



néoliane



Multi-Accidents



NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° MBMA01NI

- + Conditions Générales d'Assistance
- + Statuts VIASANTÉ Mutuelle
- + Statuts GPST



UNE COUVERTURE OPTIMALE

Avec Néoliane Multi-Accidents choisissez les garanties adaptées à vos besoins, votre âge et votre budget pour vous protéger financièrement contre les accidents de la vie.

DES GARANTIES SIMPLES ET COMPLÈTES

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
	Souscription possible entre 18 et 70 ans inclus pour l'adhérent principal et son conjoint et de 0 à 17 ans inclus pour les enfants.				
Capital décès accidentel*	20 000 €	30 000 €	40 000 €	50 000 €	60 000 €
Capital infirmité permanente accidentelle (dès 5 % d'invalidité)	20 000 €	30 000 €	40 000 €	50 000 €	60 000 €
Indemnisation journalière en cas d'hospitalisation suite à un accident**	20 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour
Capital fractures/brûlures	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €

* Garantie exclue pour les moins de 18 ans.

** Dès 24 heures d'hospitalisation et pour une durée maximum de 60 jours.

✓ LES AVANTAGES DE NÉOLIANE MULTI-ACCIDENTS

Un contrat forfaitaire : vous choisissez dès l'adhésion le montant de l'indemnisation que vous percevrez en cas d'accident ;

5 niveaux de garanties au choix ;

Garanties valables en France et dans le monde entier ;

Indemnisation jusqu'à 60 000 € en cas d'infirmité permanente ou de décès par accident ;

Une couverture jusqu'à 75 ans inclus ;

Des services d'assistance complets en cas d'urgence, d'incapacité, d'immobilisation prolongée ou de décès (Aide à domicile, prise en charge des enfants, aide à l'adaptation du logement en cas de handicap...) ;

Une adhésion rapide et simple, sans formalité médicale et administrative.



**Multi-
Accidents**

UNE ASSISTANCE GLOBALE ET INDISPENSABLE

AVEC NÉOLIANE MULTI-ACCIDENTS, VOUS BÉNÉFICIEZ DE L'ASSISTANCE DÈS LA PRISE D'EFFET DE VOTRE CONTRAT PRÉVOYANCE !

POUR MIEUX GÉRER LES URGENCES SUITE À UNE HOSPITALISATION OU À UNE IMMOBILISATION EN CAS D'ACCIDENT :

- Aide à domicile
- Présence d'un proche
- Livraison de médicaments
- Portage des repas
- Prise en charge des animaux
- Transfert convalescence chez un proche
- Préparation du retour au domicile
- Transport aux rendez-vous médicaux
- Transport sur le lieu de travail
- Prise en charge des enfants
- Conduite à l'école
- Soutien scolaire



assistance

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

 09 82 06 60 08

(+33 9 82 06 60 08 depuis l'étranger)

POUR VOUS AIDER EN CAS D'INCAPACITÉ PERMANENTE :

- Bilan social
- Enveloppe de services
- Bilan situationnel par un ergothérapeute
- Service de travaux pour aménagement du domicile
- Téléassistance
- Aide au déménagement
- Nettoyage du logement quitté
- Aide au retour à l'emploi

POUR ACCOMPAGNER VOS PROCHES EN CAS DE DÉCÈS :

- Rapatriement du corps
- Prise en charge du transport d'un membre de la famille sur le lieu du décès
- Aide à la recherche d'un prestataire funéraire
- Accompagnement suite décès
- Prise en charge des enfants
- Prise en charge des animaux

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Le contrat Néoliane Multi-Accidents est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) auprès de VIASANTÉ Mutuelle, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, située au 14-16 boulevard Malesherbes 75008 Paris, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 777 927 120 – Membre d'AG2R LA MONDIALE.

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

Les droits et obligations de l'Assuré peuvent être modifiés par des Avenants au Contrat.

Le montant de la cotisation est fixé de façon définitive à l'adhésion et calculé en fonction de la formule choisie, le cas échéant de l'âge de l'Assuré.

Le Contrat prévoit (article 1 de la Notice d'information), le versement :

- d'une indemnité journalière hospitalière en cas d'Accident de l'Assuré (comprise entre 20 euros et 60 euros, selon la formule choisie par l'Adhérent) ;
 - d'un capital en cas de décès par Accident de l'Assuré. Le capital souscrit ne pourra être inférieur à 20 000 euros et supérieur à 60 000 euros ;
 - d'un capital en cas d'Infirmité Permanente Accidentelle de l'Assuré. Le capital souscrit ne pourra être inférieur à 20 000 euros et supérieur à 60 000 euros, le montant de la prestation effectivement versé étant calculé par application des dispositions de l'article 5 des présentes ;
 - d'un capital en cas de Fractures/Brûlures par Accident de l'Assuré. Le capital souscrit ne pourra être inférieur à 100 euros et supérieur à 500 euros ;
- Le Contrat prévoit également un service d'assistance fourni par Filassistance.

Les exclusions prévues par le Contrat sont mentionnées par l'article 6 de la Notice d'Information.

La présente offre contractuelle est valable jusqu'à la date indiquée sur le devis personnalisé. L'adhésion se fait au moyen d'une Demande d'adhésion remplie et signée par l'Adhérent.

La durée minimale de l'adhésion s'étend à compter de sa date d'effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se reconduit ensuite annuellement par tacite reconduction.

Les cotisations sont payables aux

échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies à la souscription. La périodicité de prélèvement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels. La cotisation est payable d'avance. L'Adhérent peut opter pour un paiement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de l'Adhérent. Le cas échéant, les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

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

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

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

et rédigée selon le modèle suivant :

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquittée :

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

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

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

En cas de difficultés liées à l'application de la présente Notice, l'Assuré ou le

bénéficiaire des prestations peut contacter le Gestionnaire selon les modalités détaillées à l'article 8 de la présente Notice d'information, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice.

Réclamations et procédures de médiation Examen des réclamations

L'Assuré ou le bénéficiaire des prestations peut adresser une réclamation à son interlocuteur habituel :

➤ Sur l'espace adhérent : **www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Réclamations »**

➤ Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

En cas de réponse non satisfaisante, l'Assuré ou le bénéficiaire des prestations pourra adresser une réclamation, par écrit, au Gestionnaire, lequel s'engage à accuser réception et à apporter une réponse dans les meilleurs délais et ce, à l'adresse suivante :

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

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

Les délais de traitement du Gestionnaire ne peuvent excéder :

- Dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse définitive elle-même est apportée à l'Assuré ou le bénéficiaire des prestations dans ce délai ;
- Deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

Médiateur :

Si le désaccord persiste, ou, à défaut de réponse dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'Assuré ou le bénéficiaire des prestations peut saisir le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française (FNMF) à l'adresse suivante :

➤ Par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - 255 rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15.

➤ Par voie électronique :

www.mediateur-mutualite.fr.

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

**NOTICE D'INFORMATION**

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° MBIJHTC01NI

PRÉAMBULE

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

Ce contrat collectif est référencé GPST/MB/05. Il se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information qui définit les garanties, et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de Sinistre ;
- Le certificat d'adhésion qui retrace les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites.
- Les statuts de l'association GPST
- Les statuts Viasanté MUTUELLE

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le Contrat groupe auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres. En cas de modification des garanties (cf. Article 3.4), le dernier certificat d'adhésion adressé à l'Adhérent vient compléter l'ensemble de ces documents.

Le Contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire y afférent sera du ressort exclusif des tribunaux français.

Le Contrat groupe est soumis à la loi française et toute action judiciaire y afférent sera du ressort exclusif des tribunaux français.

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

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

Le co-distributeur est **NÉOLIANE SANTÉ**, Société par actions simplifiée au capital de 2 000 000 € – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nice sous le N° B 510 204 274 – Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr) – Siège social : 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C - 06205 NICE CEDEX 3, ci-après dénommé le « **Courtier** ».

La Mutuelle délègue la gestion des garanties du Contrat groupe à **MUTUA GESTION**, Société par actions simplifiée unipersonnelle au capital de 4 300 000 € – Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Toulouse

sous le N° 788 998 078 – Immatriculée au Registre des intermédiaires en assurance tenu par l'Orias sous le N° 13 007 119 – Siège social : 187 Avenue Jacques Douzans - BP 90051 - 31600 MURET, ci-après dénommé le « **Gestionnaire ou Centre de Gestion Néoliane** ».

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

Cette Notice d'information est régie par le droit français et notamment le Code de la Mutualité. La Mutuelle s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

ARTICLE 1 - OBJET DE VOTRE CONTRAT**1.1 Les garanties :**

Le contrat « Néoliane Multi-Accidents » a pour objet de verser des prestations, en cas d'accident de la vie privée de l'Assuré.

Les prestations peuvent prendre la forme suivante :

- une indemnité journalière hospitalière en cas d'Accident de l'Assuré (comprise entre vingt (20) euros et soixante (60) euros, selon la formule choisie par l'Adhérent) ;
- un capital en cas de décès par Accident de l'Assuré. Le capital souscrit ne pourra être inférieur à vingt mille (20 000) euros et supérieur à soixante mille (60 000) euros ;
- un capital en cas d'Infirmitté Permanente Accidentelle de l'Assuré. Le capital souscrit ne pourra être inférieur à vingt mille (20 000) euros et supérieur à soixante mille (60 000) euros ;
- un capital en cas de Fractures/Brûlures par Accident de l'Assuré. Le capital souscrit ne pourra être inférieur à cent (100) euros et supérieur à cinq cents (500) euros.

1.2 Services non assurés par VIASANTÉ Mutuelle :

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

ARTICLE 2 - DÉFINITIONS

Adhérent (1er Assuré) : La personne physique adhérent au Contrat " Néoliane Mutli-Accidents", et qui est désignée comme telle au certificat d'adhésion résidant en France métropolitaine et âgée d'au moins dix-huit (18) ans et jusqu'à soixante-dix (70) ans inclus au moment de l'adhésion.



NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° MBMA01NI

Conjoint / concubin (2nd Assuré) : Le Conjoint, le Concubin vivant maritalement avec l'Adhérent ou le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) désirant être assuré au contrat, répondant également aux conditions d'adhésion à la garantie.

Autres personnes assurables : Les enfants fiscalement à charge du 1er et/ou du 2nd Assuré, âgés de moins de dix-huit (18) ans, étant entendu que les mineurs ne peuvent être couverts au titre de la garantie capital en cas de décès par Accident.

Assuré : Les personnes physiques désignées comme telles au Certificat d'adhésion, et sur la tête desquelles repose le risque, à savoir :

- le 1er Assuré,
- le 2nd Assuré,
- les Autres personnes assurables.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, survenue pendant la durée de l'adhésion, et provenant de l'action soudaine, imprévisible et exclusive d'une cause extérieure.

Ne sont toutefois pas considérées comme des Accidents au sens du présent contrat, les affections organiques, connues ou non, dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ainsi, ne sont pas considérés comme des Accidents les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les attaques et les hémorragies cérébrales.

Les affections aiguës ou chroniques : lumbagos, tour de rein, sciatiques, lombosciatalgies, déchirures, entorses, hernies sont considérées comme des maladies et non comme des Accidents.

Par ailleurs, toute blessure ou lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un Accident, ne peut être considérée comme un Accident.

Indemnité Journalière Hospitalière (IJH) : prestation forfaitaire déterminée à l'adhésion et destinée à compenser des préjudices financiers directs ou indirects liés à une hospitalisation provoquée par un Accident.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement hospitalier en France (y compris la Corse, les Départements et Régions d'Outre-Mer et les Collectivités d'Outre-Mer) et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé) d'au moins vingt-quatre (24) heures consécutives dû à un Accident et ne relevant pas d'un cas de « Risques exclus » tels que définis à l'article 6 des présentes. A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil du

Gestionnaire peut avoir accès. En cas d'hospitalisation à l'étranger, la durée d'indemnisation sera limitée à trois (3) mois.

Franchise absolue : Période fixée au certificat d'adhésion, au cours de laquelle aucune indemnisation n'est due, quelle que soit la durée totale de l'Hospitalisation.

Vie professionnelle : La période de la journée pendant laquelle un Assuré exerce une activité salariée ou rémunérée. Entre dans cette période le temps de trajet de l'Assuré pour se rendre directement sur les lieux de son activité et pour rentrer directement à son domicile.

Vie privée : L'ensemble des périodes de la journée qui ne répond pas à la définition de la Vie professionnelle.

Brûlure : Lésion des tissus provoquée par la chaleur, les produits caustiques, l'électricité ou les rayonnements.

Brûlure au premier degré : Brûlure superficielle de l'épiderme caractérisée par une rougeur diffuse avec gonflement local.

Brûlure au deuxième degré : Brûlure entraînant la destruction de l'épiderme et la totalité du derme, se traduisant notamment par l'apparition de phlyctènes.

