement en France métropolitaine, hors DROM.

Téléassistance ponctuelle à Domicile

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire, en cas de besoin, de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

Cette prestation est valable uniquement en France métropolitaine, hors DROM.

Accompagnement psychologique

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de **3 (trois) entretiens maximum.**

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (**fuseau horaire de France métropolitaine**).

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail. Ces consultations sont prises en charge dans les limites prévues à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

COMPLÉMENT EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION À DOMICILE DE L'ENFANT

Lorsque le Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé à Domicile est un Enfant, Mondial Assistance met en oeuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », la prestation ci-après :

Aide pédagogique de l'Enfant

Lorsque l'Immobilisation à Domicile de l'Enfant entraîne une absence scolaire de longue durée, Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention au Domicile d'un Prestataire répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'Enfant.

L'aide pédagogique est accordée pour les Enfants scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire uniquement.

Elle est dispensée pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi et hors jours fériés, par tranches de 3 (trois) heures de cours au minimum dans la journée, par matière et par répétiteur scolaire.

Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire en cours.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'Hospitalisation de l'Enfant.

Le délai pour la mise en oeuvre de cette prestation est de 2 (deux) jours ouvrés minimum à compter de la demande.

Sont exclues les phobies scolaires.

5.3 COMPLÉMENT EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Lorsque l'Hospitalisation du Bénéficiaire est due à la survenance d'une Affection de longue durée, Mondial Assistance met en oeuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations ci-après :

Évaluation des besoins et recommandations

telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE ».

Enveloppe de services et d'aide à Domicile

telle que décrite au 5.4 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE ».

Assistance aux devoirs

Lorsque le Bénéficiaire assuré ou son Conjoint est atteint d'une Affection de longue durée, Mondial Assistance met l'Enfant en contact avec un Prestataire enseignant qui l'aidera à faire ses devoirs.

La prestation d'assistance aux devoirs est disponible pour le français, les mathématiques, la physique, la chimie, l'anglais, et les S.V.T.

Elle est délivrée via une classe virtuelle sur internet ou par téléphone et/ou par échange de messages électroniques avec un professeur du lundi au jeudi de 17h00 à 20h00 et sans interruption du jeudi 20h00 au dimanche 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

ASSISTANCE À L'INSERTION OU LA RÉINSERTION DANS LE MONDE PROFESSIONNEL

Pour accompagner le Bénéficiaire assuré victime d'une Affection de longue durée, Mondial Assistance organise et prend en charge dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », des prestations d'assistance accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine) et définies ci-après :

Service d'informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle.

Bilan personnel et professionnel du Bénéficiaire assuré afin de l'aider à définir son projet professionnel.

Aide au retour à l'emploi ou Accompagnement

- Aide au retour à l'emploi
Si le Bénéficiaire assuré recherche un emploi salarié, Mondial Assistance le forme aux outils et techniques de recherche d'emploi :
 - rédaction d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivation
 - préparation aux entretiens d'embauche
 - activation des réseaux relationnels et des réseaux sociaux
 - utilisation du téléphone et d'internet dans la recherche d'emploi
- Ou
- Accompagnement à la création ou reprise d'entreprise ou à la reconversion professionnelle

Le Bénéficiaire assuré est conseillé par un Prestataire sur tous les aspects d'un projet de création ou de reprise d'entreprise.

En aucun cas, Mondial Assistance ne se substitue au Bénéficiaire assuré pour créer ou reprendre une entreprise.

Entretiens de suivi et de coaching

Des entretiens de suivi et de coaching permettent d'évaluer l'évolution du projet et d'apporter tout complément d'information.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches : Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai maximum de 8 (huit) jours.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui lui ont été communiqués.

5.4 DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES À DOMICILE

Évaluation des besoins et recommandations

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en oeuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

La mise en oeuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'événement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible. Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant maximum indiqué à l'article 2 « RÉSUMÉ DES PRESTATIONS ET PRISE EN CHARGE » ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention d'assistance et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'événement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

Ci-après la description des services et aides à Domicile proposés :

- Transport
Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.
- Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :
 - soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
 - soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
 - soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repas, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

L'aide à Domicile par une Auxiliaire de vie est disponible uniquement en France métropolitaine.

