

# ASSURANCE PREVOYANCE

Document d'information sur le produit d'assurance



Concepteurs :

Mutuelle Bleue – Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, immatriculée en France sous le numéro SIREN 775 671 993

ADLP Assurances - courtier en assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°14001699 et immatriculée au RCS de Bobigny sous le n°799 342 118

Produit : AvoCotés Hospitalisation

**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de garantie sont détaillés dans la Notice d'information.**

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

AvoCotés Hospitalisation est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative destiné à garantir le versement d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation pour une Maladie ou un Accident.



## Qu'est-ce qui est assuré ?

Le montant des prestations figure dans la documentation contractuelle et varie en fonction du choix effectué par l'Adhérent.

### Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ Indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation d'un Assuré, pour toute période d'au moins 5 jours
- ✓ Indemnités journalières forfaitaires doublées si l'hospitalisation consécutive à un Accident

### Les services systématiquement prévus :

- ✓ Services d'assistance fournis par une société distincte de Mutuelle Bleue et présentés dans un document d'information sur le produit d'assurance dédié

**Les garanties précédées d'une coche signifient qu'elles sont systématiquement prévues au Contrat d'assurance.**



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les personnes voulant adhérer au Contrat ayant moins de 18 ans ou plus de 78 ans inclus à la date du bulletin d'adhésion
- ✗ Les personnes ne résidant pas fiscalement et de façon permanente en France métropolitaine



## Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

### PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Les tentatives de suicide
- ! Les conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie
- ! L'hospitalisation à domicile
- ! L'état de grossesse et ses conséquences
- ! Les séjours effectués dans des établissements classés comme maisons de repos, centres de convalescence, établissements thermaux, hospices, maisons de retraite et établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

### PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Les indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation sont versées dans la limite de 365 jours pour une hospitalisation résultant d'une Maladie et de 1095 jours pour une hospitalisation résultant d'un Accident
- ! La garantie couvre les hospitalisations de plus de 5 jours (en cas d'hospitalisation garantie, le montant des prestations est calculé dès le premier jour d'hospitalisation)
- ! Les hospitalisations intervenues durant les 12 premiers mois suivant la prise d'effet de l'adhésion ne sont pas garanties si elles sont liées à un accident ou une maladie antérieure à la date d'effet du contrat
- ! En cas d'hospitalisation concomitante de plus de 3 Enfants à charge, le montant des indemnités journalières versées est plafonné à 3 fois le montant défini par Enfant à charge divisé à parts égales entre les Enfants à charge bénéficiaires.



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties sont acquises en France métropolitaine y compris la Corse.



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de non garantie ou de résiliation :**

- **A la souscription du contrat**  
Compléter, dater et signer un bulletin d'adhésion ou satisfaire aux exigences requises lors d'une adhésion par téléphone.  
Régler la cotisation indiquée au contrat.
- **En cours de contrat**  
Déclarer tout changement de situation pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations.  
Régler la cotisation indiquée au contrat.
- **En cas de sinistre**  
L'Assuré doit informer ADLP Assurances et adresser un bulletin d'hospitalisation.  
Fournir tous documents justificatifs prévus au contrat et nécessaires au paiement des prestations prévues.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement par prélèvement automatique sur le compte à vue désigné à cet effet par l'Adhérent.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à partir de la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation et des contrôles obligatoires en matière de Lutte Contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme.

Le contrat est conclu pour une durée de 12 mois et se renouvelle ensuite d'année en année à la date anniversaire de l'adhésion par tacite reconduction.

Un délai de renonciation de 30 jours est ouvert à compter du moment où l'Adhérent est informé que la souscription a pris effet. Les modalités d'exercice du droit de renonciation sont détaillées dans le Contrat d'assurance.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter ADLP Assurances au 0974 75 01 75 (appel non surtaxé), du lundi au vendredi de 9h à 17h (sauf jours fériés).

Le contrat prend fin en cas de résiliation du Contrat, de non-paiement des cotisations par l'Adhérent, de décès de l'Adhérent (sauf cas de reprise de la qualité d'Adhérent par le Conjoint), de déménagement de l'Adhérent en dehors de la France, de démission de l'Adhérent de l'association ADPM et en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à Mutuelle Bleue, ainsi qu'au 31 décembre de l'année de l'année des 80 ans de l'Adhérent (sauf cas de reprise de la qualité d'Adhérent par le Conjoint).



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au Contrat par lettre recommandée avec avis de réception ou tout autre support durable adressé à ADLP ASSURANCES, deux (2) mois avant la première date d'anniversaire du Contrat.

Et à tout moment, au-delà de la première année d'adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à ADLP ASSURANCES. Dans cette hypothèse, la résiliation prendra effet à la date d'échéance mensuelle qui suit la date de réception de la lettre de résiliation.

Vous pouvez également résilier le contrat en cas de modification de vos droits et obligations dans le délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle Notice d'Information.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter ADLP Assurances au 0974 75 01 75 (appel non surtaxé), du lundi au vendredi de 9h à 17h (sauf jours fériés).

# Assurance Assistance Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Filassistance International – Société anonyme régie par le Code des assurances

immatriculée en France - N° SIREN : 433012689

Produit : FIC23SAN0013 « AVOCOTES HOSPITALISATION »



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

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

Les garanties du produit d'assistance santé ont pour vocation d'aider les bénéficiaires en cas d'accident ou de maladie ayant entraîné une immobilisation ou une hospitalisation.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds maximum qui varient en fonction de l'évènement qui donne droit à la garantie. Ils sont détaillés dans la notice d'information.

#### GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT INCLUSES

##### Assistance santé

- ✓ **Dès l'adhésion** : informations santé
- ✓ **En cas d'hospitalisation** :
  - accompagnement au diagnostic,
  - aide à l'annonce du diagnostic aux proches,
  - accompagnement pré et post hospitalisation,
  - assistance psychologique,
  - transfert à l'hôpital et retour au domicile,
  - plan d'aide à la convalescence,
  - préparation au retour à domicile,
  - acheminement des médicaments,
  - aide à domicile,
  - garde des enfants,
  - garde des personnes dépendantes,
  - garde des animaux de compagnie,
  - école à domicile,
  - présence d'un proche au chevet



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Frais engagés sans l'accord préalable de **FILASSISTANCE**
- ✗ Sinistres pour lesquels le fait générateur est né en dehors de la période de couverture ou était connu par le bénéficiaire avant l'adhésion



### Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

#### PRINCIPALES EXCLUSIONS

Exclusions applicables à toutes les garanties

- ! **Fait intentionnel du bénéficiaire**
- ! **Conséquences de la participation en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition**
- ! **Explosions d'engins et effets nucléaires radioactifs**
- ! **Guerre civile ou étrangère**
- ! **Evènements climatiques**
- ! **Etats résultant de l'usage abusif d'alcool**



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties assistance santé sont acquises en France métropolitaine,



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie l'assuré doit :**

- payer la prime lors de l'adhésion et pendant toute la durée du contrat,
- déclarer le sinistre à **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** dans un délai de 5 jours à compter de sa survenance,
- obtenir l'accord préalable de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** avant d'entamer toute démarche.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les primes d'assistance sont prélevées en même temps que la prime d'assurance AVOCOTES HOSPITALISATION.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à partir de la date d'adhésion au contrat d'assurance **ADPM2201** distribué par ADLP ASSURANCES et souscrit par ADPM (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès de **MUTUELLE BLEUE**.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale (31 décembre) sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

La couverture prend fin :

- en cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance ADPM2201 souscrit par ADPM (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès de MUTUELLE BLEUE et distribué par ADLP ASSURANCES.,
- en cas de résiliation du contrat collectif d'assistance FIC23SAN0013.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation de l'adhésion au contrat d'assurance emporte la résiliation du contrat d'assistance.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL – Société anonyme au capital de 4 100 000 euros – 433 012 689 RCS Nanterre – Identifiant unique ADEME : FR329780\_03MDEX  
social : 108 Bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD Cedex – Entreprise régie par le Code des assurances - [www.filassistance.fr](http://www.filassistance.fr)



IDU : FR329780\_03MDEX

Le Contrat « AvoCotés Hospitalisation » est un contrat collectif à adhésion facultative n°ADPM2201 souscrit auprès de **Mutuelle Bleue** par l'**Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste (ADPM)** – 49 bis, avenue André Maginot 37100 TOURS, et distribué exclusivement par **ADLP Assurances - SASU** au capital de 2 064 484 € inscrite au registre des intermédiaires en assurances sous le n° 14001699 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)), titulaire de la marque AvoCotés.

Le Contrat « AvoCotés Hospitalisation » est composé de la présente Notice d'Information et du Certificat d'adhésion qui vous est remis suite à votre adhésion.

Le Contrat relève des branches (1) Accident et (2) Maladie définies à l'article R. 211-2 du Code de la Mutualité. Il est régi par le Livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur. Les Tribunaux français sont compétents.

La présente Notice d'Information décrit les règles générales de fonctionnement de votre Contrat ainsi que le détail des garanties et des exclusions.

## ARTICLE 1<sup>er</sup> : OBJET ET FORME DU CONTRAT

Le Contrat AvoCotés Hospitalisation a pour objet de garantir à l'Assuré le versement d'indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation pour une Maladie contractée ou un Accident survenu pendant la période de validité de la garantie.

Le montant des indemnités journalières forfaitaires est doublé lors du versement si l'hospitalisation est causée par un Accident.

Au titre du Contrat AvoCotés Hospitalisation, l'Assuré bénéficie également des services d'assistance dont les conditions sont présentées au sein des Conditions Générales de l'assisteur distinctes des présentes. Les Conditions Générales de ces services sont remises à l'Adhérent lors de son adhésion. Les services assurés par ce prestataire sont susceptibles d'être modifiés et/ou remis en cause par ce dernier.

## ARTICLE 2 : DÉFINITIONS

**Accident** : Événement soudain provenant d'une action soudaine et inattendue d'une cause extérieure à l'Assuré, non intentionnel de sa part et générateur d'une atteinte corporelle.

**Ne sont notamment pas considérés comme des Accidents, les maladies chroniques ou aiguës ainsi que les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux.**

**ADLP Assurances** : Courtier en assurance, titulaire de la marque AvoCotés, immatriculé à l'ORIAS sous le n°14001699 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)), située 3 rue Henri Rol Tanguy 93100 Montreuil, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n°799 342 118, qui propose le Contrat à la souscription de potentiels Adhérents, ces derniers étant seuls responsables du paiement des Cotisations.

**Adhérent** : Personne physique résidant en France métropolitaine ayant adhéré au Contrat et dont le nom est mentionné au Certificat d'adhésion. Il remplit les conditions d'adhésion énoncées par le Contrat et est couvert par la garantie objet de la présente Notice d'information. Il acquiert la qualité de Membre participant de Mutuelle Bleue.

**Assurés** : Personnes physiques ouvrant droit aux prestations garanties, à savoir :

- Formule Solo : l'Adhérent et ses éventuels Enfants à charge ;
- Formule Couple : l'Adhérent, son Conjoint et leurs éventuels Enfants à charge.

**Certificat d'adhésion** : Certificat émis par ADLP Assurances confirmant l'adhésion au Contrat, les nom et prénom de l'Adhérent et le montant de l'indemnité journalière.

**Conjoint** : Est considéré comme Conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé, ni séparé de corps, son cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), ou son concubin notoire, désigné sur le Certificat d'adhésion et remplissant les conditions d'âge déterminées à l'article 4.1 de la présente Notice.

**Contrat** : Le Contrat AvoCotés Hospitalisation n°ADPM2201 souscrit par l'Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste (ADPM) – 49 bis, avenue André Maginot 37100 TOURS, auprès de Mutuelle Bleue.

**Délai de carence** : Période commençant à la date d'effet de l'adhésion et pendant laquelle l'Assuré ne bénéficie pas de la garantie prévue au Contrat.

**UN DÉLAI DE CARENCE DE DOUZE (12) MOIS A COMPTER DE LA DATE D'EFFET DE L'ADHESION AU CONTRAT, TELLE QU'INDIQUÉE DANS LE CERTIFICAT D'ADHÉSION, EST APPLIQUÉ A TOUTE HOSPITALISATION RÉSULTANT D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT SURVENU ANTERIEUREMENT A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT.**

**UNE HOSPITALISATION, INTERVENANT PENDANT LE DÉLAI DE CARENCE, RESULTANT D'UN FAIT GENERATEUR DONT LA DATE DE SURVENANCE EST ANTERIEURE A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT, N'OUVRE DONC PAS DROIT AU BÉNÉFICE DE LA GARANTIE.**

**Enfants à charge** : Les enfants fiscalement à charge de l'Adhérent et, en cas de formule Couple, ceux de son Conjoint, âgés de plus de trente (30) jours à la date de leur hospitalisation.

