

RÈGLEMENT  
MUTUALISTE

# GARANTIES

FlexéoSanté +

**SUR-COMPLÉMENTAIRE SANTÉ INDIVIDUELLE**

BRANCHES 1 & 2  
2018

**viasanté**

LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

*Acteur de votre santé*



# CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## Préambule - Principes et valeurs mutualistes

L'adhésion à la Mutuelle est régie par :

- le code de la mutualité,
- les statuts,
- le présent règlement mutualiste,
- le bulletin d'adhésion,
- le règlement intérieur de la Mutuelle.

Les modalités de fonctionnement décrites dans ces différents documents sont fondées sur des principes et valeurs mutualistes de solidarité consistant :

- à être ouverte à tous : la Mutuelle couvre chacun, quelle que soit sa situation sociale et professionnelle. Elle permet de bénéficier d'une assurance complémentaire adaptée et de la conserver tout au long de sa vie,
- à refuser la sélection médicale qui consisterait à n'accepter que les personnes en bonne santé : la Mutuelle assure la protection de chacun quel que soit son état de santé présent ou futur,
- à être à l'écoute des familles mutualistes en difficulté et à leur venir en aide grâce aux dispositifs de solidarité mis en place à cet effet.

Les règles définies par la Mutuelle ont pour but de préserver l'intérêt général des mutualistes qui pourrait être affecté par des comportements individuels opportunistes. Or, tous les adhérents, ensemble, pourvoient à leur protection réciproque. Ils ont donc des droits mais aussi des devoirs.

La Mutuelle attend de chaque mutualiste une attitude responsable fondée sur la défense de l'intérêt général. C'est la condition requise pour assurer la pérennité d'une protection complémentaire de qualité au plus juste prix.

## ARTICLE 1 - OBJET DU RÈGLEMENT

Les dispositions du présent règlement déterminent les conditions dans lesquelles VIASANTÉ Mutuelle assure les garanties souscrites par ses membres participants dans le cadre d'opérations individuelles.

Elles s'appliquent à tous les membres participants et à leurs ayants droit inscrits en tant que tels.

Le règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et VIASANTÉ Mutuelle c'est-à-dire les droits et obligations respectifs en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Les membres participants ou honoraires y ayant adhéré sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et qu'au règlement intérieur.

Il est élaboré par le Conseil d'administration et adopté par l'Assemblée générale. Il est régi par le code de la mutualité.

Toutes les dispositions légales ou réglementaires d'ordre public qui interviendraient postérieurement à la rédaction de ce règlement, seront immédiatement applicables. Elles devront y être intégrées le cas échéant lors de la prochaine Assemblée générale.

## ARTICLE 2 - MODIFICATIONS DU RÈGLEMENT

Les modifications du règlement sont proposées par le Conseil d'administration, approuvées par l'Assemblée générale et portées à la connaissance des membres participants et honoraires. Elles s'imposent aux membres participants et à leurs ayants droit dès cet instant.

## ARTICLE 3 - OBJET DES GARANTIES SUR-COMPLÉMENTAIRES FLEXÉOSANTÉ+

Les garanties sur-complémentaires proposées par VIASANTÉ Mutuelle, visent le remboursement de frais de santé en complément de celles servies, par les régimes d'assurance maladie obligatoire et celles servies par un régime complémentaire.

Il s'agit de couvertures supplémentaires destinées à compléter les garanties d'une première assurance maladie complémentaire sur certains postes de soins.

Certaines prestations non prises en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire et les régimes d'assurance maladie complémentaire peuvent également être allouées.

Les garanties décrites dans le présent règlement ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « Responsables » issus de l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

## ARTICLE 4 - OBLIGATIONS D'INFORMATION

### 4.1. Informations préalables

VIASANTÉ Mutuelle fournit aux futurs membres participants, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion ainsi que les statuts, le règlement mutualiste et le document d'information sur le produit d'assurance qui décrivent précisément leurs droits et obligations réciproques et les règles de fonctionnement des différentes instances.

### 4.2. Informations préalables en cas de vente à distance

En cas de vente à distance, l'article L. 221-18 du code de la mutualité précise les informations devant être transmises au futur membre participant avant son adhésion. Ces informations sont pour l'essentiel :

- la dénomination de la Mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro SIREN, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle,
- le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant au membre participant de vérifier celle-ci,
- les garanties / options et exclusions prévues par le règlement,

- la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance,
- l'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le membre participant doit également être informé du montant de la cotisation que VIASANTÉ Mutuelle peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie / option à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation....

### 4.3. Faculté de renonciation en cas de vente à distance

Conformément aux articles L221-18 et L221-18-1 du code de la mutualité et lorsque le membre participant a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter de la signature du bulletin d'adhésion, ou la date de réception des conditions d'adhésion et les informations citées à l'article 4-2 du présent règlement si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni supporter des pénalités, précisant son souhait de mettre fin à la garantie / option telle que :

« J'ai souscrit une adhésion pour le produit « Nom de la garantie » auprès de votre organisme le .../.../....., sous le numéro ..... Après réflexion, et comme quatorze jours ne sont pas écoulés depuis la signature du bulletin d'adhésion (ou depuis que j'ai reçu les conditions d'adhésion si cette date est postérieure), je déclare renoncer à mon adhésion en application des dispositions de l'article L.221-18 du code de la mutualité. Date et signature »

Le membre participant sera tenu au paiement des cotisations sur la période où le risque a couru.