Brûlure au troisième degré : Brûlure entraînant la destruction de la totalité de l'épiderme du derme et de l'hypoderme.

Fracture : Lésion osseuse consistant en une rupture complète ou incomplète (fêlure) d'un os, avec ou sans déplacement des fragments. Ne sont pas considérés comme une fracture les simples arrachements osseux ou cartilagineux.

Sinistre : La réalisation d'un événement prévu au contrat. Au titre de la garantie, constitue un seul et même sinistre, l'ensemble des déclarations de sinistre résultant d'un même Accident.

Infirmité Permanente : Réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique,

- médicalement constatable, donc appréciable par un examen clinique approprié, complété par l'étude des examens complémentaires produits,
- à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques normalement liés à l'atteinte séquellaire décrite, ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours.

ARTICLE 3 - VIE DU CONTRAT

3.1. Conditions pour adhérer

Peuvent adhérer au Contrat, l'ensemble des membres de l'Association GPST, dont les frais d'adhésion seront pré-

levés selon la même périodicité que les cotisations. A ce titre, l'Adhérent recevra une copie des statuts de l'Association.

L'Adhérent au Contrat, personne physique, résidant en France métropolitaine (1er Assuré) doit être âgé entre dix-huit (18) ans et soixante-dix (70) ans inclus lors de l'adhésion.

Le Conjoint / Concubin (2nd Assuré) doit être âgé entre dix-huit (18) ans et soixante-dix (70) ans inclus lors de l'adhésion.

Les enfants, pour être assurés, doivent être âgés de moins de dix-huit (18) ans.

L'adhésion se fait au moyen d'une demande d'adhésion remplie et signée par l'Adhérent. Cette demande est transmise au Gestionnaire.

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

Les informations et documents contractuels peuvent être transmis à l'Adhérent sur un support durable autre que le papier. Sauf à ce que le service fourni soit de nature exclusivement électronique, l'Adhérent peut s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation ou à n'importe quel moment.

3.2. Prise d'effet de l'adhésion aux garanties

L'adhésion prend effet, sous réserve du règlement de la 1ère cotisation, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion après validation de la demande d'adhésion par le Gestionnaire dans les conditions visées ci-dessous :

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

En tout état de cause, la date d'effet sera définie au premier du mois qui suit la signature de la demande d'adhésion ou au premier du mois choisi par l'Adhérent sauf pour le mois en cours. L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, soit jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion, elle se renouvelle annuellement par tacite reconduction jusqu'au 31 décembre de chaque année dans la limite des soixante-quinze (75) ans de l'Adhérent.

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

3.3. Cessation des garanties

L'adhésion prend automatiquement fin :

- en tout état de cause, pour l'Adhérent, à la date de résiliation du contrat qu'elle qu'en soit la cause ;
- en cas de décès de l'Adhérent. Dans ce cas, les garan-

ties prennent fin également à l'égard des Assurés et ce à compter de son décès, sauf demande formulée par le Conjoint souhaitant se substituer à l'Adhérent décédé et validée par le Courtier ;

- au 31 décembre de l'année des soixante-quinze (75) ans de l'Adhérent ;
- pour le conjoint, au 31 décembre de l'année de ses soixante-quinze (75) ans ou au jour de son décès ;
- au jour de la résiliation de l'adhésion ;
- pour le Conjoint et/ou les Enfants, au jour de la perte de la qualité d'Assuré.
- en cas de déménagement en dehors de la France Métropolitaine ;
- en cas de résiliation dans les conditions exposées à l'article 3.7 de la présente Notice ;
- en cas de non-paiement de la cotisation (article 3.7 de la présente Notice) ;
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle.

3.4. Modification des garanties

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

➤ Sur l'espace adhérent : **www.monneoliane.fr, rubrique "Modifier mon contrat, et/ou mes informations"**

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

A l'échéance principale

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

Hors échéance principale

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

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

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

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

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



NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° MBMA01NI

3.5. Modification des assurés

Si au cours de vie du Contrat, l'Adhérent souhaite étendre la garantie à un autre Assuré, tel que défini à l'article 1er de la présente Notice, il fournira au Gestionnaire, tous les renseignements nécessaires le concernant.

Cet ajout se matérialisera par un Avenant au Contrat et le nouvel Assuré des garanties se verra appliquer les délais d'attente et de franchise de garantie applicables à une adhésion initiale.

Si une des personnes garanties par le Contrat initial ne remplit plus les conditions d'adhésion requises (telles que définies à l'article 1) pour bénéficier de la qualité d'Assuré, les garanties cessent de plein droit, à son égard. Toutefois, l'Assuré devra porter cette information à la connaissance de la Mutuelle afin que le Contrat soit aménagé en fonction des nouvelles conditions.

Toute demande de modification du Contrat sera adressée à :



Sur l'espace adhérent :

www.neoliane.fr/service-client,
rubrique « Je modifie mon contrat et/ou mes informations »



Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

3.6. Informations à communiquer au cours du Contrat

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



Sur l'espace adhérent :

www.neoliane.fr/service-client,
rubrique « je souhaite résilier ou me rétracter »



Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

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

3.7. Résiliation de l'adhésion par l'Adhérent

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

Résiliation à l'initiative de l'adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion :

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

Formes de la résiliation :

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



Sur l'espace adhérent :

www.neoliane.fr/service-client,
rubrique « je souhaite résilier ou me rétracter »



Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

Résiliation par la Mutuelle

La Mutuelle peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation dans les conditions prévues à l'article 4.3 de la présente Notice d'information ;
- En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte dans les conditions prévues à l'article 12 de la présente Notice.

Résiliation du contrat collectif par l'association GPST

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

ARTICLE 4 - COTISATIONS

4.1 Montant des cotisations

Le montant de la cotisation dû au titre du présent contrat est celui figurant sur le certificat d'adhésion. La cotisation annuelle, fixée à l'adhésion, est calculée en fonction des éléments suivants de la formule choisie à l'adhésion.

Le montant de la cotisation pourra être révisé annuellement par la Mutuelle si une décision législative ou réglementaire venait modifier les engagements, ou si les résultats techniques le nécessitaient.

La Mutuelle se réserve alors la possibilité de modifier le barème des cotisations.

En tout état de cause, le montant de la cotisation ne dépend pas de l'état de santé de l'Adhérent.

4.2 Dates et modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est payable à terme à échoir, selon les mo-

alités choisies par l'Adhérent et tel que figurant sur le certificat d'adhésion : par prélèvement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel automatique.

Ce prélèvement est effectué par le Gestionnaire, sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement composant l'Espace Economique Européen, désigné à cet effet par l'Adhérent. Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.

À tout moment et dans la limite d'une fois par an, l'Adhérent a la possibilité, de modifier le fractionnement de la cotisation, en adressant une demande au Gestionnaire :

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

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

4.3 Résiliation pour défaut de paiement

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de leur Échéance, le Gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre de mise en demeure par courrier recommandé avec avis de réception l'informant que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties du Contrat.

L'exclusion de l'Adhérent ne peut intervenir, à défaut de paiement, que dans les quarante (40) jours suivant cette mise en demeure.

En cas d'exclusion, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises au Gestionnaire.

ARTICLE 5 - PRESTATIONS GARANTIES ET LIMITES D'INTERVENTION

Seuls sont couverts les Accidents de la Vie privée.

GARANTIE CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de Décès accidentel de l'Assuré survenant immédiatement ou dans un délai de douze (12) mois des suites d'un Accident garanti, la présente garantie prévoit le versement au(x) Bénéficiaire(s) d'un capital dont le montant dépend de la formule choisie au moment de l'adhésion.

Ne peuvent être couvertes au titre de la garantie Capital en cas de Décès Accidentel les Autres personnes assurables mineures.

Clause Bénéficiaire par défaut

La ou les personnes physiques ou morales désignées par défaut pour recevoir le capital prévu en cas de décès de l'Assuré sont, dans l'ordre de priorité ci-après,

- le Conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée
- ou le Partenaire avec lequel l'Assuré est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS);
- à défaut ses enfants nés ou à naître (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis), présents ou représentés, par parts égales ;
- à défaut ses père et mère par parts égales ;
- à défaut les héritiers de l'Assuré par parts égales.

Dans l'hypothèse où la clause contractuelle ci-dessus ne serait pas adaptée, les Assurés peuvent désigner par écrit les bénéficiaires, sur papier libre en précisant leur nom, prénom, nom de naissance, date de naissance, lieux de naissance dont le code postal et la ville ainsi que la quote-part éventuelle.

La désignation peut également se faire suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous

seing privé ou par acte authentique.

L'attention de l'Assuré est attirée sur l'importance attachée à la rédaction de la clause bénéficiaire, notamment en termes d'identité du bénéficiaire et de l'opportunité de prévoir un bénéficiaire subséquent notamment en cas de décès du bénéficiaire désigné ou si les renseignements délivrés concernant le bénéficiaire désigné ne permettraient pas à la Mutuelle d'identifier ce dernier. Toute désignation de bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance de la Mutuelle ne lui sera pas opposable. La clause bénéficiaire peut être modifiée si celle-ci n'est plus approuvée.

L'Assuré peut modifier à tout moment et pendant toute la durée du contrat, la désignation du ou des bénéficiaires sauf cas d'acceptation.

L'acceptation a pour conséquence de rendre irrévocable la désignation du ou des bénéficiaires avec pour conséquence de rendre indispensable l'accord préalable du bénéficiaire lorsque l'Assuré souhaite lui substituer un autre bénéficiaire. À défaut de ce consentement, la Mutuelle ne peut donner une suite favorable aux demandes de l'Assuré.

L'Assuré peut maintenir la confidentialité de la désignation contenue dans la clause bénéficiaire afin de se prémunir contre les conséquences d'une éventuelle acceptation, sous réserve d'informer la Mutuelle du mode de désignation choisi.

La désignation des bénéficiaires peut à tout moment être modifiée par l'Assuré. Tout changement n'est valablement opposable à la Mutuelle qu'autant qu'il lui a été signalé, et que celle-ci ait normalement accusé réception de ce changement.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou plusieurs d'entre eux, la part lui (leur) revenant sera répartie, sauf dispositions contraires mentionnées sur la désignation, entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

Décès suite à une Infirmité Permanente Accidentelle

En cas de décès précédé d'une Infirmité Permanente Accidentelle et lié au même événement d'origine accidentel, le montant du capital qui sera dû au titre du décès sera versé sous déduction des sommes déjà réglées au titre de la garantie Capital en cas d'Infirmité Permanente Accidentelle.

Revalorisation du capital garanti après le décès de l'Assuré

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

Cette revalorisation intervient à compter du décès de l'Assuré, jusqu'à réception par le Gestionnaire des pièces mentionnées ci-dessus ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des Dépôts et Consignations en application de l'article L. 223-25-4 du Code de la Mutualité.

Le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux (2) taux suivants :

**NOTICE D'INFORMATION**

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° MBMA01NI

a – la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente,

b – le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

En outre, conformément aux dispositions de l'article L. 223-22-1 du Code de la Mutualité, à compter de la réception par le Gestionnaire des pièces citées ci-dessus, le capital garanti est versé au Bénéficiaire dans un délai qui ne peut excéder un (1) mois.

Au-delà de ce délai d'un (1) mois, le capital non versé produit de plein droit intérêt au taux légal, majoré du double durant deux (2) mois puis, à l'expiration de ce délai de deux (2) mois, au triple du taux légal.

GARANTIE CAPITAL EN CAS D'INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE

Lorsqu'un Assuré est victime d'un Accident garanti et qu'il est médicalement établi qu'il persiste une Infirmité Permanente partielle ou totale avant son soixante-quinzième (75ème) anniversaire, le Gestionnaire verse à l'Assuré un capital, obtenu en multipliant le montant du capital fixé au contrat par le taux d'infirmité de l'Assuré, pour autant que ce taux soit supérieur à la franchise relative de cinq (5) %.

Ce taux est défini par le médecin-conseil du Gestionnaire, évalué par un taux d'Incapacité Permanente mesuré sur une échelle de zéro (0) à cent (100) % par référence au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun – concours médical, dernière édition parue à la date de l'évaluation.

Aucune indemnisation n'est due si le taux d'Infirmité défini par le médecin-conseil du Gestionnaire est inférieur ou égal à cinq (5) %.

L'indemnité ayant un caractère forfaitaire et contractuel, il n'est jamais tenu compte de l'âge, des aptitudes, de la qualification professionnelle, de la profession ou des possibilités de reclassement de l'Assuré victime de l'Accident.

Il est en outre précisé que l'Assuré, victime d'un Accident indemnisé au titre de la législation sur les Accidents du travail, ne pourra prétendre à une révision du taux d'Infirmité Permanente fixé par le médecin-conseil du Gestionnaire, et pour lequel il aura donné son accord, même dans le cadre d'une révision à la hausse ou à la baisse du taux accordé par la Sécurité sociale ou tout autre organisme similaire.