**Franchise** : Période à l'issue de laquelle l'Assuré percevra la prestation. Le Contrat prévoit un nombre minimum de cinq (5) jours consécutifs d'hospitalisation ouvrant droit à une indemnisation. La Franchise s'apprécie pour chaque nouvelle hospitalisation sauf en cas de Rechute. A l'expiration du délai de Franchise, l'indemnisation sera calculée à compter du premier jour (1<sup>er</sup>) jour d'hospitalisation.

**Maladie** : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale habilitée et qualifiée, non consécutive à un Accident.

**Organisme assureur** : L'Organisme assureur du Contrat est Mutuelle Bleue, mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993, dont le siège social est sis 25 Place de la Madeleine – 75008 Paris. Ci-après dénommée « Mutuelle Bleue ».

**Rechute** : Toute hospitalisation intervenant moins de trois (3) mois après une première hospitalisation indemnisée par le présent Contrat, due à une même Maladie ou un même Accident.

## ARTICLE 3 : GARANTIE ASSURÉE

Le Contrat ouvre droit, en cas d'hospitalisation de l'Assuré de plus de cinq (5) jours consécutifs, au versement d'indemnités journalières forfaitaires par jour d'hospitalisation et ce dès le premier jour.

Le montant de l'indemnité journalière forfaitaire versé à l'Adhérent sera fonction du niveau de garantie souscrit par ce dernier parmi les formules suivantes : vingt-cinq (25) euros, cinquante (50) euros, soixante-quinze (75) euros, ou cent (100) euros par jour d'hospitalisation.

Le montant des indemnités journalières choisi par l'Adhérent est identique pour l'ensemble des Assurés.

En cas d'hospitalisation de l'Assuré causée par un Accident, le montant des indemnités journalières est doublé lors de leur versement.

Le montant des indemnités journalières versé en cas d'hospitalisation d'un Enfant à charge correspond à 50% du montant de la garantie choisie par l'Adhérent.

En cas d'hospitalisation de plus de trois (3) Enfants à charge sur une même période, le versement global des indemnités journalières forfaitaires pour l'ensemble des Enfants à charge sera plafonné à trois (3) fois le montant défini pour un Enfant à charge, divisé à parts égales selon le nombre d'Enfants à charge bénéficiaires.

Ainsi, le montant des indemnités journalières par Enfant à charge, en cas d'hospitalisation de plus de trois (3) Enfants à charge, sera calculé comme suit : 50% JJ Adhérent x (3/N), « N » étant le nombre d'Enfants à charge hospitalisés sur une même période.

## ARTICLE 4 : CONDITIONS ET MODALITES D'ADHESION

### 4.1. Conditions d'adhésion

**Peuvent adhérer au Contrat les Adhérents âgés de dix-huit (18) ans à soixante-dix-huit (78) ans inclus à la date du bulletin d'adhésion.**

**L'Adhèrent doit être résident, fiscalement et de façon permanente, en France Métropolitaine (hors DROM-COM).**

**Un déménagement en dehors de la France met fin à la couverture et à la présente adhésion.**

### 4.2. Modalités d'adhésion

L'adhésion au Contrat est matérialisée :

- soit par la signature manuscrite d'un bulletin d'adhésion ;
- soit par la signature électronique d'un bulletin d'adhésion ;
- soit dans le cadre d'une vente par téléphone (sous condition de ne pas être sous curatelle ou sous tutelle), par l'enregistrement téléphonique de la conversation (sauf si la vente est consécutive à un appel sortant non-sollicité ou auprès d'une personne qui n'est pas cliente, auquel cas le Contrat est matérialisé par la signature électronique ou manuscrite d'un bulletin d'adhésion après un second appel).

Dans tous les cas, l'adhésion est confirmée par l'envoi d'un Certificat d'adhésion indiquant notamment, le montant de l'indemnité journalière souscrite, la date d'effet du Contrat, le montant de la cotisation, la périodicité et le mode de paiement de celle-ci.

En cas de contestation, les enregistrements informatiques ou vocaux, ou leur reproduction sur un support informatique ou papier, constitueront la preuve de la réception par l'Adhèrent des informations portées à sa connaissance par ADLP Assurances et Mutuelle Bleue, ainsi que la preuve de son consentement à la réalisation de l'opération.

Par conséquent, les enregistrements informatiques ou vocaux, ou leur reproduction sur un support informatique ou papier, pourront être utilisés dans le cadre de toute procédure judiciaire ou autre et seront, bien entendu, opposables entre les Parties.

Seuls les Adhérents ayant pu répondre favorablement à l'ensemble des conditions visées à l'article 4.1 susvisé relatives à la finalisation de la souscription au Contrat AvoCotés Hospitalisation pourront adhérer au Contrat.

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

### 4.3 Adhésions multiples

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

## ARTICLE 5 : PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

### 5.1. Prise d'effet de l'adhésion

En cas d'adhésion par la signature manuscrite d'un bulletin d'adhésion, la date d'effet du Contrat est fixée au plus tôt à la date de réception dudit bulletin par ADLP Assurances, sous réserve du paiement de la première cotisation.

En cas d'adhésion par la signature électronique d'un bulletin d'adhésion, la date d'effet du Contrat est fixée au plus tôt à la date de signature dudit bulletin, sous réserve du paiement de la première cotisation.

En cas d'adhésion dans le cadre d'une vente par téléphone dans les conditions définies à l'article 4.2, la date d'effet du Contrat est fixée au plus tôt sept (7) jours ouvrés après la date de l'adhésion téléphonique, sous réserve du paiement de la première cotisation.

En tout état de cause, l'adhésion est subordonnée aux contrôles obligatoires en matière de Lutte Contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme, et la date d'effet du Contrat est mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

### 5.2. Prise d'effet des garanties

**Les garanties sont ouvertes à la date de prise d'effet de l'adhésion, sous réserve du Délai de carence.**

### 5.3. Renonciation

L'Adhèrent dispose d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires à compter de la date d'effet de l'adhésion (ou, en cas de vente à distance, à compter du jour où l'Adhèrent reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le Contrat est entré en vigueur).

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

En cas de renonciation, l'Adhèrent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à ADLP Assurances – 3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex.

Elle peut être faite selon le modèle de lettre de renonciation ci-après :

« Je soussigné(e) M/Mme ..... (Nom, prénom, adresse), déclare renoncer au Contrat de prévoyance AvoCotés Hospitalisation que j'ai souscrit le ....

Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

Fait à.....Le ...../...../.....

Signature ».

Mutuelle Bleue, par le biais d'ADLP Assurances, procède alors au remboursement des cotisations versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception dans les conditions visées par l'article L. 221-18-1 du Code de la Mutualité. Des intérêts légaux courent de plein droit à l'expiration de ce délai.