En cas de versement de prestations, à la demande expresse de l'adhérent, avant l'expiration du délai de renonciation, celui-ci devra restituer à la Mutuelle le montant correspondant auxdites prestations dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 30 jours à compter de la date de renonciation. En contrepartie, la Mutuelle s'engage à restituer la cotisation si celle-ci a été perçue.

### 4.4. Faculté de renonciation suite au démarchage

Dans les quatorze jours, jours fériés compris, à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, le membre participant a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée adressée à son centre de gestion et rédigée telle que :

« Je soussigné, déclare annuler l'adhésion ci-après :

- Nature de la garantie souscrite et options le cas échéant :
- Date de signature du bulletin d'adhésion :
- Nom, prénom de l'adhérent :
- Adresse de l'adhérent :
- Signature de l'adhérent : »

Ce délai commence à courir le lendemain du jour où a été signé le bulletin d'adhésion par le membre participant. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

L'adhésion prendra effet à la fin du délai de renonciation de 14 jours prévu par le code de la consommation.

### 4.5. Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution

Conformément au code de la mutualité, VIASANTÉ Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

# CHAPITRE II - ADHÉSION

## ARTICLE 5 - CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DES GARANTIES SUR-COMPLÉMENTAIRES INDIVIDUELLES

Peuvent bénéficier des garanties prévues par le présent règlement, les personnes physiques âgées d'au moins 16 ans et de 65 ans au plus l'année civile de la souscription qui adhèrent à VIASANTÉ Mutuelle, ainsi que leurs ayants droit tels que définis ci-après bénéficiant d'un régime français obligatoire ou volontaire d'assurance maladie, résidant sur le territoire français et bénéficiant d'une première assurance maladie complémentaire.

Les personnes redevables d'une dette envers la Mutuelle au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion. Elles doivent compléter et signer un bulletin d'adhésion, et fournir une photocopie de leur carte d'assuré social. Toute fausse déclaration peut entraîner l'exclusion de l'adhérent dans les conditions précisées à l'article 13 des statuts.

## ARTICLE 6 - ADHÉSION

### 6.1. Droit d'adhésion

Un droit d'adhésion peut être demandé aux membres participants indépendamment des cotisations versées en contrepartie des garanties assurées. Son montant est arrêté par l'Assemblée générale.

### 6.2. Modalités d'adhésion

L'engagement réciproque du membre participant ou honoraire et de VIASANTÉ Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et du présent règlement. VIASANTÉ Mutuelle est tenue au respect des formalités prescrites par les textes en vigueur.

Le bulletin d'adhésion indique notamment :

- la date d'effet de la garantie souscrite,
- les bénéficiaires de la garantie souscrite,
- les conditions d'entrée en vigueur de la garantie,
- le montant ou taux et assiettes de cotisations,
- la garantie choisie.

Le détail des prestations fournies au titre de la garantie souscrite est annexé au bulletin d'adhésion et figure au début du présent document.

### 6.3. Caractère familial de l'adhésion

L'adhésion du membre participant entraîne l'affiliation de tout ou partie de ses ayants droit (cf. article 8.1 du présent règlement) Tous les bénéficiaires sont inscrits sur le même contrat et bénéficient de la même garantie que le membre participant.

### 6.4. Limite d'âge à l'adhésion

La limite d'âge est de 65 ans au plus l'année civile de l'adhésion à la garantie soumise au présent règlement.

### 6.5. Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, et se renouvelle chaque année, à effet du 1<sup>er</sup> janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation dans les conditions prévues au chapitre IV du présent règlement.

**L'adhésion prend effet au plus tôt au premier jour du mois durant lequel VIASANTÉ Mutuelle reçoit le dossier complet si celui-ci est envoyé au plus tard le 15 du mois, le cachet de la poste faisant foi.**

**Si le dossier complet a été envoyé après le 15 à VIASANTÉ Mutuelle, l'adhésion prend effet au plus tôt au premier jour du mois suivant.**

Si le membre participant souhaite, après son adhésion, faire bénéficier ses ayants droit des garanties prévues par le présent règlement (cf. article 8.1. du présent règlement), il doit remplir un avenant au bulletin d'adhésion, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives. Les règles relatives à la date d'effet de l'affiliation de l'ayant droit sont les mêmes que celles applicables à l'adhésion du membre participant.

## ARTICLE 7 - ENGAGEMENT DU MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de l'établissement de son contrat individuel. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner sa déchéance et les sanctions prévues aux Statuts et Règlements.

Par ailleurs, le membre participant est tenu d'informer VIASANTÉ Mutuelle, dans un délai de trois mois, de toutes les modifications concernant :

- son état civil,
- son adresse,
- sa situation matrimoniale,
- sa situation familiale,
- sa situation socioprofessionnelle,
- son ouverture de droits au regard des régimes d'assurance maladie obligatoires,
- ses coordonnées bancaires,

et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour VIASANTÉ Mutuelle.