- Préparation du retour au Domicile
Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

- Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire Mondial Assistance organise et prend en

charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

- Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche.

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

- Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue **dans la limite des disponibilités locales** par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (**à l'exclusion des soins médicaux**).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

- Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extrascolaires des Enfants de moins de 15 ans
Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

- Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillage, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation effectuée par une Auxiliaire de vie est disponible uniquement en France métropolitaine.

- Portage des repas
Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « Aide à Domicile » de l'article 5.4.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse et DOM-ROM.

- Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent
Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.
Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.
- Fermeture du Domicile quitté en urgence
En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.
Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.
Mondial Assistance peut organiser le Transport aller retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.
La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.
- Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)
Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.
L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).
- Livraison de courses
Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.
Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.
Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.
- Bien-être à domicile : coiffure et esthétique
Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :
 - esthéticienne,

- coiffeur,
 - prothésiste capillaire,
- y compris ceux réalisés à Domicile.

6 RESPONSABILITÉ

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

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Économie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

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

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention d'assistance ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention d'assistance. **Elle ne sera pas tenue responsable :**

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

7 EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Outre les exclusions prévues dans la Convention d'assistance, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
 qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences :
 - de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
 - des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

8 MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

reclamation@votreassistance.fr

ou envoyer un courrier à l'adresse :

AWP FRANCE SAS

Service Réclamations

TSA 70002

93488 Saint Ouen Cedex

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de Fragonard Assurances ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance

<http://www.mediation-assurance.org>

LMA

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

Fragonard Assurances, entreprise adhérente de la LMA propose un dispositif permettant aux Bénéficiaires et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par les 10 (dix) règles de la Charte de la Médiation de l'Assurance.

9 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et le Règlement UE 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.

AWP France SAS est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats. Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations de d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

10 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention d'assistance sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 www.acpr.banque-france.fr

11 LOI APPLICABLE - LANGUE UTILISÉE

La Convention d'assistance est régie par la loi française.
La langue utilisée pour l'exécution de la Convention d'assistance est le français.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

La sécurité de vos données personnelles nous importe.

AWP France SAS, est un courtier d'assurance immatriculé à l'ORIAS, agissant au nom et pour le compte de **Fragonard Assurances**, une compagnie d'assurance agréée par l'**Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)**, proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. **Fragonard Assurances** et **AWP France SAS** (« Nous », « Notre ») sont les responsables du traitement des données, tels que définis par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

2. Quelles données personnelles sont collectées ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrions être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

3. Comment vos données personnelles sont-elles collectées et traitées ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Consentement exprès ?
Administration du contrat d'assurance (ex. : devis, souscription, traitement des réclamations)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
Gestion du recouvrement de créances	Non
Prévention et détection de la fraude	Non
Respect de toute obligation légale (obligations fiscales, comptables et administratives)	Non

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial **VIASANTÉ MUTUELLE**.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

Nous nous assurerons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés de notre groupe, autres assureurs, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés de notre groupe, consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. Où sont traitées vos données personnelles ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière

de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation de notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Vous pouvez prendre connaissance de ces règles internes d'entreprise et des pays concernés, en dehors de l'UE, en nous contactant comme indiqué à la section 9. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente..

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

7. Comment vous opposer au traitement de vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?

Nous conserverons vos données personnelles pour une durée de cinq (5) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance ou selon les conditions spécifiques énoncées ci-après :

- En cas de sinistre – cinq (5) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – cinq (5) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – cinq (5) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Nous vous informons que les durées spécifiques peuvent s'appliquer dans le cadre des obligations fiscales et comptables, conformément à la réglementation en vigueur.

Nous ne conserverons pas vos données personnelles plus longtemps que nécessaire. Elles seront conservées uniquement pour les finalités pour lesquelles elles auront été obtenues.

9. Comment nous contacter ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS
Département Protection des Données Personnelles
7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

10. À quelle fréquence mettons-nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.