### 5.4. Durée de l'adhésion

Sous réserve des cas de résiliation visés à l'article 10 de la présente Notice, l'adhésion au Contrat dure douze (12) mois et se renouvelle ensuite d'année en année à la date d'anniversaire de l'adhésion par tacite reconduction. La première date anniversaire est un (1) an après le jour de la prise d'effet de l'adhésion, la deuxième date anniversaire est deux (2) ans après l'adhésion, etc.

**Par ailleurs, le contrat cessera automatiquement le 31 décembre de l'année d'anniversaire des quatre-vingts (80) ans de l'Adhèrent.**

## ARTICLE 6 : COTISATIONS

### 6.1. Montant des cotisations

Le montant de la cotisation due au titre du Contrat est celui figurant sur le Certificat d'adhésion. Il est calculé en fonction de l'âge de l'Adhèrent et, le cas échéant, de son Conjoint à la date d'adhésion, du niveau d'indemnités journalières choisi par l'Adhèrent et des conditions tarifaires en vigueur à la date de l'adhésion.

L'âge de l'Adhèrent et, le cas échéant, de son Conjoint est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

**Cette cotisation est fixée à la date d'adhésion de l'Adhèrent et n'augmente pas avec l'âge.**

Le montant de la cotisation est fixé en euros et intègre les taxes applicables au Contrat d'assurance.

La cotisation est appelée par ADLP Assurances. Toute modification ultérieure des taxes applicables à un produit d'assurance sera répercutée, dans un sens comme dans l'autre, dès lors que la loi n'interdit pas la récupération du prélèvement par Mutuelle Bleue.

Tout mois commencé est dû.

### 6.2. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables mensuellement par prélèvement automatique sur le compte à vue désigné à cet effet par l'Adhèrent dans les conditions définies au Certificat d'adhésion.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert au nom de l'Adhèrent dans l'Union Européenne.

Dans l'hypothèse où l'Adhérent souhaiterait bénéficier d'un autre mode de paiement, ce dernier devra en faire la demande auprès d'ADLP Assurances aux coordonnées mentionnées à l'article 13.1.

### 6.3. Défaut de paiement des cotisations

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les dix (10) jours de son échéance, ADLP Assurances adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception par laquelle il l'informe que le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation de son adhésion et la cessation des garanties.

La résiliation et la cessation des garanties interviendront, quarante (40) jours après l'envoi de la lettre recommandée précisant les conséquences du non-paiement, à moins que la cotisation n'ait été versée dans l'intervalle.

Le paiement s'entend ici de l'intégralité des cotisations échues et impayées pendant la période de suspension. En cas de résiliation, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à Mutuelle Bleue.

D'une façon générale, aucune prestation n'est due en cas de survenance du risque pendant cette période.

Lorsque la résiliation est la conséquence du non-paiement de ses cotisations, l'Adhérent reste redevable de la part de cotisation restant due jusqu'à la date effective de résiliation.

## ARTICLE 7 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES INDÉMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION

Sous réserve de l'application du Délai de carence et du délai de Franchise mentionné à l'article 2, ADLP Assurances règle à l'Adhérent le montant des indemnités journalières souscrit. Quel que soit l'Assuré hospitalisé, les indemnités journalières forfaitaires sont versées à l'Adhérent, charge à lui de les reverser, le cas échéant, à son Conjoint ou à l'Enfant à charge concerné.

**En cas d'hospitalisation de plus de cinq (5) jours, ADLP Assurances verse l'indemnité dès le premier jour d'hospitalisation et dans la limite de :**

- **Trois cent soixante-cinq (365) jours lorsque l'hospitalisation résulte d'une Maladie, à compter de la première admission ;**
- **Mille quatre-vingt-quinze (1095) jours lorsque l'hospitalisation résulte d'un Accident, à compter de la première admission.**

Il est à noter qu'en cas de Rechute constatée dans les trois (3) mois, aucune Franchise ne sera appliquée et le versement des indemnités reprendra dans les limites indiquées ci-dessus.

En revanche, en cas de nouvelle hospitalisation due aux suites ou conséquences d'une même Maladie ou d'un même Accident intervenant plus de trois (3) mois après la première hospitalisation, la Franchise s'appliquera et ADLP versera l'indemnité dans les limites indiquées ci-dessus.

### 7.1 Déclaration de sinistre

En cas d'hospitalisation couverte par le Contrat, il appartient à l'Assuré ou, le cas échéant, à son représentant légal, d'informer ADLP Assurances de son Hospitalisation. L'Assuré doit alors transmettre une demande d'indemnisation dûment complétée en fournissant les documents mentionnés à l'article 7.2 de la présente Notice.

Si l'hospitalisation dure moins de quinze (15) jours et dans l'hypothèse où l'ensemble des conditions de versement seraient remplies, les indemnités correspondant au nombre de jours d'hospitalisation seront versées en une seule fois.

En revanche, si l'hospitalisation dure plus de quinze (15) jours et dans l'hypothèse où l'ensemble des conditions de versement seraient remplies, les indemnités seront réglées tous les quatorze (14) jours sur présentation d'un bulletin de situation.

### 7.2 Pièces à fournir en cas d'hospitalisation

Suite à la déclaration de sinistre effectuée par l'Assuré conformément aux dispositions de l'article 7.1 de la présente Notice, ADLP Assurances adressera un courrier mentionnant la liste des pièces administratives et médicales à l'Assuré.

L'Assuré devra faire parvenir, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de Mutuelle Bleue, à l'adresse suivante : ADLP Assurances – Service Sinistres AvoCotés Hospitalisation – 3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex, les documents demandés et notamment :

- une demande d'indemnités journalières d'hospitalisation ;
- le bulletin d'hospitalisation ;
- une attestation sur l'honneur relative aux exclusions ;
- un certificat médical.

En outre, si l'hospitalisation est consécutive à un Accident, l'Assuré devra faire parvenir à ADLP Assurances :

- une déclaration d'Accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'Accident,
- les preuves de l'Accident : rapport de Police, procès-verbal de Gendarmerie, coupures de journaux...

ADLP Assurances et Mutuelle Bleue se réservent le droit de demander toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'étude du dossier.

## ARTICLE 8 : CHANGEMENT ET MODIFICATION

Pour toute demande de changement ou de modification, merci de vous adresser à ADLP Assurances aux adresses et numéro de téléphone figurant à l'article 13.1 de la présente Notice.