Seules les informations et demandes de modifications fournies par le membre participant seront prises en compte par VIASANTÉ Mutuelle.

## ARTICLE 8 - BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

### 8.1. Membre participant et ses ayants droit

Le membre participant est la personne physique qui bénéficie de prestations et en ouvre le droit à ses ayants droit pour lesquels il a demandé l'affiliation à VIASANTÉ Mutuelle et acquitte les cotisations correspondantes.

Par bénéficiaires, il faut entendre le membre participant et les ayants droit à savoir :

- son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) de 65 ans au plus l'année civile de l'affiliation,
- les enfants âgés de moins de 21 ans figurant sur l'attestation Sécurité sociale du membre participant ou celle de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS,
- les enfants âgés de moins de 26 ans assurés à titre personnel à un régime français obligatoire ou volontaire d'assurance maladie mais restant à la charge du membre participant (étudiants, demandeurs d'emploi et apprentis percevant une rémunération mensuelle brute inférieure à 60% du SMIC),
- les personnes de 70 ans au plus l'année civile de l'affiliation qui vivent avec un adhérent et se trouvent à sa charge effective, totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve

Il est à noter que les ayants droit de moins de 26 ans doivent cotiser isolément comme membre participant à compter du 1<sup>er</sup> jour de l'année suivant celle où ils perdent leur qualité d'ayant droit ou atteignent leur 26<sup>e</sup> anniversaire.

Un enfant mineur ne possédant pas sa propre immatriculation à un régime d'assurance maladie ne peut être membre participant. Néanmoins, 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.

### 8.2. Adjonction des membres bénéficiaires

Seul le membre participant peut demander à tout moment l'adjonction des ayants droit.

## CHAPITRE III OUVERTURE, MODIFICATION, CESSATION DES GARANTIES SUR-COMPLÉMENTAIRES ET EXCLUSION

### ARTICLE 9 - ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

La garantie s'applique à partir de la date d'effet fixée au bulletin d'adhésion sous condition d'encaissement du premier règlement.

### ARTICLE 10 - MODIFICATIONS DE GARANTIE À L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT

Le changement de garantie ne peut intervenir **qu'au 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile** et si le membre participant bénéficie à cette date d'une ancienneté d'au moins six mois dans sa précédente garantie (exemple : en cas d'adhésion le 1<sup>er</sup> septembre 2015, le changement ne peut prendre effet qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017). Dans ce cas, le membre participant doit en faire la demande par écrit à la Mutuelle avant le 31 octobre, le droit aux prestations dans la nouvelle garantie prenant effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant.

Néanmoins, si l'avis d'échéance annuelle de cotisation est adressé moins de quinze jours avant la date limite d'exercice du droit à changement de garantie (qui est le 31 octobre), ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'adhérent dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour modifier de garantie. Ce délai court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

En tout état de cause, **aucun changement de garantie à la hausse ne peut intervenir après 65 ans.**

**Par ailleurs, aucun changement de garantie à la hausse ne peut intervenir à la suite d'une diminution de garantie qu'à l'expiration d'un délai de 1 an (minimum 12 mois) et à effet du 1<sup>er</sup> janvier avec demande par écrit à la Mutuelle avant le 31 octobre.**

**Une diminution de garantie ne peut intervenir qu'à condition d'avoir bénéficié de la garantie précédente pendant au moins 1 an (12 mois minimum) et à effet du 1<sup>er</sup> janvier avec demande par écrit à la Mutuelle avant le 31 octobre.**

Pour définir s'il s'agit d'une augmentation ou d'une diminution de garantie, il conviendra de se référer à la cotisation déterminée selon des critères identiques (notamment âge).

### ARTICLE 11 - MODALITÉS D'APPLICATION DES DÉLAIS DE CARENCE À L'ADHÉSION ET EN CAS DE CHANGEMENT DE GARANTIE

- Un délai de carence de trois mois est appliqué à toutes les garanties. Les conditions d'exonération sont précisées à l'article 23.1.2.
- Les délais de carence relatifs à la garantie sur-complémentaire s'appliquent en cas de changement de garantie selon les modalités suivantes.
  - En cas d'augmentation de garantie, le bénéficiaire se verra attribuer le montant correspondant au niveau de la garantie sur-complémentaire à laquelle il aurait pu prétendre dans sa précédente garantie sur-complémentaire VIASANTÉ.
  - En cas de diminution de garantie, le bénéficiaire se verra attribuer le montant correspondant au niveau de sa nouvelle garantie sur-complémentaire.

### ARTICLE 12 - MODIFICATION DES PRESTATIONS À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

Le montant des prestations peut être modifié à tout moment par l'Assemblée générale de VIASANTÉ Mutuelle ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les modifications du niveau des prestations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

## ARTICLE 13 - CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

### 13.1. Cessation des garanties

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- à la date d'effet de la résiliation par le membre participant selon les conditions prévues à l'article 15 du présent règlement,
- en cas de résiliation du membre participant par la Mutuelle pour non paiement des cotisations selon les conditions prévues à l'article 21.4. du présent règlement,
- en cas d'exclusion du membre bénéficiaire prévue à l'article 14 du présent règlement,
- pour les membres participants ou les ayants droit, dans le cas où les conditions posées à l'article 5 du présent règlement ne sont plus remplies.