**STATUTS
2020**

MUTUELLE

- ▶ TITRE I - Formation, objet et composition
de la mutuelleP. 2 à 4
- ▶ TITRE II - Administration de la MutuelleP. 4 à 8
- ▶ TITRE III - Dispositions diversesP. 8

TITRE I - Formation, objet et composition de la mutuelle

CHAPITRE I 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 auprès du Secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité sous le n° SIREN 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,
- de participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles L. 611-3, L. 611-20, du code de la Sécurité sociale et des articles L. 723-2, L. 731-30, L. 741-23, L. 741-25 à L. 742-3 du code rural et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'état ou d'autres collectivités publiques,
- d'assurer, à titre accessoire, la prévention des risques de dommages corporels,
- de mettre en œuvre, 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. Il appartient au Conseil d'administration de valider la conclusion de traités de réassurance auprès d'un réassureur non assujéti au code de la mutualité.

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 partiellement 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.

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 leur 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 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 sont tenus de s'y conformer au même titre que les statuts.

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 œuvre 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 œuvre 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 œuvre. 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 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

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 II CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

Section 1 - Conditions d'adhésion

Art. 8 - Catégories de membres

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires dans les conditions définies aux règlements mutualistes.

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, 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,
- à défaut, celle précisée ci-dessus.

Les ayants droit de moins de 26 ans doivent cotiser isolément comme membre participant à compter du 1^{er} jour de l'année suivant celle où ils perdent leur qualité d'ayant droit ou atteignent leur 26^e anniversaire.

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 2 sections de vote nationales :

- section professionnelle,
- section interprofessionnelle.

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.

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 ainsi que 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 2 - 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 3 - Démission, radiation et exclusion

Art. 11 - Démission

Le membre participant pour les opérations individuelles ou pour les opérations collectives à adhésion facultative, l'employeur ou la personne morale pour les opérations collectives à adhésion obligatoire peuvent résilier le contrat collectif ou dénoncer l'adhésion, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou de la résiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification par le membre participant ou par l'employeur ou la personne morale souscriptrice.

La renonciation par le membre participant à la totalité des prestations servies par la Mutuelle, entraîne la démission de la Mutuelle et la perte de sa qualité de membre participant dans les conditions et formes prévues au règlement mutualiste ou au contrat collectif.

La démission d'un membre honoraire personne physique prend effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification par ce dernier par lettre recommandée avec accusé de réception.

La résiliation d'un contrat collectif par l'employeur ou la personne morale souscriptrice entraîne, le cas échéant, la démission de plein droit de la Mutuelle des membres participants rattachés au contrat et la perte de leur qualité d'adhérent, ainsi que la perte de la qualité de membre honoraire.

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 volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle ou qui refusent de se soumettre à ses statuts et règlements.

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 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, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. S'il s'abstient de s'y référer, sauf motif légitime laissé à l'appréciation de la Mutuelle, le Comité d'éthique prend acte de son absence et en informe le Conseil d'administration qui statue sur son exclusion sans autre formalité.

La décision d'exclusion est portée à la connaissance du membre participant ou de l'ayant droit par lettre recommandée avec accusé de réception en précisant la date d'effet de l'exclusion. 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.

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Section 1 – Composition, élection

Art. 15 - Composition de l'Assemblée générale

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 membres honoraires sont désignés et représentent d'une part les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs et d'autre part les représentants des membres affiliés au travers de la souscription de ces personnes morales.

Art. 16 - Section de vote

Les sections de vote sont les sections mentionnées à l'article 8.

Art. 17 - 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 4 000 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.

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.

Après l'élection des premiers délégués, le Comité des candidatures procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel les délégués seront soumis à réélection.

Section 2 – Réunions de l'Assemblée générale

Art. 18 - Convocations de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale se réunit au moins une fois par an, sur convocation du Président du Conseil d'administration. 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.

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 membres participants ;
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 - 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 2^e 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 membres du Conseil d'administration et procéder à 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. 20 - 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 cotisation, 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 L. 114-1, 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 3 : Attributions de l'Assemblée générale

Art. 21 - 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 gestions des contrats collectifs.