### 8.1. Changement de niveau de garantie

#### 8.1.1 Diminution du montant des indemnités journalières garanti

L'Adhérent a la possibilité de demander la diminution du montant des indemnités journalières garanties en cours d'adhésion en contactant ADLP Assurances aux coordonnées figurant à l'article 13.1 de la présente Notice. La modification sera constatée par un avenant au Contrat émis par ADLP Assurances, remis à l'Adhérent et prendra effet à la date anniversaire mensuelle qui suit la demande.

*Exemple : Dans l'hypothèse où l'Adhérent a adhéré au contrat le 2 septembre de l'année N, la date anniversaire mensuelle correspond à tous les 2 du mois.*

La cotisation sera ainsi réduite proportionnellement au nouveau montant garanti.

Le choix opéré par l'Adhérent s'applique également au Conjoint dans le cadre de la Formule Couple.

#### 8.1.2 Augmentation du montant des indemnités journalières garanti

L'Adhérent a la possibilité de demander l'augmentation du montant des indemnités journalières en cours d'adhésion au terme d'un délai de douze (12) mois d'adhésion, en contactant ADLP Assurances aux coordonnées figurant à l'article 13.1 de la présente Notice. Toute nouvelle demande d'augmentation du montant des indemnités journalières ne pourra intervenir qu'à l'issue d'un délai de douze (12) mois à compter de la précédente hausse.

La modification sera constatée par un avenant au Contrat émis par ADLP Assurances, remis à l'Adhérent et prendra effet à la date anniversaire mensuelle qui suit la demande.

La cotisation sera ainsi augmentée proportionnellement au nouveau montant garanti.

Le choix opéré par l'Adhérent s'applique au Conjoint dans le cadre de la Formule Couple.

### 8.2. Changement de situation de l'Adhérent

L'Adhérent devra communiquer en cours d'adhésion, par courrier ou par téléphone à ADLP Assurances, tout changement dans sa situation personnelle (par exemple, son domicile, sa domiciliation bancaire, tutelle/curatelle) pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par Mutuelle Bleue. A défaut d'information, les correspondances de Mutuelle Bleue ou d'ADLP Assurances seront valablement adressées à l'Adhérent à son dernier domicile connu d'eux.

**Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie.**

### 8.3 Changement de formule d'adhésion (formule Solo/formule Couple)

#### 8.3.1 En cas de passage d'une formule Couple à une formule Solo

L'adhésion sera automatiquement modifiée en formule Solo au 31 décembre de l'année des quatre-vingt (80) ans du Conjoint. ADLP

Assurance adressera un Avenant au Contrat à l'Adhérent matérialisant le nouveau montant des cotisations applicable.

De plus, l'adhésion sera modifiée en formule Solo :

- en cas de décès du Conjoint ;
- à la date à laquelle le Conjoint ne répond plus aux conditions lui conférant cette qualité définie à l'article 2.

Sur présentation d'un justificatif, l'Adhérent devra obligatoirement porter cette information à la connaissance d'ADLP Assurance afin que le Contrat fasse l'objet d'un Avenant permettant notamment, de modifier le montant de la cotisation applicable.

De plus, l'adhésion pourra être modifiée en formule Solo à chaque échéance annuelle du Contrat sous réserve de l'application d'un délai de préavis de deux (2) mois. Dans cette hypothèse, le Contrat fera l'objet d'un Avenant matérialisant, notamment, le nouveau montant de la cotisation applicable au 1<sup>er</sup> janvier suivant la demande.

### 8.3.2 En cas de passage d'une formule Solo à une formule Couple

Si au cours de vie du Contrat, l'Adhérent souhaite étendre la garantie à son Conjoint, tel que défini à l'article 2 de la présente Notice, il fournira à ADLP Assurance tous les renseignements nécessaires le concernant.

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

Le montant de la cotisation sera ajusté en fonction de l'âge du Conjoint au jour de la signature de l'Avenant au Contrat.

## ARTICLE 9 : EXCLUSIONS

**Dans tous les cas, sont exclues de la garantie les hospitalisations survenues avant la date d'effet du Contrat et celles survenues durant le Délai de carence si elles sont liées à un accident ou une maladie survenu(e) antérieurement à la date d'effet du contrat.**

**L'Assuré est garanti pour tout séjour effectué en hôpital ou clinique public(que) ou privé(e), A L'EXCLUSION DES SEJOURS GÉNÉRÉS PAR LES FAITS SUIVANTS :**

- les tentatives de suicide ;
- les guerres étrangères,
- les guerres civiles, les émeutes, les mouvements populaires, les rixes (sauf cas de légitime défense), la participation à une grève ou à un lock-out ;
- l'usage de stupéfiants ou tranquillisants à des fins autres que médicales ;
- la manipulation d'un engin de guerre ou d'une arme à feu par l'Assuré ;
- la pratique d'un sport à titre professionnel ou d'amateur rémunéré ;
- la participation de l'Assuré à des compétitions et/ou à leurs essais comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque, ou d'une embarcation à moteur ;
- l'utilisation avec ou sans conduite d'un véhicule terrestre à moteur à deux ou trois roues ;
- la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, du parachutisme et de l'aéronef sous toutes ses formes ;
- la désintégration du noyau atomique, des effets de l'énergie nucléaire ;
- les conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistre) ;
- les Accidents, maladies ou blessures provoqués intentionnellement par l'Assuré ;
- l'état de grossesse ;
- les affections psychiatriques : troubles mentaux, états dépressifs quelle qu'en soit l'origine ;
- les bilans de santé (check-up) ou traitement à but de rajeunissement ;

- les opérations de chirurgie esthétique, de chirurgie plastique non consécutives à un Accident à l'origine d'une hospitalisation ayant été indemnisée par le présent Contrat.

**Ne sont pas garantis par le Contrat, les hospitalisations effectuées :**

- à domicile (sauf pour les hospitalisations à domicile quand elles sont proposées par l'hôpital en remplacement d'une hospitalisation),
- dans les établissements, services, centres de moyen ou long séjour ou maisons médicales à partir du moment où les soins et traitements effectués le sont pour : convalescence ou Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), rééducation fonctionnelle ou réinsertion sociale et professionnelle ou pour des cures de toutes natures ;
- dans les établissements, service, maisons ou centres de repos, d'hébergement, de plein air, de retraite, en hospice, instituts médico-pédagogiques, établissements et services de gériatrie ou de gérontologie et pour personnes âgées dépendantes ;
- dans les établissements, services ou centre thermaux, climatiques, diététiques, de thermalisme diététique, héliomarins, sanatoriums ou préventoriums, aériums, de lutte contre la tuberculose ;
- En services, centres ou établissements hospitaliers psychiatriques.