La fin de l'adhésion du membre participant entraîne automatiquement la fin de la couverture de ses ayants droit.

### 13.2. Suspension des garanties

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties dans les conditions prévues à l'article 21.4. ci-après. Dans ce cas là, aucune prestation n'est due pendant la période de suspension.

## ARTICLE 14 - EXCLUSION D'UN MEMBRE PARTICIPANT OU D'UN AYANT DROIT

**Peuvent être exclus les membres qui portent volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle ou qui refusent de se soumettre à ses statuts et règlements.**

Tout membre participant ou un de ses ayants droit pourra également être exclu en cas de :

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

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

Les modalités sont précisées à l'article 13 des statuts.

## CHAPITRE IV - MODALITÉS DE RÉSILIATION

### ARTICLE 15 - RÉSILIATION ANNUELLE

Dans le respect des dispositions de l'article L. 221-10 du code de la mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée à VIASANTÉ Mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle de l'adhésion, soit avant le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi.

Cette résiliation prendra effet le 31 décembre à minuit de l'année en cours.

Cette date limite d'exercice par le membre participant du droit à résiliation de son adhésion est rappelée dans chaque avis d'échéance annuel de cotisation. Lorsque l'avis est adressé au membre participant moins de quinze jours avant le 31 octobre ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance annuel (cachet de la Poste faisant foi) pour dénoncer la reconduction. À défaut de cette information dans l'avis d'échéance annuel, le membre participant peut mettre fin à son adhésion, à tout moment par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée avant la date d'échéance suivante. La résiliation prendra alors effet le lendemain du jour suivant la réception du courrier recommandé par VIASANTÉ Mutuelle.

La fin de l'adhésion du membre participant emporte celle de ses éventuels ayants droit.

Le membre participant peut également demander selon les mêmes dispositions la résiliation d'un de ses ayants droit.

### ARTICLE 16 - RÉSILIATIONS EXCEPTIONNELLES

#### 16.1. À l'initiative de la Mutuelle

VIASANTÉ Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant :

- en cas de non paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article 21.4. du présent règlement,
- en cas de fausse déclaration intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du code de la mutualité,
- en cas de fausse déclaration non intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du code de la mutualité.

#### 16.2. À l'initiative du membre participant

##### a) Cas particulier des personnes décédées

En cas de décès d'un membre bénéficiaire, la copie de l'acte de décès doit être transmise à VIASANTÉ Mutuelle pour que la résiliation puisse être prise en compte. La résiliation intervient le lendemain de la date apparaissant sur l'acte de décès ; la cotisation est due jusqu'à cette date.

Les cotisations versées pour la période postérieure à la date de résiliation seront remboursées :

- au conjoint ayant droit au contrat sur présentation de l'acte de décès,
- à tout membre de la famille sur présentation d'un certificat d'hérédité.

À défaut de présentation du certificat d'hérédité, c'est au notaire que le remboursement sera effectué.

##### b) Résiliations dérogoires

Le membre bénéficiaire perdant sa qualité d'ayant droit (divorce/ séparation, enfant n'étant plus à charge ...) : sur demande du membre participant la résiliation intervient le dernier jour du mois de la réception de ladite demande écrite accompagnée des justificatifs le cas échéant. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées au membre cotisant.

### ARTICLE 17 - CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION

Les cotisations des périodes antérieures à la date d'effet de la résiliation restent dues dans tous les cas.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

VIASANTÉ Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

**En aucun cas, le membre participant exclu pour des faits ayant causé un préjudice à VIASANTÉ Mutuelle ne pourra devenir ayant droit d'un membre participant (conjoint ou autre) ou adhérer de nouveau à VIASANTÉ Mutuelle, sauf décision contraire du Conseil d'administration.**

## CHAPITRE V - COTISATIONS

### ARTICLE 18 - FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées par l'Assemblée générale de VIASANTÉ Mutuelle ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les cotisations peuvent être indexées au 1<sup>er</sup> janvier et au 1<sup>er</sup> juillet de chaque exercice civil par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévue sur la base des éléments fournis par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie pour l'exercice en cours,
- de l'équilibre global du portefeuille de VIASANTÉ Mutuelle.

### ARTICLE 19 - MODE DE CALCUL DES COTISATIONS

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie impactant notamment les prestations et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes. Elles sont également déterminées en fonction de la garantie souscrite, de l'âge du membre bénéficiaire au moment de l'adhésion, du régime d'assurance maladie et du lieu de résidence du membre participant. L'âge retenu pour le calcul de la cotisation est l'âge atteint en cours d'année, celui-ci est calculé par différence entre l'année en cours et l'année de naissance du membre bénéficiaire.

Ex : bénéficiaire né en 1974, âge retenu pour le calcul de la cotisation 2014 : 40 ans.