Le degré d'infirmité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et, au plus tard, sauf dispositions contraires prises d'un commun accord entre l'Assuré et le Gestionnaire, à l'expiration du délai d'un (1) an à compter du jour de l'Accident.

Toutefois si, dans un délai de six (6) mois après l'Accident garanti, la consolidation des blessures de l'Assuré n'est pas intervenue et qu'il s'avère que l'Infirmité Permanente, dont l'Assuré restera atteint, est au moins égale à trente (30) % après expertise par le médecin-conseil du Gestionnaire, le Gestionnaire verse à l'Assuré, à sa demande expresse, une avance sur indemnité égale à dix (10) % du capital garanti en cas d'Infirmité Permanente totale. Cette avance est déduite du règlement final du sinistre.

Lorsqu'un même Accident entraîne plusieurs infirmités distinctes, l'infirmité principale est d'abord évaluée dans les conditions prévues ci-dessus, les autres infirmités étant ensuite estimées successivement, proportionnellement à la capacité restante après l'addition des précédentes.

L'incapacité fonctionnelle absolue d'un membre ou organe est assimilée à la perte de ce membre ou organe.

La perte de membres ou organes hors d'usage avant l'Accident ne donne lieu à aucune indemnité. Si l'Accident affecte un membre ou organe déjà infirme, l'indemnité est déterminée par différence entre l'état antérieur et postérieur à l'Accident. En aucun cas, l'évaluation des lésions consécutives à l'Accident ne peut être augmentée par l'état d'infirmité de membres ou organes que l'Accident n'a pas intéressés.

Les troubles nerveux et les lésions nerveuses ne peuvent être pris en considération, pour autant qu'ils constituent la conséquence d'un Accident garanti, que s'ils se traduisent à l'examen par des signes cliniques nettement caractérisés.

Conformément à l'article 1353 du Code civil, il appartient à l'Assuré d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et son Infirmité Permanente. Le capital forfaitaire servant de base au calcul de l'Indemnité versée à l'Assuré en cas d'Infirmité Permanente Accidentelle est choisi librement par l'Adhérent et le montant figurera sur le certificat d'Adhésion.

GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION D'ORIGINE ACCIDENTELLE

En cas d'Hospitalisation de l'Assuré en hôpital ou clinique public ou privé, suite à un Accident garanti, la garantie du Contrat prévoit le versement au bénéficiaire de l'indemnité journalière figurant sur son certificat d'adhésion en vigueur à la date de l'hospitalisation. Cette indemnité est versée pour toute hospitalisation de plus de vingt-quatre (24) heures continue, et pour chacune des journées suivantes complètes passées à l'hôpital. Cette indemnité est due pour une durée maximum de soixante (60) jours d'hospitalisation.

Toute nouvelle hospitalisation qui intervient dans un

délai de quatre-vingt-dix (90) jours après la fin de l'hospitalisation précédente de l'Assuré est considérée comme la suite du même Accident, et non comme un nouvel Accident.

Franchise absolue : un (1) jour

Les hospitalisations résultant d'un Accident survenu antérieurement à la date d'effet de l'adhésion ne donnent pas lieu à indemnisation.

Durée maximale d'indemnisation

La durée maximale du versement de la prestation, y compris la franchise, ne pourra excéder soixante (60) jours.

CAPITAL FRACTURES/BRÛLURES PAR ACCIDENT

En cas de Fracture ou de Brûlure au deuxième degré ou de Brûlure au troisième degré sur la personne de l'Assuré, et consécutive à un Accident garanti, il sera versé à l'Assuré le capital souscrit dont le montant figure sur le certificat d'Adhésion.

L'indemnisation au titre de cette garantie ne pourra avoir lieu qu'une seule fois par an, par personne couverte et par Accident. Ainsi, les suites et conséquences d'un même Accident déjà indemnisé au titre de cette garantie ne donnent pas lieu à une indemnisation ultérieure.

Pour être prise en charge au titre de la présente garantie, la superficie de la brûlure devra être d'au moins 9% de la surface corporelle selon la règle des neufs de Wallace.

ÉTENDUE TERRITORIALE

Sous réserve des dispositions de la présente notice d'information, sont garantis les Accidents survenus en France et dans le monde entier.

Les hospitalisations hors de la France (y compris la Corse, les Départements et Régions d'Outre-Mer et les Collectivités d'Outre-Mer) sont prises en charge dès lors qu'elles interviennent à l'occasion de séjours à l'étranger de moins de trois (3) mois, et dans la limite de soixante (60) jours d'indemnisation.

Les hospitalisations en France sont prises en charge, dès lors qu'elles répondent à la définition des garanties, quel que soit le lieu.

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS

Sont exclus de l'ensemble des garanties, les Accidents résultant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- des actes intentionnels, suicide ou tentatives de suicide de l'Assuré (durant la première année d'adhésion uniquement), du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait ;
- Accident antérieur à la prise d'effet des garanties du contrat ;
- Accidents, quelle qu'en soit la cause, survenus par le fait ou à l'occasion du travail ;
- état alcoolique de l'assuré caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile française ;
- consommation de stupéfiants, de médicaments ou de substances analogues autres que ceux prescrits médicalement ;
- guerre, invasion, acte de guerre, que la guerre soit ou non déclarée, guerre civile, rébellion, révolution, insurrection ou coup d'état civil ou militaire ;
- explosions ou dégagement de chaleur ou d'irradiation, provenant de la transmutation de noyau d'atome, ou de la radioactivité, ainsi que la radiation des provoquée par l'accélération artificielle des particules ;

- l'aviation si l'appareil n'est pas muni d'un certificat valable de navigabilité et/ ou n'est pas conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée ;
- toute participation, pratique, enseignement ou encadrement d'un sport à titre professionnel ou amateur (organisées par ou sous la responsabilité d'une Fédération Nationale) ;
- Toute participation à titre amateur ou professionnel à des matchs, épreuves, raid ou compétitions sportives nécessitant l'usage d'engins à moteur terrestre, aquatique ou aérien, que ce soit en qualité de pilote ou de passager, ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui les précèdent ;
- participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, nécessitant l'utilisation d'engins aériens ainsi que la participation à des vols d'essai, vols sur prototype ;
- utilisation avec ou sans conduite d'un véhicule à moteur à 2 ou 3 roues d'une cylindrée égale ou supérieure à 600 cm³ ;
- La pratique à titre amateur ou professionnel des activités suivantes : alpinisme, escalade, plongée subaquatique à plus de 20 m de profondeur, navigation en solitaire et/ou à plus de 60 miles nautiques des côtes, spéléologie, boxe, catch, full-contact, kick-boxing, saut à l'élastique, rafting, canyoning, hydrospeed, bobsleigh, luge, ski hors-piste, hockey sur glace, saut à ski alpin ou nautique, ski acrobatique ou artistique, jumping, judo, arts martiaux et tous sports de combat, chasse aux bêtes fauves, parachutisme, vol à voile, deltaplane, parapente et toute autre activité assimilée. Ne sont toutefois pas exclus les baptêmes de sports aériens et de plongée sous- marine ;
- les cascadeurs, pompiers et tous les métiers ou activités exercés dans les domaines du transport de fonds, du cirque, de la surveillance armée, du maintien de l'ordre, de l'usage d'explosifs, des travaux forestiers, des ouvrages d'art et de grande hauteur du bâtiment et travaux publics (plus de 15m de hauteur) ;
- Toutes suites et conséquences directes ou indirectes de l'utilisation, la manipulation, le transport de produits dits dangereux, dont toutes substances nucléaires, chimiques, biologiques, explosives, corrosives, abrasives ;
- de la participation à une rixe (sauf légitime défense), crimes ou paris de toute nature, actes de sabotage ou de terrorisme ;
- d'un état de démence de l'assuré ;
- d'une altération des disques intervertébraux (hernie discale, discite, discarthrose) ;
- pathologie et/ou troubles médicalement constatés, acquis ou congénital ;
- les accidents liés à des troubles du système nerveux, à des troubles neuropsychiatriques, à des troubles de l'appareil locomoteur.
- Toutes suites et conséquences directes ou indirectes de l'utilisation, la manipulation, le transport de produits dits dangereux, dont toutes substances nucléaires, chimiques, biologiques, explosives, corrosives, abrasives ;
- de la participation à une rixe (sauf légitime défense), crimes ou paris de toute nature, actes de sabotage ou de terrorisme ;
- d'un état de démence de l'assuré ;
- d'une altération des disques intervertébraux (hernie discale, discite, discarthrose) ;
- pathologie et/ou troubles médicalement constatés, acquis ou congénital ;
- les accidents liés à des troubles du système nerveux, à des troubles neuropsychiatriques, à des troubles de l'appareil locomoteur.

De plus, ne sont pas pris en charge, au titre de la garantie hospitalisation accidentelle, les séjours suivants :



NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° MBMA01NI

- dans un établissement thermal ;
- dans un établissement climatique et de cure ;
- dans un institut médico-pédagogique ;
- dans un hospice et maison de retraite ;
- dans un service de gériatrie ;
- les séjours des personnes qui d'une manière irréversible n'ont plus leur autonomie ou dont l'état nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien.

De plus, ne sont pas pris en charge, au titre de la garantie Fracture/Brûlure par Accident :

- les fractures ou brûlures consécutives à un Accident antérieur à la date d'effet du contrat ;
- les fractures spontanées, c'est-à-dire les fractures qui se produisent en l'absence de traumatisme consécutif à un Accident ;
- les fractures dont serait victime l'Assuré souffrant d'une ostéogénèse imparfaite (maladie des os de verre ou fragilité osseuse constitutionnelle), d'une anomalie de croissance (maladie d'Ollier ou maladie d'origine génétique), d'une anomalie osseuse de type cal, d'une hyper minéralisation osseuse, d'un cancer des os ou d'une ostéoporose ;
- les brûlures résultant d'une exposition au soleil ou aux lampes «à bronzer» ;
- les brûlures du 1er degré ;
- les brûlures atteignant moins de 9% de la surface du corps selon la règle des neufs de Wallace.

ARTICLE 7 - LA DÉCLARATION D'ACCIDENT

Pièces justificatives

L'Assuré ou le Bénéficiaire en cas de décès doit adresser ses demandes ou déclarations d'Accident à l'adresse suivante du Gestionnaire :



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

GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL

- Acte de décès ;
- Certificat médical indiquant la cause du décès ;
- Copie du rapport de police ou de gendarmerie ou tout autre document justificatif du décès accidentel.

La Mutuelle par l'intermédiaire du Gestionnaire se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

GARANTIE CAPITAL EN CAS D'INFIRMITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE

Certificat médical détaillé indiquant notamment :

- la date de début de l'arrêt de travail,
- la date, l'heure et les circonstances précises et le lieu de l'Accident,
- la nature exacte de l'affection ou des blessures,
- les antécédents éventuels et l'évaluation probable de la

pathologie dont souffre l'assuré.

En cas d'hospitalisation : Compte rendu d'hospitalisation et éventuellement opératoire.

La Mutuelle par l'intermédiaire du Gestionnaire se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

GARANTIE HOSPITALISATION D'ORIGINE ACCIDENTELLE

Certificat médical détaillé indiquant notamment :

- la date de début de l'Hospitalisation,
- la date, l'heure et les circonstances précises et le lieu de l'Accident,
- la nature exacte de l'affection ou des blessures,
- les antécédents éventuels et l'évaluation probable de la pathologie dont souffre l'assuré.

Compte rendu d'hospitalisation et éventuellement opératoire.

La Mutuelle par l'intermédiaire du Gestionnaire se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives permettant d'apprécier si l'hospitalisation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

GARANTIE CAPITAL FRACTURES/BRÛLURES PAR ACCIDENT

Certificat médical détaillé indiquant notamment :

- la date, l'heure et les circonstances précises et le lieu de l'Accident,
- la nature exacte de l'affection ou des blessures,
- les antécédents éventuels et l'évaluation probable de la pathologie dont souffre l'assuré,
- l'évaluation de l'étendue de la brûlure, en cas de brûlure, selon la règle des neuf de Wallace.

Compte rendu d'hospitalisation et éventuellement opératoire.

La Mutuelle par l'intermédiaire du Gestionnaire se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

ARTICLE 8 - DÉLAI DE RENONCIATION

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



Sur l'espace adhérent :

www.neoliane.fr/service-client,
rubrique «Je souhaite résilier ou me rétracter»



Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

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

Modèle de lettre de renonciation

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquittée :

Je soussigné(e) M. /Mme (nom, prénom, adresse, n° Adhérent) déclare renoncer à mon adhésion n°..... au Contrat «Néoliane Multi-Accidents» dont la date d'effet est fixée au .../.../... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception du présent courrier.