## ARTICLE 10 : RESILIATION DU CONTRAT

L'adhésion au Contrat peut être résiliée dans les cas suivants :

### 10.1. Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion deux (2) mois au moins avant la date d'anniversaire du Contrat, le délai étant décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre (cachet de la Poste faisant foi). Dans ce cas, la résiliation prendra effet à la date d'anniversaire du Contrat. L'Adhérent devra notifier son souhait de résilier son Contrat par lettre, par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité. La résiliation prendra effet à la fin de l'année civile et ne dispense pas l'Adhérent du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.

L'Adhérent peut également mettre fin à son adhésion à tout moment, au-delà de la première année d'adhésion, dans ce cas, la résiliation prendra effet à la date d'échéance mensuelle qui suit la date de réception de la lettre de résiliation. La date d'échéance mensuelle du Contrat est déterminée par le jour de la date d'effet du Contrat. A défaut de quantième identique, la date d'échéance mensuelle sera déterminée par le dernier jour du mois. L'Adhérent doit dans ce cas notifier son souhait de résilier son Contrat par lettre recommandée avec avis de réception adressée à ADLP Assurances à l'adresse figurant au 13.1 de la présente Notice ou, si l'adhésion au Contrat lui a été proposée par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

En cas de modification de ses droits et obligations, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, l'Adhérent peut résilier son adhésion dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle Notice ou de l'additif à la présente Notice. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

### 10.2. Résiliation à l'initiative de Mutuelle Bleue

En cas de non-paiement de la cotisation par l'Adhérent, ADLP Assurances peut résilier le Contrat dans les conditions prévues à l'article 6.3 de la présente Notice.

### 10.3. Effets de la résiliation

La résiliation du Contrat entraîne la cessation des garanties souscrites. Il est précisé que toute Hospitalisation survenu après la date d'effet de la résiliation du Contrat ne pourra entraîner le versement d'indemnités journalières. Du fait de la résiliation, l'Adhérent perd tout droit aux services de Mutuelle Bleue dont il bénéficiait de par son adhésion.

## Article 11 : CESSATION DES GARANTIES

**D'une façon générale, les garanties assurées prennent automatiquement fin :**

- à la date de résiliation de l'adhésion dans les conditions prévues à l'article 10,



- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 6.3,
- en cas de démission de l'Adhérent de l'Association ADPM,
- en cas de déménagement en dehors de la France métropolitaine,
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à Mutuelle Bleue, conformément à l'article L. 211-9 et R. 212-22-2 du Code de la Mutualité,
- en cas de décès de l'Adhérent, sauf à ce que le Conjoint répondant aux conditions d'adhésion prévues à l'article 4.1 de la présente Notice, demande à reprendre la qualité d'Adhérent,
- au 31 décembre de l'année des quatre-vingt (80) ans de l'Adhérent, sauf à ce que le Conjoint répondant aux conditions d'adhésion de l'article 4.1 de la présente Notice, demande à reprendre la qualité d'Adhérent.

Les garanties assurées cessent automatiquement à l'égard du Conjoint et des Enfants à charge :

- à la date de cessation des garanties de l'Adhérent, sous réserve des cas possibles de reprise du Contrat par le Conjoint,
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité de Conjoint ou d'Enfant à charge.

## ARTICLE 12 : TERRITORIALITE

Les garanties sont acquises en France métropolitaine y compris Corse.

## ARTICLE 13 : DISPOSITIONS DIVERSES

### 13.1. Contacts

Pour toute demande concernant votre Contrat AvoCotés Hospitalisation, vous pouvez contacter ADLP Assurances :

- Par courrier : ADLP Assurances – AvoCotés Hospitalisation – 3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex.
- Par téléphone au 0974 750 175 (appel non surtaxé)
- Par courrier électronique à [serviceclients@adlpassurances.fr](mailto:serviceclients@adlpassurances.fr)

### 13.2. Droit d'opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la Consommation, l'Adhérent est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire en se connectant à l'adresse suivante : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)

Cette inscription permet à l'Adhérent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas le Courtier ou Mutuelle Bleue de joindre téléphoniquement l'Adhérent dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur 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.

### 13.3. Réclamations - Médiation

En cas de difficultés liées à l'application de la présente Notice d'information, l'Assuré peut contacter :

- En première instance : toute réclamation peut être adressée à l'interlocuteur habituel dont les coordonnées figurent au 13.1.

- En cas de difficultés persistantes, l'Assuré peut adresser une réclamation à ADLP Assurances – 3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex. ADLP Assurances s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite sur tout support durable, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de ladite réclamation.

- En cas de réponse insatisfaisante à la réclamation, ou, à défaut de réponse de ADLP Assurances dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'Assuré a la faculté de faire appel au Médiateur de la consommation de la Mutualité Française dont les coordonnées sont les suivantes : FNMF - Médiateur de la consommation de la Mutualité Française - 255 rue de Vaugirard – 75719

PARIS CEDEX 15 - - Accès au site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr> et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Lorsque le Contrat a été souscrit à distance par Internet, l'Adhérent peut également saisir le Médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

## 13.4. Prescription

### 13.4.1. Définition de la prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant de la présente Notice d'information sont prescrites dans les délais et termes des articles L221-11 et suivants du Code de la Mutualité.

### 13.4.2. 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 :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant que du jour où Mutuelle Bleue en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'Assuré contre Mutuelle Bleue 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'Assuré, ou a été indemnisé par celui-ci.

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.

### 13.4.3. 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 ADLP Assurances à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Assuré, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

\* Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la Mutualité. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'Organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

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

### 13.4.4. 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 saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. 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.

### 13.5. Sanctions

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

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

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

La production de documents inexacts ou mensongers fait perdre tout droit à prestation pour le sinistre déclaré. En tout état de cause, Mutuelle Bleue pourra engager des poursuites en vue du recouvrement des sommes indument versées, sans préjudices des sanctions prévues par ses Statuts.

De plus en cas notamment de fausse déclaration, de fraude ou tentative de fraude avérée, Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADLP Assurances, peut également procéder à la résiliation du Contrat.

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

### 13.6. Protection des données personnelles

Les informations recueillies dans le cadre de l'adhésion et la gestion du Contrat font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par Mutuelle Bleue et ADLP Assurances pour la gestion de leur relation avec l'Assuré et l'exécution du Contrat.

Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du Contrat dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement du dossier.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales par ADLP Assurances (sauf opposition).