Les cotisations évoluent par la suite en fonction de l'âge, ou en cas de changement de résidence principale (changement de zonier). Le montant des cotisations est indiqué dans le bulletin d'adhésion. La cotisation tient compte des cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques (fédérations, unions...) et des frais de gestion y afférents. À cette cotisation s'ajoutent les taxes de nature réglementaire en vigueur.

### ARTICLE 20 - GRATUITÉ TROISIÈME ENFANT

La gratuité est accordée aux enfants à charge de moins de 26 ans de 3<sup>e</sup> rang et plus, dans la mesure toutefois où tous les enfants sont inscrits sur un même contrat.

### ARTICLE 21 - PAIEMENT DES COTISATIONS

#### 21.1. Principe général

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle.

#### 21.2. Avis de paiement de cotisation

La cotisation est appelée par « un avis de paiement de cotisations » adressé à chaque membre participant annuellement. La non réception de l'avis de paiement par le membre participant ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit, dans cette hypothèse, contacter VIASANTÉ Mutuelle.

#### 21.3. Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est due au 1<sup>er</sup> janvier pour tout membre inscrit au 31 décembre de l'année précédente ou, pour les nouveaux membres participants, à partir de la date d'effet du contrat. Elle est réglée par prélèvement bancaire, chèque ou virement. Pour faciliter son règlement, la Mutuelle permet le fractionnement.

Le non règlement de l'une des échéances, sauf dispositions ayant reçu l'accord de la Mutuelle, entraîne automatiquement l'exigibilité immédiate du solde annuel non réglé.

Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut être :

- mensuelle, (hormis règlement par chèque)
- trimestrielle,
- semestrielle.

Le fractionnement ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

#### 21.4. Non paiement des cotisations

En respect de l'article L 221-7 du code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour VIASANTÉ Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, la garantie sera suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

VIASANTÉ Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend ses effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour où a été payée à VIASANTÉ Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

## CHAPITRE VI - PRESTATIONS

### ARTICLE 22 - MODALITÉS D'APPLICATION DES GARANTIES SUR-COMPLÉMENTAIRES

Les garanties du contrat sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

## 22.1. Champ d'application des garanties

En fonction du niveau de garantie souscrit, les garanties sur-complémentaires peuvent prendre en charge, totalement ou partiellement, et dans la limite du niveau de garantie choisi les frais détaillés à l'article 22.4.

## 22.2. Fonctionnement des garanties

Les remboursements sont plafonnés selon le niveau choisi, conformément aux tableaux des garanties et sous déduction des prestations d'autres organismes.

Le cumul des divers remboursements obtenus par un assuré ne peut excéder la dépense réelle.

Les forfaits annuels s'entendent par année civile et par bénéficiaire. Il se renouvelle donc chaque 1<sup>er</sup> janvier.

## 22.3. Hospitalisation en ambulatoire

Seules les hospitalisations ambulatoires donnant lieu à une intervention chirurgicale peuvent donner lieu à une prise en charge dans le cadre du présent règlement.

## 22.4. Formules de garantie FlexéoSanté+

### 4 niveaux de garantie sont proposés

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4
Indemnité hospitalière	17€/jour	25€/jour	35€/jour	45€/jour
Indemnité chirurgicale	50€	70€	90€	110€
Généraliste*	-	-	5€/consultation	10€/consultation
Spécialiste*	-	10€/consultation	10€/consultation	20€/consultation
*consultations généralistes + spécialistes : limitation de 10 consultations par an				
<b>OPTIQUE : forfait tous les 2 ans</b>				
Montures et verres si prise en charge RO Lentilles acceptées ou refusées par le RO	-	100€	150€	250€
<b>DENTAIRE</b>				
Prothèses remboursées / implants	-	200€/an	300€/an	400€/an
Orthodontie acceptée ou refusée par le RO / semestre	-	200€	300€	350€
<b>BIEN ÊTRE : forfait par année civile</b>				
Forfait Bien être : contraception, sevrage tabagique, médecine douce et automédication	100€	70€	100€	150€

### Durée et service de la prestation indemnité hospitalière

Sur présentation d'un certificat de séjour et de justificatifs de dépenses, une indemnité hospitalière est versée par journée d'hospitalisation afin de couvrir les frais suivants :

- Chambre particulière en établissement d'hospitalisation
- Frais d'accompagnants (repas pris dans la ville où se situe l'établissement ou dans un rayon de 10 km autour de celui-ci et couchette en établissement d'hospitalisation)
- Frais d'hôtel des accompagnants (maximum 2 personnes) si l'hospitalisation de l'adhérent est à plus de 50 km de son lieu d'habitation
- Forfait hospitalier, frais de télévision
- Dépassements d'honoraires en cas d'intervention chirurgicale, y compris de type ambulatoire

Peut se rajouter, sur présentation de justificatifs de dépenses, une indemnité chirurgicale accordée une fois par séjour, en cas d'intervention chirurgicale.

Ces 2 types d'indemnités constituent une enveloppe globale qui peut être affectée en totalité à la prise en charge de dépassements d'honoraires ou toutes autres dépenses rentrant dans le champ d'application de la garantie.