Art. 22 - 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. 23 - 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 II - CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1 – Composition, élections

Art. 24 - 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'Assemblée générale.

Il appartient au Conseil d'administration de créer tout poste supplémentaire, lorsque cela lui paraît 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 inférieure à 40% de la totalité des membres, dans les conditions visées à l'article L.114-16-1 du code de la mutualité.

Art. 25 - 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. 26 - 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 listes 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. 27 - 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 par moitié tous les 3 ans, selon les mêmes modalités d'élection que celles prévues à l'article 26.

Les membres sortants sont rééligibles.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'administration ou en cas de renouvellement complet, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

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'ACPR.

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 25 ;
- 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 2 – Réunions du Conseil d'administration

Art. 28 - 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, sauf en cas d'élection du Bureau ou d'arrêtés des comptes.

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. 29 - 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 REUNICA.

Les modalités d'élection de ces représentants des salariés sont définies par le règlement intérieur de la Mutuelle.

Art. 30 - 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 3 – Attributions du Conseil d'administration

Art. 31 - 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 l'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 œuvre en régions.

Il établit, chaque année, après avoir eu connaissance du compte rendu de gestion que lui a adressé le délégué, un rapport qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion 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 cotisation 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 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 œuvre ;
- il évalue les risques dans le cadre du processus EIRS.

Art. 32 - 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 administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions 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 cotisation 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 nommé désigné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou type 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. 33 - 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 L.114-37 du code de la mutualité

Section 4 – Statut des administrateurs

Art. 34 - 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. 35 - 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.

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. 36 - 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 contraaires 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. 37 - 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. 38 - 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 ou des 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 5 – Statut du mandataire mutualiste

Art. 39 - 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. 40 - Les conditions d'exercice des mandataires mutualistes

Ils sont désignés pour 6 ans par l'Assemblée générale ou le Conseil d'administration parmi les membres participants et/ou les membres honoraires.

La perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle entraîne celle 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 III - PRÉSIDENT ET BUREAU

Section 1 – Élection et attributions du Président

Art. 41 - 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. 42 - 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 Vice-présidents le plus âgé.

Art. 43 - 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 2 - Élection, composition du Bureau

Art. 44 - 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. 45 - Composition

Le Bureau est composé de la façon suivante :

- le Président du Conseil d'administration ;
- 3 Vice-présidents ;
- un Secrétaire général ;
- un Secrétaire adjoint ;
- un Trésorier général ;
- un Trésorier adjoint,
- et au plus 7 membres.

Art. 46 - 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. 47 - 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 Vice-présidents le plus âgé le supplée.

Art. 48 - 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 lui 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. 49 - 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 lui 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 IV DIRECTION GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

Art. 50 - 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 Dirigeant opérationnel de l'Association sommitale AG2R LA MONDIALE REUNICA.

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 L. 114-17 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 V - ORGANISATION FINANCIÈRE

Section 1 - Produits et charges

Art. 51 - 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. 52 - 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. 53 - 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 2 - Modes de placement et de retrait des fonds et règles de sécurité financière

Art. 54 - 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. 55 - Garantie

La Mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Art. 56 - Règles de sécurité financière

Les marges de solvabilité et les provisions techniques sont constituées conformément à la législation en vigueur.

Section 3 - Comité d'audit et Commissaires aux comptes

Art. 57 - 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. 58 - 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 de 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 mentionné 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 de 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 4 - Fonds d'établissement

Art. 59 - 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. 60 - 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 liquidateurs qui 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. 61 - 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. 62 - Reconnaissance dominante d'une société de groupe assurantiel de protection sociale (sgaps)

VIASANTÉ Mutuelle reconnaît, par son affiliation à un groupe prudentiel, l'influence dominante de 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 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'acquisition 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 reconnaît les pouvoirs d'intervention, de contrôle et de sanctions de la Sgaps sur ces 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 le Sgaps et ses affiliés ;
- la mise en œuvre 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.