Fait à , le

(Signature)

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

ARTICLE 9 - CONTRÔLE MÉDICAL EN CAS D'HOSPITALISATION

L'Assuré doit apporter la preuve de la nécessité de l'hospitalisation pendant toute la durée du séjour. Il fournira à ce titre tous les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés, et se soumettra aux examens de contrôle effectués par le médecin délégué par le Gestionnaire ou tout autre représentant mandaté par celui-ci. Ainsi, l'Assuré s'engage à autoriser l'accès de son domicile ou lieu de traitement préalablement signalé par lettre recommandée au Gestionnaire, sauf opposition justifiée.

À défaut de pouvoir se soumettre au contrôle ou à cet examen médical, sauf s'il est justifié par un cas de force majeure, le paiement des indemnités garanties, selon la situation, sera respectivement refusé ou suspendu.

En cas d'examen médical, l'Assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les conclusions de l'examen médical seront communiquées à l'Assuré par le Médecin conseil du Gestionnaire. Elles peuvent conduire la Mutuelle à refuser le paiement des indemnités garanties, s'il juge que l'état de l'Assuré ne nécessitait pas une hospitalisation ou la prolongation du séjour.

Si l'Assuré n'a pas contesté dans les trente (30) jours, le diagnostic du Médecin-conseil est considéré comme acquis.

L'expertise médicale

En cas de désaccord sur les conclusions du Médecin conseil, l'Assuré doit transmettre au Gestionnaire une attestation médicale contradictoire. Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les deux médecins désigneront

un expert. Faute par l'une des parties de s'entendre sur le choix d'un expert, la désignation en sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés à parts égales par les deux parties. Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

ARTICLE 10 - DISPOSITIONS DIVERSES

10.1. Prescription

10.1.1 Définition de la prescription

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

10.1.2 Modalités de la prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'Adhérent, de l'Assuré 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 l'Adhérent ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, l'Assuré n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Adhérent décédé. Pour les Contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre participant.

10.1.3 Interruption de la prescription

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la Mutualité. En



NOTICE D'INFORMATION

VALANT DISPOSITIONS GÉNÉRALES N° MBMA01NI

application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

10.1.4 Suspension de la prescription

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

10.2. Souscriptions multiples

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

10.3. Réclamations et procédures de médiation

Examen des réclamations

L'Assuré ou le bénéficiaire des prestations peut adresser une réclamation à son interlocuteur habituel :



Sur l'espace adhérent :

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



Par courrier à l'adresse suivante :

Néoliane Santé
143 Boulevard René Cassin
Immeuble Nouvel'R - Bat C
CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3

En cas de réponse non satisfaisante, l'Assuré ou le béné-

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



Sur l'espace adhérent :

https://assure-neoliane.meprotege.fr/home



Par courrier à l'adresse suivante :

CENTRE DE GESTION NÉOLIANE - BP 90051 - 31602
MURET Cedex

Les délais de traitement du Gestionnaire ne peuvent excéder :

- Dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse définitive elle-même est apportée à l'Assuré ou le bénéficiaire des prestations dans ce délai ;
- Deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient.

Médiateur :

Si le désaccord persiste, ou, à défaut de réponse dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'Assuré ou le bénéficiaire des prestations peut saisir le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française (FNMF) à l'adresse suivante :



Par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française -
255 rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15.



Sur l'espace adhérent :

www.www.mediateur-mutualite.fr.

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

ARTICLE 11 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle, le Courtier et le Gestionnaire sont soumis au contrôle administratif de :

L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉSO-
LUTION (ACPR)
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex
09.

ARTICLE 12 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies dans le cadre de l'adhésion au contrat d'assurance font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par la Mutuelle, le Courtier et le Gestionnaire pour la gestion de leur relation avec l'Assuré ou le bénéficiaire des prestations.

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

Elles sont destinées à la Mutuelle, au Courtier et au Gestionnaire en tant que responsables du traitement ou

sous-traitants du traitement et, éventuellement, à leurs mandataires, partenaires et, le cas échéant, aux réassureurs de la Mutuelle. Ces données sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un contrat de prestation. La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du contrat d'assurance. Toute autre base légale est inscrite aux contrats, demande d'adhésion ou tout autre document contractuel que l'Assuré ou le bénéficiaire des prestations sont tenus de respecter.

La Mutuelle, le Courtier et le Gestionnaire prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles. Conformément à la Loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, l'Assuré ou le bénéficiaire des prestations disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données les concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.

L'Assuré ou le bénéficiaire des prestations peuvent exercer ces droits sur simple demande :

Sur l'espace adhérent :
**<https://www.neoliane-sante.fr/service-client/b2b>,
rubrique " Je souhaite exercer un droit concernant mes
informations personnelles"**

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

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

En cas de désaccord, l'Assuré ou le bénéficiaire des prestations peuvent introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : **Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris.**

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

ARTICLE 13 - DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

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

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

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

ARTICLE 14 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

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

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

ARTICLE 15 - SUBROGATION

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée, à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions de l'Assuré envers les tiers responsables de dommages causés à lui-même. À cet effet, l'Assuré doit informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un Accident mettant en cause un tiers afin de permettre à la Mutuelle d'exercer son recours contre celui-ci ou contre son assureur.

ARTICLE 16 - SANCTIONS

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

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par le Bénéficiaire, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'Assuré, peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

1. En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité).

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

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

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

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

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

CONTRAT COLLECTIF N° **FIC25SAN0122**

ASSISTANCE PRÉVOYANCE GAV



ASSOCIATION GPST (GROUPEMENT POUR LA PRÉVOYANCE ET LA SANTÉ POUR TOUS), Association loi de 1901, immatriculé sous le numéro RNA « W751216092 », dont le siège social se situe 30-32, boulevard de Vaugirard – 75015 PARIS, a souscrit le contrat collectif n° **FIC-25SAN0122**.

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

Où s'appliquent les garanties ?

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

Mail : assistance.personnes@filassistance.fr

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

Télécopie : 09 77 40 17 87

Les garanties d'assistance du Contrat, **sauf stipulations contraires expressément prévues à l'article III. TABLEAU DES GARANTIES**, ne sont dues qu'à compter du moment où le fait générateur a lieu en France.

Sauf stipulations contraires, les garanties ne sont délivrées qu'au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent.

Quelle est la période des garanties ?

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Évènement à l'origine de la demande d'assistance survient pendant l'adhésion au Contrat et durant la période de validité de ce dernier.

Les durées des adhésions sont strictement équivalentes à la durée du Contrat collectif d'assistance n° **FIC-25SAN0122** auquel elles se rattachent, à défaut de stipulation expresse contraire.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance prévoyance Néoliane Multi-Accidents distribué par **NÉOLIANE SANTÉ** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC25SAN0122**.

1 – DÉFINITIONS

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

commencent par une majuscule.

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

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

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

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

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

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

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

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° **FIC-25SAN0122**.

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

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

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

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

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

France : France métropolitaine, la Principauté de Monaco, la Principauté d'Andorre et les Départements-Régions d'Outre-Mer français.

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

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

Immobilisation imprévue : Immobilisation dont le Bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation imprévue se traduit par une incapacité temporaire à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son Domicile, nécessitant un repos à Domicile, constatée comme telle par une autorité médicale compétente et consécutive à un Accident corporel.

Incapacité : L'incapacité reconnue par le médecin conseil choisi par l'assureur du contrat d'assurance Néoliane Multi-Accidents.

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

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

Zone de résidence :

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

2 – MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.1 - Délivrance des prestations

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

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

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie **dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires**

qui suivent l'Évènement pour l'ensemble des garanties décrites ci-dessous, à l'exception de la garantie « Aide à domicile » pour laquelle le Bénéficiaire doit appeler FILASSISTANCE **dans un délai maximum de sept (7) jours à compter de l'Évènement.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 - Remboursement des prestations

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

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

- un RIB au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais afférent à un compte bancaire ouvert auprès d'une banque située sur le territoire de l'Union Européenne,
- une facture acquittée* originale ou copie scannée, au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais, reprenant l'ensemble des mentions obligatoires imposées par la réglementation en vi-

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

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0122

ASSISTANCE PRÉVOYANCE GAV



- gueur et l'objet correspond exactement à la prestation qui aurait été mise en œuvre par FILASSISTANCE au profit du Bénéficiaire,
- les pièces justifiant la réalité de l'évènement qui conduit le Bénéficiaire à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

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

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

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

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

2.3 - Conditions d'ordre médical

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

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

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

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

2.4 - Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5 - Conditions de prise en charge des Titres de transport

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

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

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

3 – TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Évènement : L'Accident corporel à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

(Les prestations ci-dessous doivent être mises en œuvre au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'Évènement, à l'exception de la prestation aide à domicile qui doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Évènement)

Aide à domicile	20 heures maximum réparties sur une période maximale de 20 jours par Évènement (Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Évènement)
Livraison de médicaments	1 livraison maximum par Évènement
Portage de repas	Livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas par Évènement (à l'exclusion du petit-déjeuner)
Livraison de courses	1 livraison maximum par semaine sur 4 semaines maximum
Coiffeur à Domicile	1 déplacement maximum par Évènement
Garde des animaux domestiques	15 € TTC par jour jusqu'à 450 € TTC maximum par Évènement
École à Domicile (aide aux devoirs)	2 heures maximum par semaine et par enfant et dans la limite de 4 semaines par Évènement (La garantie est mise en œuvre pendant la période d'Hospitalisation ou d'Immobilisation uniquement).

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

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Évènement : L'Accident corporel à l'origine de l'Hospitalisation.

Fermeture du domicile quitté en urgence	2 heures maximum par Évènement (Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'Évènement)
Transport chez un proche	1 Titre de transport par Évènement dans la limite de 200 euros maximum (Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 5 jours suivant la date de fin d'Hospitalisation)
École au domicile d'un proche	3 heures maximum par jour pour l'ensemble des enfants (Cette garantie s'applique pendant la durée de l'Hospitalisation dans la limite de 4 semaines)

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

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Évènement : L'Accident corporel à l'origine de l'Immobilisation.

Transport aux rendez-vous médicaux (taxi ou véhicule sanitaire léger)	1 Titre de transport par Évènement dans un rayon de 50 km autour du Domicile (Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 30 jours suivant la date de début de l'Immobilisation)
Transport sur le lieu de travail (hors arrêt de travail)	10 trajets maximum par Évènement (domicile-travail ou travail-domicile) dans un rayon de 30km autour du Domicile (Valable 1 fois sur une période maximale de 12 mois) Dans la limite d'une seule fois par année civile

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 24 HEURES OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent, son Conjoint et leur(s) enfant(s).
- par Évènement : L'Accident corporel à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

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

(Cette prestation doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Évènement)

Garde au Domicile	30 heures maximum réparties sur une période de 30 jours par Évènement
<u>OU</u> Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 Titre de transport par enfant et par accompagnateur, par Évènement
<u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile	1 Titre de transport par Évènement

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

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0122

ASSISTANCE PRÉVOYANCE GAV



PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 24 HEURES OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Évènement : L'Accident corporel à l'origine de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice (Cette prestation doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Évènement)	1 Titre de transport par jour et par enfant par Évènement pendant 5 jours maximum (Les 5 jours doivent être répartis sur 4 semaines consécutives)
Conduite aux activités extrascolaires	1 Titre de transport par semaine et par enfant pendant 4 semaines maximum
Garde des ascendants (Cette prestation doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Évènement)	
Garde à Domicile	30 heures maximum réparties sur 30 jours maximum par Évènement
<u>OU</u> Transfert accompagné des ascendants chez un proche	1 Titre de transport par ascendant et pour l'accompagnant par Évènement
<u>OU</u> Venue d'un proche	1 Titre de transport par Évènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE PLUS DE 14 JOURS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint,
- par Évènement : L'Accident corporel à l'origine de l'Immobilisation.

École à domicile à compter du 1er jour d'absence	2 heures maximum par jour
---	---------------------------

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITÉ D'UN BÉNÉFICIAIRE PAR NÉOLIANE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Évènement : La reconnaissance de l'Incapacité par NÉOLIANE.

Accompagnement budgétaire et social	1 bilan (Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 12 mois suivant l'Évènement)
Bilan situationnel par un ergothérapeute	1 bilan par Évènement et par année civile (Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 12 mois suivant l'Évènement)
Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement	Mise en relation sans prise en charge
Téléassistance	Prise en charge des frais d'installation + 3 mois d'abonnement
Enveloppe de services	50 unités par année civile (Les prestations de l'enveloppe de service doivent être mises en place dans les 12 mois qui suivent la date de l'Évènement)
Mise en relation avec les professionnels du déménagement	Mise en relation sans prise en charge
Nettoyage du Domicile	500 € TTC maximum par Évènement
Aide au retour à l'emploi	500 € TTC maximum par Évènement
Module 1	4 entretiens en face à face sur 90 jours
Module 2	3 entretiens individuels
Module 3	3 entretiens sur 3 mois

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D'UN BÉNÉFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Évènement : Le décès.