Les indemnités sont calculées à compter du premier jour d'hospitalisation et dans la limite de 240 jours par bénéficiaire et par année civile, le crédit d'indemnisation se reconstituant au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

Toutefois, les séjours en établissements de repos et de convalescence sont pris en charge dans une limite de 30 jours par bénéficiaire et par année civile, si l'adhérent a subi une intervention chirurgicale et si son entrée dans l'un des établissements précités suit immédiatement sa sortie du centre hospitalier ou de la clinique où s'est déroulée l'intervention chirurgicale.

Les séjours en établissements de rééducation fonctionnelle et motrice sont pris en charge dans une limite de 30 jours par bénéficiaire et par année civile.

En cas de coma de longue durée, la durée d'indemnisation est limitée à 240 jours, toutefois le crédit d'indemnisation n'est pas reconstitué.

### Forfait Bien être

Le forfait bien être est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative

faisant mention de la nature de l'acte). Il comprend le remboursement :

- dans le cadre des médecines douces : des actes d'ostéopathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, acupuncteur, pédicure-podologue, nutritionniste.

Le remboursement des frais engagés est soumis :

- concernant l'ostéopathie, à la présence du praticien sur la liste déposée auprès du préfet,
- concernant les autres disciplines au respect des conditions suivantes :
  - . à la détention par le praticien du diplôme correspondant à la discipline,
  - . à l'exercice dans un cadre légal,
  - . à l'affiliation à une organisation professionnelle reconnue correspondant à la discipline.
- dans le cadre de la contraception : pilule, implant, stérilet, et contraception d'urgence avec facture et sans prescription (pilule du lendemain).
- dans le cadre du sevrage tabagique : sont remboursés les dispositifs qui peuvent être pris en charge par le RO, sur présentation de l'original d'une facture détaillée et nominative d'un pharmacien.
- dans le cadre de l'automédication : forfait versé sur facture détaillée et nominative d'un pharmacien indiquant un taux de TVA inférieur à 20% applicable à chaque produit.
- L'automédication comprend les médicaments homéopathiques et les médicaments remboursables et non remboursables qui sont achetés sans ordonnance ou sans prescription, sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM.

## 22.5. Remboursement exclus

Les garanties sur-complémentaires ne prennent pas en charge les frais relatifs :

- aux hospitalisations débutant avant la prise d'effet de l'adhésion ou pendant les délais de carence,
- aux hospitalisations ne donnant pas lieu à une prise en charge de la Sécurité sociale,
- aux séjours dans des établissements situés hors du territoire national,
- aux hospitalisations ambulatoires autres que chirurgicales,
- aux séjours dans les établissements spécialisés à savoir : les maisons de plein-air, de retraite, les établissements et services thermaux-climatiques, diététiques, centres hélio-marins, hospices de vieillards, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, centres médicaux ou psychopédagogiques, les séjours en établissements à caractère sanitaire, centres de vacances, aériums, homes d'enfants,
- aux cures de désintoxication liées à la tabagie, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, cures de sommeil, les traitements esthétiques, de rajeunissement, de check-up,
- aux malformations congénitales et leurs complications, aux maladies mentales,
- aux tentatives de suicide ou tout acte intentionnel,
- à la participation volontaire à des émeutes, mouvements populaires, rixes, paris et crimes,
- aux faits de guerre civile et étrangère,
- à la désintégration du noyau atomique, cataclysme, tremblement de terre,
- à la pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel ainsi qu'à l'usage d'aéronefs privés.

Par ailleurs, elles ne remboursent pas la participation forfaitaire restant à la charge de l'assuré sur les actes lourds, mis en place le 1<sup>er</sup> septembre 2006.

La participation forfaitaire et les franchises médicales, prévues à l'article L.160-13-2 du code de la Sécurité sociale, restent à la charge des assurés.

Tous les soins engagés antérieurement à la date d'adhésion ou à la date d'entrée en vigueur des garanties ne donnent pas droit à prise en charge de la part de VIASANTÉ Mutuelle. Par soins engagés, il faut entendre la date de réalisation des soins.

Par ailleurs, sauf dispositions contraires aux conditions particulières, ne sont pas couverts les frais de soins :

- engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale,
- déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,
- engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par VIASANTÉ Mutuelle sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties prévues au contrat,
- non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale et non couverts par la formule de garanties,

## ARTICLE 23 - MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

En application des dispositions de l'article L224-8 du code de la mutualité, les remboursements effectués par VIASANTÉ Mutuelle, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L861-3 du code de la Sécurité sociale.

En application de la loi Evin du 31 décembre 1989, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du règlement peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

## 23.1. Conditions de versement des prestations

### 23.1.1. Mise en jeu des garanties

Pour percevoir les prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations et des éventuels frais de recouvrement.

Sous réserve d'éventuels délais de stage, les prestations sont servies dès la prise d'effet de l'adhésion, à condition que la date de soins et la date de survenance des événements soient postérieures à la prise d'effet de l'adhésion.

### 23.1.2. Délais de carence

À compter du 1<sup>er</sup> jour du mois où l'adhésion prend effet, s'écoule un délai de carence ou délai d'attente du droit au remboursement des prestations de 3 mois. Il se calcule entre la date d'effet de l'adhésion et la date des soins dont le remboursement est demandé (exemple : adhésion au 1<sup>er</sup> juillet – délai de carence de 3 mois – droit aux prestations à partir du 1<sup>er</sup> octobre).