Elles sont destinées à Mutuelle Bleue et ADLP Assurances en tant que responsables du traitement et, éventuellement, leurs mandataires, sous-traitants ou partenaires, ou encore aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées. 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. Toute autre base légale est inscrite au Contrat, bulletin d'adhésion, sites Internet ou tout autre document contractuel que l'Assuré est tenu de respecter.

Les données à caractère personnel de l'Assuré pourront éventuellement faire l'objet de transfert vers des destinataires établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées.

Mutuelle Bleue et ADLP Assurances prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Conformément à la Loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données les concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité. Il peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant, y compris à des fins de prospection.

L'Assuré peut exercer ses droits auprès d'ADLP Assurances en s'adressant à :

- Par courrier au 3 avenue de Chartres 60507 Chantilly Cedex
- Par courriel à [dpo@adlp-assurances.fr](mailto:dpo@adlp-assurances.fr).

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

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

En cas de désaccord, l'Assuré peut introduire une réclamation auprès de la CNIL concernant la protection de ses données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris.

Pour en savoir plus sur la politique des données personnelles d'ADLP Assurances, nous vous invitons à consulter la rubrique sur le site [www.avocotes.fr](http://www.avocotes.fr).

### 13.7. Loi applicable

La loi applicable aux présentes dispositions est la loi française conformément à l'article L. 225-2 du Code de la Mutualité. Lorsque des dispositions législatives et réglementaires viennent à modifier la portée des engagements de Mutuelle Bleue, cette dernière peut procéder à la révision du Contrat. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les conditions antérieures s'appliquent sauf lorsque les nouvelles dispositions sont d'ordre public et, de ce fait, d'application immédiate. En ce dernier cas, Mutuelle Bleue pourra être amenée à aménager les garanties et les tarifs. Ce Contrat est assujéti au régime fiscal français.

Tous impôts, taxes, prélèvements et contributions qui pourraient s'appliquer à l'adhésion au Contrat sont à la charge de l'Adhérent selon le cas et ce, notamment lorsqu'une nouvelle législation est adoptée postérieurement à la date de souscription du Contrat.

### 13.8. Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

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

A ce titre, ils sont tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans ses 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 (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

### 13.9. Désignation de l'organisme de contrôle

Mutuelle Bleue et ADLP Assurance exercent leurs activités sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise : 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.



# ANNEXE 1 : CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

## CONTRAT COLLECTIF n° FIC23SAN0013

### « AVOCOTES HOSPITALISATION »

**ADLP ASSURANCES**, Société par actions simplifiée, au capital de 2 064 484 euros, immatriculé au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous le numéro 799 342 118, inscrit au Registre National des Intermédiaires sous le n° 14001699, dont le siège social se situe 3 rue Henri Rol-Tanguy, 93100 Montreuil a souscrit le contrat collectif n° **FIC23SAN0013**, au bénéfice des adhérents couverts par le contrat d'assurance «**AVOCOTES HOSPITALISATION** » n° **ADPM2201** distribué par **ADLP ASSURANCES**. 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\_03MDEX, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

<b>Téléphone</b>	01 47 11 68 63 (depuis la France) +33 01 47 11 68 63 (depuis l'étranger)
<b>Mail</b>	<a href="mailto:assistance.personnes@filassistance.fr">assistance.personnes@filassistance.fr</a>
<b>Adresse</b>	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
<b>Télécopie</b>	09 77 40 17 87

#### 1) Où s'appliquent les garanties ?

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 métropolitaine telle que définie ci-dessous.

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

#### 2) Quelle est la période des garanties ?

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

La durée des adhésions est strictement équivalente à la durée du Contrat collectif d'assistance n° **FIC23SAN0013** auquel elle se rattache, à défaut de stipulation expresse contraire.

Les garanties d'assistance prennent fin de plein droit :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance « **AVOCOTES HOSPITALISATION** » n° **ADPM2201** distribué par **ADLP ASSURANCES** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC23SAN0013**.

#### I. DEFINITIONS

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

**Accident** : 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 d'assurance « **AVOCOTES HOSPITALISATION** » n° **ADPM2201** distribué par **ADLP ASSURANCES** 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 tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas au Domicile.

**Animaux de compagnie** : Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races **Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull »**. **L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.**

**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.

**Auxiliaire de vie** : Intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers), dans le but de maintenir la personne à son Domicile.

**Bénéficiaire** : L'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s) fiscalement à charge et vivant sous le même toit que l'Adhérent à la date de leur hospitalisation.

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

**Contrat** : Le Contrat collectif d'assistance n° **FIC23SAN0013**.

**Dépendant** : La personne qui est reconnue dépendante (équivalent GIR 1 à 4 au sens de la grille AGGIR).

**Domicile** : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

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

**Etablissements 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.

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

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

**Hospitalisation à Domicile** : **Sauf stipulation contraire**, toute hospitalisation au Domicile, prise en charge comme telle par l'Assurance maladie, d'une durée **supérieure à 24 heures**, prescrite médicalement dans le cadre du traitement médical d'un Accident ou d'une Maladie.

**Hospitalisation imprévue** : Toute Hospitalisation qui n'était pas connue cinq (5) jours avant la date d'entrée mentionnée sur le bulletin d'hospitalisation.

**Hospitalisation prévue** : Toute Hospitalisation qui était connue cinq (5) jours avant la date d'entrée mentionnée sur le bulletin d'hospitalisation.

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

**Proches parents** : les ascendants et descendants du 1<sup>er</sup> 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, 1<sup>ère</sup> classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion classe économique. A défaut de précision spécifique pour une garantie donnée, le Titre de transport se définit comme un billet aller/ retour.

**Zone de résidence** : zone couvrant la France métropolitaine.

## II. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

### a. 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**).

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 cinq (5) jours calendaires** suivant la date de survenance de l'Evènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties.

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 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 du prestataire intervenant à son Domicile.