Rapatriement de corps (En cas de décès à plus de 50 km du Domicile)	Frais réels
Venue d'un proche (En cas de décès à plus de 50 km du Domicile)	1 Titre de transport 2 nuits maximum à l'hôtel (petit-déjeuner compris) par Évènement à concurrence de 50 € TTC maximum par nuit
Rapatriement des proches du Bénéficiaire rapatrié (En cas de décès à plus de 50 km du Domicile)	1 Titre de transport (billet retour uniquement) par proche
Aide à la recherche d'un opérateur funéraire	Informations téléphoniques
Accompagnement psychologique	3 entretiens maximum par Évènement sur 3 mois + un appel de suivi dans les 12 mois
Aide à domicile	30 heures maximum à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur 30 jours maximum (Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 7 jours qui suivent l'Évènement)
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ou sans limite d'âge pour les enfants handicapés (Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'Évènement)	
Garde à Domicile	30 heures maximum réparties sur 30 jours maximum par Évènement
<u>OU</u> Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 Titre de transport par Évènement
<u>OU</u> Venue d'un proche	1 Titre de transport par Évènement
Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice	1 Titre de transport par jour et par enfant dans la limite de 5 jours maximum par Évènement répartis sur une période de 30 jours (Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'Évènement)
Garde des ascendants (Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'Évènement)	
Garde à Domicile	30 heures maximum réparties sur 30 jours maximum par Évènement
<u>OU</u> Transfert accompagné des ascendants chez un proche	1 Titre de transport par ascendant et pour l'accompagnant par Évènement
<u>OU</u> Venue d'un proche	1 Titre de transport par Évènement
Garde des animaux domestiques	15 € TTC maximum par jour jusqu'à 450 € TTC maximum (Cette garantie doit être mise en œuvre au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'Évènement)

4 – DÉTAIL DES GARANTIES

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

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

4.1 - Accompagnement budgétaire et social

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

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

4.2 - Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice

Si personne ne peut s'occuper des enfants du Bénéficiaire restés seuls au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants à

l'école, à la crèche ou chez la nourrice.

4.3 - Accompagnement psychologique

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

4.4 - Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence afin de le soulager dans ses tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

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

4.5 - Aide à la recherche d'un opérateur funéraire

FILASSISTANCE accompagne le Bénéficiaire ou sa famille dans la recherche d'un opérateur funéraire qui pourra prendre en charge l'organisation des funérailles.

Les frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire ou de sa famille.

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

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0122

ASSISTANCE PRÉVOYANCE GAV



4.6 - Aide au retour à l'emploi

Module 1 : FILASSISTANCE accompagne le Bénéficiaire pour faire le deuil de son emploi et réaliser un bilan professionnel.

Module 2 : FILASSISTANCE organise des entretiens téléphoniques à distance dans les domaines suivants :

- Planification des différentes activités
- Amélioration du CV et image de marque

FILASSISTANCE met également à disposition du Bénéficiaire des ressources sur une plateforme digitale (webinar sur différentes thématiques).

Module 3 : FILASSISTANCE propose au Bénéficiaire des entretiens téléphoniques dans les domaines suivants :

- Structuration des attentes
- Image de marque professionnelle
- Point d'étape
- Préparation d'un entretien de candidature
- Aide à la négociation du contrat de travail.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

4.7 - Bilan situationnel par un ergothérapeute

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au Domicile du Bénéficiaire.

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

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

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

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

Le coût des travaux est à la charge du Bénéficiaire.

4.8 - Coiffeur à Domicile

FILASSISTANCE **prend en charge** les frais de déplacement du coiffeur au Domicile.

Le coût de la prestation du coiffeur est à la charge du Bénéficiaire.

4.9 - Conduite aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, FILASSISTANCE organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite de ce qui est prévu par le tableau synoptique.

4.10 - École à Domicile

FILASSISTANCE organise et **prend en charge pendant l'absence scolaire de l'enfant**, le soutien pédagogique du cours primaire à la classe de terminale incluse dans les matières suivantes : mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie.

La mise en œuvre de cette garantie se fait dans les conditions suivantes et dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique :

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

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

Cette garantie est mise en œuvre pendant la période d'absence scolaire de l'enfant, du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés.

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

4.10 - École à Domicile d'un proche

Lorsque l'enfant est transféré chez un proche dont le domicile est éloigné géographiquement de l'école, FILASSISTANCE organise et prend en charge la garantie « École à domicile » au domicile du proche.

4.11 - Enveloppe de services

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

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure

des besoins.

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

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

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

4.13 - Fermeture du Domicile quitté en urgence

En l'absence d'un proche présent localement, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une Aide à domicile dans les limites prévues dans le tableau synoptique afin de s'assurer que le Domicile soit apte à rester fermé pendant une durée indéterminée.

Cette garantie comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets...
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques...
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments, du frigo...

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention du Bénéficiaire, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

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

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

4.14 - Garde des animaux domestiques

Si les Animaux domestiques du Bénéficiaire se retrouvent sans surveillance au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde au Domicile ou dans une pension pour animaux.

En cas d'accident entraînant une Immobilisation imprévue au Domicile de plus de cinq (5) jours d'un Bénéficiaire, FILASSISTANCE prend en charge sur présentation d'un justificatif la garantie suivante : Promenade du chien de l'Adhérent par un « pet sitter ».

4.15 - Garde des ascendants

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

- la garde à Domicile **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique** ;
- OU le transfert accompagné des ascendants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile.

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

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

- la garde à Domicile **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique** ;
- OU le transfert des enfants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile.

4.17 - Informations juridiques et vie pratique

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

- Informations juridiques

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

- Informations vie pratique

- Habitation / logement,
- Consommation,

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

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0122

ASSISTANCE PRÉVOYANCE GAV



- Vacances / loisirs,
- Formalités / cartes / permis,
- Les services publics,
- Enseignement / formation.

4.18 - Livraison de courses

FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le coût des courses est à la charge du Bénéficiaire.

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

Cette garantie est mise en œuvre dans un rayon maximum de 50 km du Domicile.

4.19 - Livraison de médicaments

FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison des médicaments, prescrits médicalement, au Domicile.

FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

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

4.20 - Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement

FILASSISTANCE aide le Bénéficiaire dans la recherche de prestataires et de l'établissement des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement ou du véhicule et se charge de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales.**

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

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

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

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

4.21 - Mise en relation avec les professionnels du déménagement

FILASSISTANCE communique au Bénéficiaire les coordonnées des professionnels du déménagement (déménageurs, gardes meubles, locations de véhicules utilitaires, entreprises de nettoyage, ...) situés à proximité de

son Domicile.

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

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

Les frais engagés restent à la charge du Bénéficiaire.

4.22 - Nettoyage du Domicile

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une Aide à domicile pour le nettoyage du Domicile **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

4.23 - Portage de repas

FILASSISTANCE **prend en charge** le portage de repas au Domicile dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

Le coût des repas reste à la charge du Bénéficiaire.

4.24 - Rapatriement de corps

En cas de décès du Bénéficiaire, FILASSISTANCE **organise et prend en charge le transport du corps du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France, situé dans la Zone de résidence du Bénéficiaire.**

FILASSISTANCE prend également en charge :

- les frais annexes rendus nécessaires par la législation en vigueur (soins de préparation, aménagements spécifiques au transport du corps, etc.),
- le coût d'un cercueil le plus simple ou d'une urne pour le transport des cendres à concurrence de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

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

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

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

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

4.25 - Rapatriement des proches du Bénéficiaire rapatrié

Dans le cas où le rapatriement du Bénéficiaire aurait été décidé, FILASSISTANCE organise le retour au Domicile du / des proche(s) du Bénéficiaire qui l'accompagne(n)t, dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.

FILASSISTANCE prend en charge le coût du transport lorsque les moyens prévus initialement ne peuvent pas être utilisés.

4.26 - Téléassistance

Afin de sécuriser le maintien au domicile du Bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend en charge la mise en place d'un service de téléassistance au Domicile, comprenant les frais d'accès et la maintenance d'un transmetteur de téléalarme au Domicile. Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à Domicile, l'avertissement du réseau de proximité,
- si besoin, le transfert de l'appel au plateau médical et l'appel des services d'urgence.

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

4.27 - Transport aux rendez-vous médicaux

Si durant son Immobilisation, le Bénéficiaire doit passer des examens médicaux, FILASSISTANCE prend en charge, **sur prescription médicale du médecin traitant du Bénéficiaire, le transport aller/retour**, en taxi ou en véhicule sanitaire léger, **du Domicile jusqu'au lieu des examens.**

4.28 - Transport chez un proche

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transfert du Bénéficiaire depuis son Domicile vers le domicile d'un proche.

4.29 - Transport chez un proche

Si l'état de santé du Bénéficiaire le permet, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'accompagnement de ce dernier de son Domicile à son lieu de travail, **dans un rayon de 25 km maximum, dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

4.30 - Venue d'un proche

En cas de décès du Bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un membre de sa famille si l'un d'eux n'est pas déjà sur les lieux.

Dans ce cas, FILASSISTANCE organise et prend en charge, sur justificatifs, les frais de séjour à l'hôtel de cette personne **dans la limite de ce qui est prévu dans le tableau synoptique.**

Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.

5 – EXCLUSIONS

5.1 - Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

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

Exclusions générales

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

- les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;
- les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;
- les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
- les conséquences d'événements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysme naturel ;
- les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion.

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

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

Tous frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de FILASSISTANCE.

6 - CLAUSES REGLEMENTAIRES

6.1 - Subrogation

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

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

6.2 - Informatique et libertés

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel du

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

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0122

ASSISTANCE PRÉVOYANCE GAV



Bénéficiaire est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par FILASSISTANCE et ses prestataires.

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

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

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

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

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

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

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

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

Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

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

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

6.3 - Responsabilité

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

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

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

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

6.4 - Autorité de contrôle

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

6.5 - Réclamations

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

auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,

par courrier à l'adresse suivante : FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
par mail à qualite@filassistance.fr,
sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

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

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

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

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

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

6.6 - Prescription

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

• Délai de prescription

Article L.114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq (5) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

décédé.

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

• Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2

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

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

• Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3

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

• Causes ordinaires d'interruption de la prescription

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

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

Article 2240 du Code civil

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

• Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

• Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

• Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier

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

CONTRAT COLLECTIF N° FIC25SAN0122

ASSISTANCE PRÉVOYANCE GAV



n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

• Causes de report et de suspension de la prescription

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

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

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

Article 2235 du Code civil

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

Article 2236 du Code civil

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

Article 2237 du Code civil

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

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent

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

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

Article 2239 du Code civil

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

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

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

• Saisine du médiateur

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

6.7 - Loi applicable et juridiction compétente

La présente notice est régie par le droit français.

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

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 10 août 2016

TITRE I

FORMATION - DÉNOMINATION - DURÉE - OBJET COMPOSITION - SIÈGE SOCIAL

ARTICLE 1 - CONSTITUTION

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

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

Elle est constituée pour une durée illimitée.

ARTICLE 2 - OBJET

L'Association GPST a pour objet :

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

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

ARTICLE 3 - MEMBRES

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

- a) les membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Conseil d'Administration ;
- b) les membres fondateurs, dont la liste initiale figure en Annexe des statuts, qui ne paient pas de cotisation ;
- c) et les membres adhérents, qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

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

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

La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance à la suite

d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale.

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

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

ARTICLE 4 - SIÈGE SOCIAL

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

TITRE II

ADMINISTRATION

ARTICLE 5 - COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

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

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

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

Le président du Conseil d'Administration informe chaque



Association GPST

30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS

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

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

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

ARTICLE 6 - MEMBRES DU BUREAU

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

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

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

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

ARTICLE 7 - FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 8 - POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

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

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

ARTICLE 9 - REPRÉSENTATION EN JUSTICE

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

TITRE III ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

ARTICLE 10 - COMPOSITION DES ASSEMBLÉES

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

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

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

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

STATUTS CONSTITUTIFS

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 10 août 2016

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

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

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

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

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

ARTICLE 12 - COMPOSITION DU BUREAU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

ARTICLE 13 - PROCÈS-VERBAL

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

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

ARTICLE 14 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

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

L'Assemblée Générale Extraordinaire peut apporter, sur proposition de son Bureau ou d'au moins 10 % des membres de l'Association, des modifications aux Statuts. Elle peut

également décider la prorogation, la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

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

ARTICLE 15 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

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

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

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

ARTICLE 16 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

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

TITRE IV

RESSOURCES - DÉPENSES - COMPTES

ARTICLE 17 - RESSOURCES

Les ressources de l'Association se composent :

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

ARTICLE 18 - DÉPENSES

Les dépenses de l'Association sont constituées, en dehors



Association GPST

30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS

des frais d'administration et de gestion, par :

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

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

ARTICLE 19 - COMPTES ANNUELS

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

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

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

ARTICLE 20 - COMMISSAIRES AUX COMPTES

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

comptes suppléants.