Il est à noter que les hospitalisations qui débutent pendant le délai de carence ne font l'objet d'aucune prise en charge.

Une exonération de délai de carence ou délai d'attente est possible dans les cas suivants :

- Adhérent souscrivant une formule sur-complémentaire individuelle FlexéoSanté+ dans les 3 mois qui suivent sa souscription à un contrat collectif ou individuel au sein de la Mutuelle.
- Conjoint inscrit dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date du mariage.
- Partenaire inscrit dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date de la signature du PACS.
- Enfant inscrit dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date de naissance ou d'adoption.

Une exonération des délais de carence s'applique aux indemnités hospitalières et chirurgicales suite à un accident, la preuve de l'accident étant à la charge de l'adhérent.

### 23.1.3. Pièces à fournir

Le versement des prestations par VIASANTÉ Mutuelle est, le cas échéant, subordonné au paiement (selon les systèmes de transmission en place) de la prise en charge par le régime d'assurance maladie, à la production du décompte établi par le régime d'assurance maladie, d'une facture acquittée originale, ou encore de tout autre justificatif nécessaire au déclenchement de la prestation. Seuls les documents originaux peuvent être pris en compte, à l'exception des décomptes dématérialisés de régime obligatoire.

VIASANTÉ Mutuelle se réserve le droit de demander, le cas échéant, toute autre pièce justificative même en cas de liaison établie entre VIASANTÉ Mutuelle et le régime d'assurance maladie.

### 23.1.4. Produits achetés via Internet ou produits non remboursés par le RO achetés à l'étranger

Les produits non remboursés par le RO achetés à l'étranger ne sont pas pris en charge.

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

- Les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencé par l'ordre national des pharmaciens sur son site ;
- Les produits optique relevant de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.

## 23.2. Modalités de règlement des prestations

Les prestations sont réglées directement :

- au membre participant,
- ou à ses ayants droit de plus de 16 ans, sauf refus exprès de leur part, ou non communication d'un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne qui leur est propre.

Les prestations sont réglées par virement sur compte bancaire ou de caisse d'épargne.

### 23.3. Modalités de restitution des prestations indûment versées

De manière générale, les sommes indûment versées font l'objet d'une régularisation. Le membre participant est informé par courrier de la somme qu'il doit rembourser dès réception dudit courrier. En l'absence de règlement de l'indu, la Mutuelle se réserve le droit de retenir les prestations.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par VIASANTÉ Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par VIASANTÉ Mutuelle seraient réduites à due concurrence et les dispositions de l'article 2 du décret n°90-769 du 30 août 1990 seront appliquées.

Le membre bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit un remboursement pour les frais pris en charge par VIASANTÉ Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

### 23.4. Forclusion

Les demandes de remboursement accompagnées des justificatifs nécessaires doivent parvenir à la Mutuelle au plus tard 24 mois à compter de l'événement qui y donne naissance sauf exceptions visées à l'article 24 du présent règlement.

## ARTICLE 24 - PRESCRIPTION

En application des dispositions de l'article L 221-11 du code de la mutualité, toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ces délais ne courent :

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

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

Selon les cas et hormis les accords de télétransmission avec d'autres organismes payeurs, les demandes de paiement des prestations, décomptes du régime de l'Assurance Maladie et facture acquittée doivent être produits dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins ou de facturation. À l'expiration des délais susmentionnés, le membre participant est déchu du bénéfice des prestations.

## ARTICLE 25 - SUBROGATION - RECOURS CONTRE TIERS

VIASANTÉ Mutuelle est subrogée dans les droits du membre bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que VIASANTÉ Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par VIASANTÉ Mutuelle n'indemnisé ces éléments de préjudice. En est exclu, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit qui leur demeure acquise.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé à la Mutuelle que si celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée. Il ne devient définitif que 15 jours après l'envoi de cette lettre.

La Mutuelle est également subrogée dans les droits de ses membres bénéficiaires pour le règlement des prestations afférentes aux dossiers de ces derniers au regard des organismes de Sécurité sociale et de mutualité sociale agricole ou de tout autre organisme similaire dont ils dépendent obligatoirement.

## ARTICLE 26 - ACCIDENT

Il est précisé que dans tous les cas d'accidents, les membres bénéficiaires devront faire à VIASANTÉ Mutuelle une déclaration mentionnant l'existence d'un ou plusieurs contrats d'assurance les garantissant dans ce domaine et précisant les conditions dans lesquelles l'accident a eu lieu, les noms et coordonnées des tiers impliqués et des témoins ainsi que la prise en charge dudit accident par l'organisme susvisé.

### Accidents du travail :

Sont exclues des garanties, les conséquences provenant d'un accident du travail, qu'il soit régi par les législations spéciales en cette matière ou qu'il soit survenu au cours ou à l'occasion de l'exercice d'une profession, d'un métier, d'un commerce, dans la mesure où le membre bénéficiaire dispose de la couverture prévue à cet effet par les textes législatifs et réglementaires.

L'intervention de VIASANTÉ Mutuelle est ici limitée à la couverture des actes hors nomenclatures et des dépassements d'honoraires inscrits dans la garantie souscrite par le membre bénéficiaire.

### Accident de droit commun :

En cas d'accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, VIASANTÉ Mutuelle n'intervient qu'à défaut de police d'assurance individuelle souscrite par le membre dans la mesure où cette dernière ne couvre pas les frais chirurgicaux, médicaux ou d'hospitalisation, dans la limite des garanties souscrites par le membre bénéficiaire.

En cas de responsabilité contestée par le tiers, le membre bénéficiaire doit apporter la preuve à la Mutuelle qu'il a engagé, à l'encontre du tiers responsable ou de son assureur substitué, une action judiciaire, civile ou pénale, en vue de faire connaître son droit à réparation. La justification de cette action s'établit par la production de l'exploit introductif d'instance ou à défaut, par une pièce délivrée par le Greffier ou un Avocat.

VIASANTÉ Mutuelle accorde alors sa prise en charge mais par application des dispositions concernant la subrogation, elle est subrogée dans les droits de son membre victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

## ARTICLE 27 - FAUSSES DÉCLARATIONS

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, par VIASANTÉ Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant ou l'ayant droit a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

## CHAPITRE VII - ACTION SOCIALE

### ARTICLE 28 - COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE - ACTION SOCIALE

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

Chaque Commission entraide mutualiste - Action sociale se compose au maximum de 10 délégués ou administrateurs de la Mutuelle, elles se réunissent au moins trois fois par an.

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

## CHAPITRE VIII - PRÉVENTION

### ARTICLE 29 - ACTION DE PRÉVENTION

Des actions de prévention du type formation ou réunion d'information par exemple peuvent être mises en place à destination des membres participants et de leurs ayants droit.

## CHAPITRE IX - DISPOSITIONS DIVERSES

### ARTICLE 30 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

#### Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

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

- Des données relatives à votre âge, votre situation familiale et professionnelle, à votre santé. Ces données sont nécessaires à l'étude de vos besoins et de votre profil afin de vous proposer des produits et services adaptés ;
- De vos coordonnées de contact, votre Numéro d'Inscription au Répertoire\* (NIR) et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés ;

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

- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de complémentaire santé, individuelle ou collective ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de votre situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

- La lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- Les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

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

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

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

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

#### Quels sont vos droits et comment les exercer ?

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

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à VIASANTÉ Mutuelle, à l'attention du Délégué à la protection des données (DPD) - 1 avenue Carsalade du Pont - CS 89921 - 66866 PERPIGNAN cedex 9 ou à [DPD@viasante.fr](mailto: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 : <https://www.mutuelle-viasante.fr/> \*Numéro de Sécurité sociale

### ARTICLE 31 - OPPOSITION AU DEMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

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

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

### ARTICLE 32 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS, CONCILIATION ET MÉDIATION

Le traitement des réclamations est effectué par le service traitement des réclamations qui peut être saisi en adressant un courrier à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle, service réclamations, TSA 10005 à (11804) CARCASSONNE Cedex ou par courrier électronique à l'adresse suivante : [contact.reclamation@viasante.fr](mailto:contact.reclamation@viasante.fr) ou par téléphone au 09 69 39 3000

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du règlement, le membre participant peut avoir recours au conciliateur de la Mutuelle désigné par le Conseil d'Administration, en adressant un courrier au Secrétariat général de la Mutuelle, 12 place de la halle - 19100 BRIVE ou un courrier électronique à l'adresse suivante : [conciliation@viasante.fr](mailto:conciliation@viasante.fr).

Si le désaccord persiste, le membre participant pourra alors saisir gratuitement le service fédéral de médiation de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard 75015 PARIS. La demande présentée au médiateur doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de VIASANTÉ Mutuelle.

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

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

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

### ARTICLE 33 - INTERPRÉTATION

Les statuts, le règlement mutualiste ou le document d'information sur le produit d'assurance, le bulletin d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

### ARTICLE 34 - LOI APPLICABLE

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



## **UN FONCTIONNEMENT SOLIDAIRE ET DÉMOCRATIQUE**

VIASANTÉ Mutuelle est ouverte à tous, quel que soit l'âge et le régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Son fonctionnement repose sur un principe d'entraide solidaire : les cotisations de chacun permettent de surmonter les risques de tous. Les adhérents élisent leurs délégués à l'Assemblée générale. Ces derniers sont chargés de fixer les orientations de la Mutuelle et de veiller à leur bonne mise en oeuvre.

## **UN ACTE FORT : L'ADHÉSION VOLONTAIRE**

En choisissant d'adhérer à VIASANTÉ Mutuelle, vous devenez «membre participant» de votre Mutuelle. Que votre démarche soit individuelle ou s'effectue par l'intermédiaire d'une entreprise, vous avez des droits mais aussi des devoirs.

Adhérer vous engage à respecter les statuts, les décisions prises par l'Assemblée générale et le Conseil d'administration de la Mutuelle, les règlements mutualistes et/ou le cas échéant le contrat passé avec votre entreprise.