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

TITRE V

DISSOLUTION - DIVERS

ARTICLE 21 - DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION

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

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

STATUTS 2024 - MUTUELLE

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Art. 1 - Dénomination

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

Art. 2 - Siège

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

Art. 3 - Objet

La Mutuelle mène, au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie notamment en réalisant les opérations d'assurance prévues à l'article R. 211-2 du code de la mutualité et classées dans les branches d'activité suivantes :

1. Accidents
2. Maladie
20. Vie décès
21. Nuptialité-natalité

La Mutuelle a pour objet :

- de réaliser les opérations d'assurance suivantes :

- couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, - contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine,

- verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants,

- d'accepter les opérations ci-dessus en réassurance,

- d'assurer, à titre accessoire, la prévention des risques de dommages corporels,

- de mettre en oeuvre, à titre accessoire, une action sociale.

Elle peut, à la demande d'autres Mutuelles, mettre à disposition de ces dernières des services dans les conditions définies au règlement mutualiste.

La Mutuelle peut, conformément aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, se substituer à d'autres Mutuelles ou à des unions de Mutuelles, sur leur demande, pour la délivrance de leurs engagements.

Elle peut conclure des contrats de coassurance dans les conditions définies par le code de la mutualité.

La Mutuelle est autorisée, dans les conditions déterminées par l'article L.116-1 du code de la mutualité, à présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des

opérations d'assurance.

Elle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

La Mutuelle peut également céder en réassurance, à tout organisme autorisé à pratiquer cette activité, quel que soit son statut juridique, tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue. Elle peut également accepter en réassurance les engagements d'opérations d'assurance pour lesquelles elle est agréée. La Mutuelle peut déléguer totalement ou partiellement la gestion de contrats collectifs ; les principes de cette délégation seront déterminés par l'Assemblée générale. Elle peut également déléguer la gestion de ses opérations individuelles et assurer la gestion pour le compte d'autres organismes d'assurance.

Elle peut adhérer à une union de groupe mutualiste au sens de l'article L. 111-4-1 du code de la mutualité, ou à une union mutualiste de groupe, à un groupement paritaire de prévoyance ou s'affilier à une société de groupe d'assurance Mutuelle.

La Mutuelle peut, conformément à l'article L.931-2-2 du code de la sécurité sociale, s'affilier à une société de groupe assurantiel de protection sociale sous réserve qu'elle ne soit pas déjà affiliée à une société de groupe d'assurance définie à l'article L.322-1-2 du code des assurances, à une union mutualiste de groupe définie à l'article L.111-4-2 du code de la mutualité ou à une autre société de groupe assurantiel de protection sociale.

La Mutuelle peut également adhérer à un Groupement d'Intérêt Economique (GIE).

Art. 4 - Le mécanisme de la substitution

Conformément à l'article L.211-5 du code de la mutualité, VIASANTÉ Mutuelle peut conclure en tant que Mutuelle substituant une convention de substitution avec des unions ou Mutuelles substituées. Dans ce cas, il s'agit d'opérations directes de la Mutuelle substituant. 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 substituant unique. La Mutuelle substituant donne aux Mutuelles ou unions substituées sa caution solidaire pour l'ensemble de leurs engagements financiers et charges, y compris non assurantiel vis-à-vis de l'ensemble des bénéficiaires. À ce titre, la Mutuelle substituant exerce un pouvoir de contrôle sur la Mutuelle ou union substituée, y compris en ce qui concerne leur gestion qui comporte a minima une autorisation préalable du Conseil d'administration ou de l'Assemblée générale de la Mutuelle substituant 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 substituant.

Art. 5 - Règlement intérieur

Un règlement intérieur est établi par le Conseil d'administration qui précise les modalités d'application des présents statuts et qui est approuvé par l'Assemblée générale. Le Conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement, celles-ci étant présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée générale.

Tous les adhérents et assurés sont tenus de s'y conformer au même titre que les statuts. Il est disponible sur simple demande par tout moyen.

Art. 6 - Respect de l'objet des Mutuelles

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

Art. 7 - Protection des données à

caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par VIASANTÉ Mutuelle, membre du groupe AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons :

- Des données relatives à votre âge, votre situation familiale et professionnelle, à votre santé. Ces données sont nécessaires à l'étude de vos besoins et de votre profil afin de vous proposer des produits et services adaptés ;

- De vos coordonnées de contact, votre Numéro d'Inscription au Répertoire* (NIR) et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés ;

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de :

- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de complémentaire santé, individuelle ou collective ;

- La mise en oeuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en

fonction de l'analyse de votre situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;

- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

- La lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;

- Les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

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

Les données nécessaires à la gestion de votre contrat et des services associés sont conservées pendant la durée de votre contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant la durée de votre contrat et pour une durée de 3 ans après la fin de votre contrat ou après le dernier contact émanant de votre part. Les informations présentées comme obligatoires sont nécessaires à la bonne exécution de votre contrat, leur absence pourrait entraîner la nullité de ce dernier. Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants droit, aux membres du groupe AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs, qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

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

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

Pour les données traitées au titre de la lutte

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

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

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

* NIR : Numéro de Sécurité sociale

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

SECTION I - CONDITIONS D'ADHÉSION

Art. 8 - Catégories de membres

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

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

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

Concernant les opérations individuelles et sous réserve des dispositions spécifiques prévues par les documents contractuels, les ayants droit des membres participants sont :

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

Concernant les opérations collectives, la définition des ayants droit est :

- celle retenue par le contrat collectif ou les documents contractuels afférents à la garantie souscrite,
- à défaut, celle précisée ci-dessus.

Les ayants droit ayant atteint la limite d'âge doivent cotiser isolément comme membre

participant à compter du 1er jour de l'année suivant celle où ils perdent leur qualité d'ayant droit ou atteignent leur ladite limite. À leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

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

Les membres sont répartis dans 3 sections de vote nationales :

- section professionnelle,
- section interprofessionnelle,
- section fonction publique.

Art. 9 - Adhésion individuelle

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

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

Le règlement mutualiste peut prendre comme dénomination « Règlement MUTUALISTE » ou « CONDITIONS GÉNÉRALES ». Toute modification des statuts est portée à la connaissance de chaque membre participant.

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

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

Art. 10 - Adhésions collectives

I – Opérations collectives facultatives :

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

II – Opérations collectives obligatoires :

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires, la qualité de membre participant résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat souscrit par l'employeur ou la personne morale et

STATUTS 2024 - MUTUELLE

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

SECTION II - MAJORATIONS DE RETARD ET EXÉCUTION EN JUSTICE

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

SECTION III - DÉMISSION, RADIATION ET EXCLUSION

Art. 11 - Démission

I. Opérations individuelles : La résiliation de l'adhésion est opérée dans les conditions, formes et délais fixés par les règlements mutualistes. Sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, la résiliation de l'adhésion à la garantie entraîne, à la date d'échéance fixée au règlement, la perte de la qualité de membre participant. Toute cotisation versée par l'adhérent reste acquise à la Mutuelle, sous réserve des dispositions de l'article L. 221-17 du code de la mutualité. La démission n'exonère pas l'adhérent du paiement des cotisations émises en cours d'année, sans possibilité d'exiger le paiement prorata temporis.

II. Opérations collectives : La résiliation de l'adhésion à un contrat collectif s'effectue dans les conditions, formes et délais fixés par le contrat. Elle entraîne, à la date d'échéance prévue au contrat, la perte de la qualité de membre honoraire pour l'employeur ou la personne morale et, pour les membres participants affiliés, la perte de la qualité de membres participants, sous réserve, pour ces derniers, des dispositions contractuelles leur permettant le maintien de tout ou partie de la couverture.

Art. 12 - Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions d'admission prévues aux présents statuts, au règlement mutualiste et aux contrats collectifs. Sont notamment radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans

les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8 et L. 221-17 du code de la mutualité.

Art. 13 - Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui portent ou auraient volontairement porté atteinte aux intérêts de la Mutuelle ou qui refusent de se soumettre à ses statuts, règlements, chartes ou tout document contractuel de manière générale. Tout membre participant ou un de ses ayants droit pourra également être exclu en cas de :

- Fausse déclaration intentionnelle
- Tentative de fraude ou fraude avérée qui consiste à tromper délibérément la Mutuelle pour obtenir un bénéfice illégitime en utilisant un moyen déloyal.

En tout état de cause, peut être exclue toute personne qui aura causé un préjudice matériel, financier ou moral à la Mutuelle, sans préjudice de toute action en restitution ou réparation.

Pour cela, le Comité d'éthique convoque la personne dont l'exclusion est proposée par lettre recommandée avec accusé de réception pour l'entendre sur les faits qui lui sont reprochés. L'intéressé peut se faire assister par toute personne de son choix lors de l'audition.

S'il ne se présente pas au jour indiqué, sauf motif légitime laissé à l'appréciation de la Mutuelle, le Comité d'éthique prend acte de son absence et statue sur son exclusion sans autre formalité.

L'exclusion est notifiée au membre ou l'ayant droit concerné par lettre recommandée avec accusé de réception en précisant la date d'effet de l'exclusion, et par voie de conséquence, la résiliation de ses prestations.

Cette décision est portée à la connaissance du Conseil d'administration.

Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion à la Mutuelle d'une durée de 24 mois à compter de la date d'effet de l'exclusion tant en qualité de membre participant que d'ayant droit.

Art. 14 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion entraînent la perte de la qualité de membre participant ou honoraire et du droit de participer aux instances de la Mutuelle.

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf dans les hypothèses prévues à l'article L. 221-17 du code de la mutualité.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

L'exclusion n'emporte pas renonciation par la Mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en vigueur à l'encontre du membre ou de l'ayant droit exclu.

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Art. 15 - Composition de l'Assemblée générale

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

CHAPITRE 1 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTION

Art. 16 - Section de vote

L'Assemblée générale est composée de délégués, ayant la qualité de membres participants ou de membres honoraires. Les délégués membres participants sont élus par les sections de vote définies à l'article 8 des présents statuts.

Les délégués sont élus pour 6 ans, leurs mandats sont renouvelables.

La perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle entraîne celle de délégué.

Art. 17 - Section de vote

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

Art. 18 - Élection des délégués

Tous les membres participants et honoraires de la Mutuelle sont répartis en section de vote.

Dans chaque section de vote, les délégués à l'Assemblée générale sont élus à raison de 1 délégué pour 7 000 membres.

Chaque votant dispose d'une voix.

Les élections des délégués ont lieu à bulletins secrets par vote électronique via Internet et en cas d'impossibilité (pas d'adresse électronique) par correspondance au scrutin de listes fermées majoritaire à un tour sans panachage, sans vote préférentiel et selon la règle de majorité relative des suffrages exprimés. Dans l'hypothèse d'un double vote, c'est à dire par correspondance et par Internet, seul

le vote électronique sera pris en compte.

En cas d'égalité de voix, l'élection est acquise à la liste comportant le candidat le plus jeune.

SECTION II - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Art. 19 - Convocations de l'Assemblée générale

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

À défaut, le Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette

assemblée ou désigner un mandataire pour procéder à cette convocation.

Outre les convocations diligentées le cas échéant par l'Autorité mentionnée à l'article L.510-1 du code de la mutualité, ou l'administrateur provisoire nommé par celle-ci, l'Assemblée générale peut également être convoquée par :

1. La majorité des administrateurs composant le Conseil,
2. Les Commissaires aux comptes,
3. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, d'office ou à la demande d'un membre-participant ;
4. Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, à la demande d'un ou plusieurs membre(s) participant(s) ;
5. Les liquidateurs.

À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Art. 19.2 – Réunion de l'Assemblée générale

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

Les membres peuvent recourir au vote électronique lors des réunions en assemblée générale. Les modalités d'organisation du vote électronique respectent le secret du vote et la sincérité du scrutin.

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

L'Assemblée générale est convoquée 15 jours avant la date de sa réunion ou 6 jours en cas de 2ème convocation.

La convocation est rédigée conformément aux dispositions de l'article D.114-3 du code de la mutualité.

Conformément à l'article L.114-14 du code de la mutualité, la Mutuelle adresse à chacun des délégués composant l'Assemblée générale ou met à leur disposition les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Conformément à l'article D.114-2 du code de la mutualité, à compter de la date de la convocation de l'Assemblée générale, une formule de vote par procuration doit être remise ou adressée aux frais de l'organisme

à tout délégué qui en fait la demande.

Tout délégué peut détenir jusqu'à 2 procurations.

L'ordre du jour des Assemblées générales est fixé par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations. Toutefois lorsqu'un quart au moins des délégués demande l'examen d'un point, 5 jours au plus tard avant la tenue de la réunion, la question, si elle est conforme à l'objet social de la Mutuelle et aux dispositions des présents statuts, est obligatoirement soumise à l'Assemblée générale.

Le Président du Conseil d'administration doit refuser l'inscription d'un projet de résolution lorsque celui-ci n'entre pas dans l'objet social de la Mutuelle.

L'Assemblée générale délibère sur les points inscrits à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut en toute circonstance révoquer un ou plusieurs membre(s) du Conseil d'administration et procéder à son/leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la mutualité.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Il est établi un procès verbal de chaque réunion de l'Assemblée générale.

Art. 21 - Quorum et majorités

I - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le montant du fonds d'établissement, les montants ou taux de cotisations, la délégation de pouvoir prévue à l'article L. 114-11 du code de la mutualité, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le Conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations en application de l'article 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 III - ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Art. 22 - Compétences

L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et le cas échéant à leur révocation.

L'Assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

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

STATUTS 2024 - MUTUELLE

12. les comptes combinés ou consolidés de l'exercice établis conformément à l'article L.212-7 ainsi que sur le rapport de gestion du groupe établi conformément à l'article L.114-17,

13. le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité,

14. le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou unions régies par les livres II et III du code de la mutualité auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu par l'article L. 114-39 du code de la mutualité,

15. le rapport du Conseil d'administration sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion,

16. le plan prévisionnel de financement prévu par l'article L. 310-4 du code de la mutualité,

17. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité,

18. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le Conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations,

19. toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur. L'Assemblée générale se prononce également sur :

1. la nomination des Commissaires aux comptes,

2. la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions des présents statuts,

3. les apports faits aux Mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du code de la mutualité.

4. les principes que doivent respecter les délégations de gestion des contrats collectifs.

Art. 23 - Délégation de pouvoir de l'Assemblée générale : Taux de cotisations et prestations

Pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, l'Assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'administration.

Cette délégation est valable 1 an.

Art. 24 - Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des

taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres.

CHAPITRE 1 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTION

Art. 25 - Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration de 24 membres au moins et de 47 au plus, élus parmi les membres participants ou honoraires.

Le Conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants, élus délégués à l'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. 26 - Limite d'âge - Conditions d'éligibilité

Pour être éligibles au Conseil d'administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans au jour de l'élection ;
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L.114-21 du code de la mutualité ;

- ne pas avoir exercé une fonction de salarié au sein de la Mutuelle au cours des 3 années précédant l'élection.

Le nombre d'administrateurs ayant dépassé l'âge de 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'administration. Si cette limite était franchie, la démission de l'administrateur le plus âgé, serait constatée d'office. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de 5 Conseils d'administration de Mutuelles, unions et fédérations, déduction faite de ceux détenus dans les Mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité.

Art. 27 - Modalités de l'élection

Les administrateurs sont élus par l'Assemblée générale à bulletin secret, au scrutin de listes fermées sans panachage majoritaire à un tour et selon la règle de

majorité relative des suffrages exprimés. Afin de permettre aux membres de l'Assemblée générale d'élire les administrateurs dans les conditions prévues par l'article L.114-16-1 du code de la mutualité, il est établi une ou plusieurs liste(s) de candidats composée(s) en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes.

Chaque liste doit comporter une part minimale de sièges pour les personnes de chaque sexe au moins égale à 40 %, sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe.

En cas d'égalité des voix, priorité est donnée à la liste dont l'élection permet d'atteindre l'objectif de parité. Si l'objectif est déjà atteint ou ne peut être atteint à défaut de candidatures suffisantes, l'élection est acquise à la liste dont la moyenne d'âge est la moins élevée.

Art. 28 - Durée du mandat, renouvellement, vacance, démission

Les administrateurs sont élus par l'Assemblée générale pour une durée de 6 ans.

Le renouvellement du Conseil d'administration a lieu selon les mêmes modalités d'élection que celles prévues à l'article 25.

Conformément à l'article L.114-16 du code de la mutualité, il peut être procédé à la cooptation d'un administrateur par le Conseil d'administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée générale, dans la mesure du possible dans le respect des exigences de la parité, en cas de vacance en cours de mandat liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou honoraire, ou à la cessation du mandat en cas d'opposition à sa poursuite par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Si la nomination faite par le Conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables. L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs serait inférieur à 10 du fait de plusieurs vacances, une Assemblée générale est convoquée par le Président afin de procéder à l'élection de nouveaux administrateurs. Tout administrateur cesse ses fonctions :

- lorsqu'il perd la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle,
- lorsqu'il est atteint par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 23,
- lorsqu'il ne respecte pas les dispositions de l'article L.114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, il présente sa démission ou est déclaré démissionnaire d'office dans les conditions prévues au présent article,
- 3 mois après qu'une décision de justice définitive l'a condamné pour l'un des

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

SECTION II - RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Art. 29 - Réunions

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président au moins 3 fois par an. Le Président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation. Celle-ci doit être envoyée aux administrateurs 5 jours au moins avant la date de la réunion sauf en cas d'urgence. Le Conseil d'administration peut se réunir par visioconférence, dans les conditions fixées par l'article L.114-20 du code de la mutualité.

Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel assistent de droit aux réunions du Conseil d'administration.

Le Président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'administration qui délibère préalablement sur cette présence.

Art. 30 - Représentation des salariés au Conseil d'administration

Assistent aux réunions du Conseil avec voix consultative :

- 2 représentants des salariés de VIASANTÉ Mutuelle,
- 1 représentant des salariés du GIE AG2R.

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

En cas de vacance d'un poste par décès, démission, révocation, rupture du contrat de travail ou pour toute autre cause que ce soit, le poste reste vacant jusqu'aux élections suivantes.

Néanmoins, si les 2 postes des représentants des salariés de VIASANTÉ Mutuelle deviennent vacants, alors de nouvelles élections seront organisées dans les 6 mois suivant la vacance du dernier poste.

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

Art. 31 - Quorum et majorité

Le Conseil d'administration délibère valablement si la moitié au moins de ses membres est présente.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante conformément

à l'article L. 114-20 du code de la mutualité. **Le Conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du Président et des membres du Bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.**

Le Conseil d'administration adopte le principe de décision à majorité renforcée pour les délibérations définies au règlement intérieur.

Un procès verbal de chaque réunion est approuvé par le Conseil d'administration lors de la séance suivante.

Les délibérations du Conseil sont confidentielles.

SECTION III - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Art. 32 - Compétences

Le Conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application, en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité.

Le Conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle. À chaque clôture d'exercice, il arrête les comptes annuels et établit le rapport de gestion qui sera présenté à l'Assemblée générale ;

À la clôture de chaque exercice, il établit les comptes consolidés ou combinés le cas échéant, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à 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 oeuvre en régions.

Il établit, chaque année, après avoir eu connaissance du compte rendu de gestion que lui a adressé le délégataire, un rapport qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de 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 cotisations et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Le Conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement, celles-ci étant présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée générale.

Il adopte et modifie les règlements des

opérations individuelles dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.

Dans le cadre d'une convention de substitution, le Conseil d'administration valide l'autorisation préalable afin que la Mutuelle exerce son pouvoir de contrôle et de gestion sur la Mutuelle ou l'union substituée sur les activités prévues à l'article L. 211-5 du code de la mutualité.

Plus généralement, Le Conseil d'administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux Mutuelles.

Dans le cadre de Solvabilité II, le rôle du Conseil d'administration est renforcé :

- il nomme et met fin aux fonctions du Dirigeant opérationnel ;
- il approuve les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent l'informer, directement et de leur propre initiative, lorsque surviennent des événements de nature à la justifier ;
- il entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du Dirigeant opérationnel si les membres du Conseil d'administration l'estiment nécessaire. Le Conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant un comité spécialisé émanant de ce Conseil ;
- il approuve les politiques écrites avant leur mise en oeuvre ;
- il évalue les risques dans le cadre du processus EIRS.

Art. 33 - Délégation d'attributions

Le Conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et plus généralement toutes attributions qui ne lui sont pas spécialement réservées par la loi, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateur(s), soit à une ou plusieurs commission(s) ainsi qu'au Délégué général ou au Dirigeant opérationnel dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires et selon les dispositions des présents statuts.

Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Il peut déléguer tout ou partie de la compétence de fixer les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'administration ou le cas échéant au Dirigeant opérationnel mentionné à l'article L.221-14.

Le Conseil d'administration peut confier au Président, au Dirigeant opérationnel ou à un administrateur nommé désigné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et

STATUTS 2024 - MUTUELLE

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

Art. 34 - Les différents types de conventions

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

Certaines conventions sont interdites conformément à l'article L.114-37 du code de la mutualité.

SECTION IV - STATUT DES ADMINISTRATEURS

Art. 35 - Formation des administrateurs

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

Art. 36 - Gratuité des fonctions d'administrateur

Les fonctions d'administrateur sont gratuites sous réserve des dispositions des articles L.114-26 à L.114-28 du code de la mutualité et du décret n° 2004-132 du 10 février 2004 et conformément aux dispositions prévues dans le règlement intérieur.

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions mentionnées à l'article L.114-26 du code de la mutualité.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleurs indépendants ont droit à des indemnités calculées sur la base du temps consacré par l'intéressé à ses fonctions et du montant des revenus professionnels. Ces derniers à prendre en considération sont **les revenus de l'avant dernière** année prise en compte pour le calcul des cotisations sociales et **justifiés par la communication d'une copie de déclaration de revenus professionnels correspondante**.

Le montant annuel de l'indemnité ne peut excéder une limite égale au montant du plafond prévu au premier alinéa de l'article L.241-3 du code de la sécurité sociale pour l'année considérée.

Sous réserve des dispositions de l'article L.114-32 du code de la mutualité, il est interdit aux administrateurs de prendre ou de conserver un intérêt, direct ou indirect, dans une entreprise ayant traité avec la

Mutuelle ou dans un marché passé avec celle-ci.

Il leur est également interdit de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à quelque titre que ce soit et sous quelque forme que ce soit, des rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du code de la mutualité.

Art. 37 - Situation et comportements interdits aux administrateurs, au Dirigeant opérationnel et aux Dirigeants effectifs

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou au Dirigeant opérationnel ou aux Dirigeants effectifs.

Les anciens membres du Conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat. Il est interdit aux administrateurs, au Dirigeant opérationnel et aux Dirigeants effectifs de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles L. 114-32 et suivants du code de la mutualité.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Art. 38 - Obligations des administrateurs, du Dirigeant opérationnel et des Dirigeants effectifs

Les administrateurs, le Dirigeant opérationnel et les Dirigeants effectifs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et de confidentialité.

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

Art. 39 - Responsabilité

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

SECTION V - STATUT DU MANDATAIRE MUTUALISTE

Art. 40 - Définition du mandataire mutualiste

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

Art. 41 - Les conditions d'exercice des mandataires mutualistes

Ils sont désignés par l'Assemblée générale ou le Conseil d'administration parmi les délégués à l'Assemblée générale de la Mutuelle.

La durée du mandat de mandataire mutualiste est calquée sur celle du mandat de délégué.

Si la désignation en tant que mandataire mutualiste intervient en cours de mandat de délégué, le mandat de mandataire mutualiste s'achèvera en même temps que celui de délégué.

Aussi à chaque nouvelle élection des délégués, le mandat de mandataire mutualiste doit être renouvelé, le cas échéant.

La perte du mandat de délégué entraîne celle de mandataire mutualiste.

Par ailleurs, l'instance ayant procédé à la désignation peut à tout moment destituer le membre de sa qualité de mandataire mutualiste.

Les mandataires mutualistes peuvent être invités aux différentes instances de la Mutuelle afin qu'ils apportent leur avis et expertise.

Les fonctions des mandataires mutualistes sont gratuites, cependant leurs frais de déplacement leur sont remboursés dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

CHAPITRE 3 - PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION I - ÉLECTION ET ATTRIBUTIONS DU PRÉSIDENT

Art. 42 - Élection et révocation

Le Conseil d'administration élit un Président en son sein parmi les membres participants. Il peut le démettre à tout moment.

Le Président est élu pour une durée de 6 ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est élu au cours de la première réunion du Conseil qui suit l'Assemblée générale. Il est rééligible.

Art. 43 - Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de membre participant du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-président le plus âgé ou à défaut par celui des 2 autres Viceprésidents le plus âgé.

Art. 44 - Attributions

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

Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le Président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Il veille à la régularité du fonctionnement de la Mutuelle, conformément au code de la mutualité et aux statuts.

Il engage les dépenses.

Il avise les Commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées par le Conseil d'administration.

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle, et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général ou au Dirigeant opérationnel de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets déterminés.

Le Président exerce la direction effective de la Mutuelle au sens de l'article L.211-13 du code de la mutualité.

SECTION II - ÉLECTION, COMPOSITION DU BUREAU

Art. 45 - Élection

Le Conseil d'administration constitue un Bureau.

Les membres du Bureau, autres que le Président du Conseil d'administration, sont élus pour 3 ans par le Conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration.

Ils peuvent être démis à tout moment par le Conseil d'administration.

En cas de vacance et pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'administration, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 46 - Composition

Le Bureau est composé de la façon suivante :

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

Art. 47 - Réunions et délibérations Le Bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

La convocation est envoyée aux membres du Bureau 5 jours au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Le Bureau peut se réunir par visioconférence. Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions dudit Bureau qui délibère alors préalablement sur cette présence.

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Il est établi un procès verbal de chaque réunion qui est approuvé lors de la séance suivante.

Art. 48 - Les Vice-présidents

Les Vice-présidents secondent le Président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs, à l'exclusion de ceux relevant de sa mission de Dirigeant effectif.

En cas de vacance du Président, le Vice-président le plus âgé peut remplacer provisoirement le Président dans l'attente de l'élection d'un nouveau Président.

En cas d'indisponibilité du Vice-président le plus âgé, celui des 2 autres Viceprésidents le plus âgé le supplée.

Art. 49 - Le Secrétaire général et le Secrétaire adjoint

Le Secrétaire général est responsable de la rédaction des procès verbaux des réunions statutaires et de leur conservation.

Le Secrétaire général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général et au Dirigeant opérationnel de la Mutuelle l'exécution de certaines missions qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Le Secrétaire adjoint seconde et assiste le Secrétaire général dans toutes ses fonctions. En cas de vacance du Secrétaire général, le Secrétaire adjoint peut le remplacer provisoirement dans l'attente de l'élection d'un nouveau Secrétaire général.

Art. 50 - Le Trésorier général

Le Trésorier général effectue les opérations financières de la Mutuelle et tient la comptabilité.

Le Trésorier général est chargé du paiement

des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle. Il fait procéder selon les directives du Conseil d'administration à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à la discussion du Conseil d'administration :

- les comptes annuels et les documents, états, tableaux qui s'y rattachent ;
- le rapport prévu au paragraphe m) et le plan prévu au paragraphe n) de l'article L. 114-9 du code de la mutualité ;
- les éléments visés aux paragraphes a) c) d) et f) ainsi qu'aux 2 derniers alinéas de l'article L. 114-17 du code de la mutualité ;
- un rapport synthétique sur la situation financière de la Mutuelle.

Le Trésorier général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général et au Dirigeant opérationnel l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Le Trésorier adjoint seconde et assiste le Trésorier général dans toutes ses fonctions. En cas de vacance du Trésorier général, le Trésorier adjoint peut le remplacer provisoirement dans l'attente de l'élection d'un nouveau Trésorier général.

CHAPITRE 4 - DIRECTION GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

Art. 51 - Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel

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

Il peut être mis fin aux fonctions du Délégué général et du Dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

Le Délégué général est le Directeur général de l'Association sommitale AG2R LA MONDIALE.

Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel assistent aux réunions du Conseil d'administration et du Bureau ensemble ou séparément.

Ils peuvent se faire représenter lors de ces réunions par la personne de leur choix.

Le Dirigeant opérationnel est tenu de déclarer au Conseil d'administration, avant sa nomination, l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'il entend conserver et de faire connaître après sa nomination les autres activités ou fonctions qu'il entend exercer.

Le Dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L114-17 du code de la mutualité.

Le Dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation de pouvoirs confiée par le Conseil d'administration et

STATUTS 2024 - MUTUELLE

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

CHAPITRE 5 - ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION I - PRODUITS ET CHARGES

Art. 52 - Les produits

Les produits de la Mutuelle comprennent principalement :

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

Art. 53 - Les charges

Les charges comprennent notamment :

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

Art. 54 - Apports et transferts financiers

En cas de création de Mutuelles définies à l'article L. 111-3 ou d'unions définies à l'article L. 111-4 du code de la mutualité, la Mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la Mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

Tout autre transfert financier doit faire l'objet d'un rapport du Conseil d'administration à l'Assemblée générale dans les conditions prévues à l'article L. 114-17 du code de la mutualité. Il ne peut remettre en cause les exigences de solvabilité.

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

Art. 55 - Placements

Le Conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la

Mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par la Mutuelle.

Art. 56 - Garantie

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

Art. 57 - Règles de sécurité financière

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

SECTION III - COMITÉ D'AUDIT ET COMMISSAIRES AUX COMPTES

Art. 58 - Comité d'audit

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

Art. 59 - Commissaire aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du code de la mutualité, l'Assemblée générale nomme au moins un Commissaire aux comptes choisi sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du code du commerce.

Le Président convoque le Commissaire aux comptes à toute Assemblée générale. Le Commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versée à chaque administrateur ;
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration ;
- prend connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L. 114-32 du code de la mutualité ;
- établit et présente à l'Assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité ;
- fournit à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- signale sans délai à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution tout fait et décision mentionnés à l'article L. 612-44 II du code monétaire et financier dont il a eu connaissance ;
- porte à la connaissance du Conseil d'administration et de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution les vérifications auxquelles ils ont procédé dans le cadre de leurs attributions prévues par le code du commerce ;
- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'ils ont relevées au cours de l'accomplissement de leur mission.

Il joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature, réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une

Mutuelle ou d'une union relevant du livre III du code de la mutualité.

SECTION IV - FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Art. 60 - Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100 €. Les droits d'adhésion sont affectés au fonds d'établissement.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 20 des présents statuts, sur proposition du Conseil d'administration.

TITRE III DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 61 - Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée générale dans les conditions fixées par les présents statuts.

L'Assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateur(s) qui peut/peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'Assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée générale qui a statué sur la clôture de la liquidation à d'autres Mutuelles ou unions ou au Fond national de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du code de la mutualité ou au Fond de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du code de la mutualité.

Conformément à l'article L. 113-4 du code de la mutualité, à défaut de réunion de l'Assemblée générale durant deux années consécutives, l'ACPR peut prononcer la dissolution et nommer un liquidateur.

Art. 62 - Interprétation

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

Art. 63 - Reconnaissance dominante d'une Société de Groupe Assurantiel de Protection Sociale (sgaps)

VIASANTÉ Mutuelle reconnaît, par son affiliation à un groupe prudentiel, l'influence dominante de la SGAPS AG2R LA MONDIALE.

Cette influence dominante s'exerce au moyen d'une coordination centralisée de ladite Sgaps sur les décisions de ses affiliés susceptibles d'affecter significativement la situation financière de l'ensemble. Ainsi, par son adhésion sans réserve aux statuts et à son affiliation à la Sgaps, VIASANTÉ Mutuelle s'engage à recueillir son autorisation préalable, notamment lors des opérations suivantes, selon les seuils définis dans la convention d'affiliation :

- l'acquisition ou la cession d'immeubles par nature ;
- l'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 ses affiliés, à savoir :

- la mise en place d'un mécanisme de prévention prévoyant notamment la possibilité de déclencher un audit et de mettre en place un plan de redressement ;

- la fixation des modalités de déclenchement de la société financière entre les organismes affiliés ;

- l'unicité de la direction générale entre la Sgaps et ses affiliés ;

- la mise en oeuvre des politiques communes ;

- la coordination des fonctions clés des organismes affiliés du groupe prudentiel ;

- la mise à disposition des moyens humains et matériels d'AG2R LA MONDIALE.

Et plus généralement à respecter toutes opérations et obligations fixées par les statuts et la convention d'affiliation de la Sgaps.

ASSURANCE PRÉVOYANCE

Document d'information sur le produit d'assurance



Produit co-conçu et co-distribué par GROUPE SANTIANE HOLDING - SAS au capital de 511 539 € - RCS Paris 812 962 330 - 30/32 Boulevard de Vaugirard - 75015 PARIS - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias N°19 004 119 (www.orias.fr), et distribué par NÉOLIANE SANTÉ - SAS au capital de 2 000 000 € - RCS Nice B 510 204 274 - 143 Boulevard René Cassin - Immeuble Nouvel'R - Bat C - CS 63278 - 06205 NICE CEDEX 3 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).
Assuré et co-conçu par VIASANTÉ Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120 - Membre d'AG2R LA MONDIALE - Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.

PRODUIT : NÉOLIANE MULTI-ACCIDENTS

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

DE QUEL TYPE D'ASSURANCE S'AGIT-IL ?

NÉOLIANE MULTI-ACCIDENT est un produit d'assurance prévoyance qui a pour objet de verser à ses bénéficiaires des prestations sous forme de capital, ou d'indemnités journalières, en cas d'accident de la vie privée de l'Assuré.



QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

Le montant des prestations figurent dans la documentation précontractuelle et contractuelle.
L'adhérent a le choix entre 5 formules.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES SONT LES SUIVANTES :

- ✓ Une indemnité journalière hospitalière en cas d'accident de l'Assuré d'un montant de 20, 30, 40, 50 ou 60 euros, selon la formule choisie.
- ✓ Un capital en cas de décès par accident de l'Assuré d'un montant de 20 000, 30 000, 40 000, 50 000 ou 60 000 euros, selon la formule choisie.
- ✓ Un capital en cas d'infirmité permanente accidentelle de l'Assuré d'un montant de 20 000, 30 000, 40 000, 50 000 ou 60 000 euros, selon la formule choisie.
- ✓ Un capital en cas de fractures/brûlures par accident de l'Assuré d'un montant de 100, 200, 300, 400 ou 500 euros, selon la formule choisie.

LA GARANTIE D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ **Garanties en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :** aide à domicile, présence d'un proche, prise en charge des animaux domestiques, etc.
- ✓ **Garanties familles en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :** Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge), Garde Frères et sœurs, Conduite aux activités extrascolaires etc.
- ✓ **Garanties en cas de décès :** Rapatriement du corps, Déplacement d'un proche sur le lieu du décès, Aide à la recherche d'un prestataire funéraire etc.
- ✓ **Garanties en cas d'immobilisation de plus de 30 jours :** Aide à domicile, présence d'un proche, prise en charge des animaux domestiques etc.

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



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les accidents professionnels ;
- ✗ Les accidents intervenus avant la prise d'effet des garanties.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

LA GARANTIE NE COUVRE PAS LES CONSÉQUENCES :

- ! Utilisation avec ou sans conduite d'un véhicule à moteur à 2 ou 3 roues d'une cylindrée égale ou supérieure à 600 cm³ ;
- ! De l'usage de stupéfiants ou de produits médicamenteux non prescrits par une autorité médicale compétente ;
- ! Les accidents de la route survenant alors que l'Assuré conduisait et avait un taux d'alcoolémie supérieur au maximum fixé par la législation, ou était sous l'emprise de stupéfiants hors de toute prescription médicale ;
- ! Toute participation à titre amateur ou professionnels à des matches, épreuves, raid ou compétitions sportives nécessitant l'usage d'engins à moteur terrestre, aquatique ou aérien, que ce soit en qualité de pilote ou de passager.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Le capital en cas de décès n'est pas dû lorsque le décès survient plus de 12 mois des suites d'un accident garanti
- ! Aucun capital en cas d'Infirmité Permanente Accidentelle n'est due si le taux d'infirmité est inférieur ou égal à 5%.
- ! L'indemnité journalière hospitalière est versée pour toute hospitalisation de plus de 24 heures continues et pour une durée maximum de 60 jours.
- ! Le capital versé en cas de fracture ou de brûlure en cas d'accident est versé 1 fois par an et par assuré et pour une superficie de brûlure est d'au moins 9%.

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

La garantie Néoliane Multi-accidents est accordée en France et dans le monde entier. Les hospitalisations hors de la France (y compris la Corse et Régions d'Outre-Mer et les Collectivités d'Outre-Mer) sont prises en charge dès lors qu'elles interviennent à l'occasion de séjours de moins de trois mois et dans la limite de 60 jours d'indemnisation.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

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

A la souscription du contrat :

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

En cours de contrat :

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

En cas de sinistre :

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



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

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



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

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

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

L'adhésion prend automatiquement fin :

- En cas de décès de l'Adhérent ;
- Déménagement hors de la France métropolitaine ;
- Au 31 décembre de l'année des soixante-quinze (75) ans de l'Adhérent ;
- Pour le conjoint, au 31 décembre de l'année de ses soixante-quinze (75) ans ou au jour de son décès ;
- Au jour de la résiliation de l'adhésion ;
- Pour le Conjoint et/ou les Enfants, au jour de la perte de la qualité d'Assuré.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux (2) mois.

Par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à :

- Néoliane Santé – Service Résiliation – 143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R – Bat C – 06205 NICE CEDEX 3**
- Sur l'espace adhérent : **www.neoliane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter »**

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



Multi-Accidents



néoliane

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

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

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

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

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



Si vous imprimez ce document,
pensez à le trier !