**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.**

### b. 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, au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais, reprenant l'ensemble des mentions obligatoires imposées par la réglementation en vigueur et l'objet correspond exactement à la prestation qui aurait été mise en œuvre par **FILASSISTANCE** au profit du Bénéficiaire,
- les pièces justifiant la réalité de l'Evènement qui conduit le Bénéficiaire à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

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

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

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

### c. 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**.

### d. 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 **délaï 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'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. **Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

**En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).**

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

## III. TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATION ACCESSIBLE DES L'ADHESION	
<p><u>Dans le cadre de cette garantie, il faut entendre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) Enfant(s)</u></li> <li>- <u>Par Evènement : L'adhésion au Contrat</u></li> </ul>	
Informations Santé	Informations téléphoniques
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE SUPERIEURE A 5 JOURS OU D'HOSPITALISATION IMPREVUE SUPERIEURE A 24 HEURES	
<p><u>Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Par Bénéficiaire : l'Adhérent, son Conjoint et leurs Enfants,</u></li> <li>- <u>Par Evènement : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation</u></li> </ul>	
Accompagnement au diagnostic	2 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Aide à l'annonce du diagnostic aux proches	2 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Accompagnement pré et post hospitalisation	1 entretien téléphonique avant l'Hospitalisation et 1 entretien téléphonique suivant le retour au Domicile
Assistance psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile et par Bénéficiaire
Transfert à l'hôpital et retour au domicile	Prise en charge en en complément des remboursements réalisés par la Sécurité Sociale et les organismes de protection sociale complémentaire
Plan d'aide à la convalescence	1 entretien téléphonique par Evènement
Préparation au retour à domicile	2 heures d'intervention maximum par Evènement dans la limite de 2 Evènements par année civile
Aide à domicile, au choix :	20 heures maximum par Evènement pendant les 15 jours ouvrés qui suivent le début de l'Hospitalisation
- Aide à Domicile	14heures maximum par Evènement pendant les 15 jours ouvrés qui suivent le début de l'Hospitalisation
OU	
- Jardinage ou petit bricolage	14 heures maximum par Evènement pendant les 15 jours ouvrés qui suivent le début de l'Hospitalisation
OU	
- Auxiliaire de vie	
Acheminement des médicaments	Prise en charge des frais de livraison dans la limite de 2 fois par année civile et par Bénéficiaire
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans	

<p>- Garde à Domicile OU - Transfert chez un proche OU - Venue d'un proche au Domicile OU - Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice</p>	<p><b>20 heures maximum par Evènement</b></p> <p><b>1 Titre de transport par enfant et par Evènement (+ 1 Titre de transport pour un accompagnant adulte si besoin)</b></p> <p><b>1 Titre de transport par Evènement</b></p> <p><b>2 aller-retours par jour dans un rayon de 25 km maximum pendant 5 jours maximum répartis sur 1 mois</b></p>
<p>Ecole à domicile à compter du 15e jour d'absence</p>	<p><b>3 heures maximum par jour de classe, hors vacances scolaires, durant 3 mois maximum</b></p>
<p>Garde ou transfert des personnes dépendantes</p> <p>- Garde à Domicile OU - Transfert chez un proche OU - Venue d'un proche</p>	<p><b>30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs</b></p> <p><b>1 Titre de transport</b></p> <p><b>1 Titre de transport</b></p>
<p>Présence d'un proche au chevet (<i>En cas d'hospitalisation du Bénéficiaire à plus de 50 km du Domicile</i>)</p>	<p><b>1 Titre de transport</b></p>
<p>Garde des Animaux de compagnie</p> <p>- Garde au Domicile ou dans une pension pour animaux OU - Transfert des animaux chez un proche</p>	<p><b>30 jours maximum</b></p> <p><b>Dans un rayon de 100 km maximum</b></p>

## IV. DETAIL DES GARANTIES

En cas de difficulté d'interprétation du tableau synoptique ci-avant, il convient de faire prévaloir la rédaction des garanties détaillées ci-après.

### 2) PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHESION

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 1, il faut entendre

- par Bénéficiaire : l'Adhérent son Conjoint, leur(s) Enfants(s)
- par Evènement : l'adhésion au Contrat

#### a. Informations santé d'ordre général

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

- Informations générales sur les pathologies, les analyses médicales et les examens médicaux,
- La santé au quotidien : pharmacie, les gestes de secours, trousse de secours, automédication, vaccinations...,
- Bien vivre : des informations en matière de prévention, de bien-être et de médecine du voyage.

### 3) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE SUPERIEURE A 5 JOURS OU D'HOSPITALISATION IMPREVUE SUPERIEURE A 24 HEURES

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 2, il faut entendre

- par Bénéficiaire : l'Adhérent son Conjoint, leur(s) Enfants(s)
- par Evènement : l'Accident ou la Maladie à l'origine de l'Hospitalisation

#### a. Accompagnement au diagnostic

L'équipe médicale de FILASSISTANCE accompagne le Bénéficiaire dans la compréhension de sa Maladie et son stade évolutif, sur les impacts sur son mode de vie, les possibilités thérapeutiques et sur la gravité ou l'incertitude du diagnostic. Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 2 entretiens téléphoniques par année civile avec le médecin de FILASSISTANCE.

#### b. Aide à l'annonce du diagnostic aux proches

L'Equipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE peuvent aborder avec le Bénéficiaire les questions à se poser portant sur l'appréhension pour l'annonce du diagnostic aux proches et envisager les moyens les plus adaptés pour le faire.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 2 entretiens téléphoniques par année civile avec les psychologues de FILASSISTANCE.

#### c. Accompagnement pré et post hospitalisation

L'Equipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE propose au Bénéficiaire un accompagnement personnalisé lors de son Hospitalisation.

Cet accompagnement est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques qui permettent à l'Equipe médico-psycho-sociale de faire le point avec le Bénéficiaire, de lui apporter des conseils adaptés à sa situation et de répondre à ses questions.

A la demande du Bénéficiaire :

#### • J-4 (avant l'Hospitalisation) :

Un entretien téléphonique avec l'Equipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE pourra être organisé et permettra au Bénéficiaire de préparer son séjour à l'hôpital et anticiper sa sortie, en abordant les thèmes tels que : anesthésie, formalités, gestion de l'anxiété, aides nécessaires au retour au domicile (financement des aides et mise en place des services d'assistance à la charge du Bénéficiaire).

#### • J+1 (suivant la date de retour au Domicile) :

Un entretien téléphonique avec l'Equipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE pourra être organisé pour favoriser le bon rétablissement du Bénéficiaire, en abordant les thèmes tels que : surveillance des principaux signes cliniques et symptômes (douleur, fièvre, cicatrice, nausées...), compréhension des ordonnances de sortie et mise en place d'un suivi médical, conseils hygiéno-diététique, reprise de l'activité quotidienne...

L'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE pourra réorienter le Bénéficiaire vers un psychologue.

**Un délai de 72 heures ouvrable est nécessaire pour la prise de rendez-vous téléphonique avec l'Equipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE.**

#### d. Assistance psychologique

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec sa plateforme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée (**3 entretiens téléphoniques maximum par année civile et par Bénéficiaire**) et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

**Cette garantie est accessible aux enfants du Bénéficiaire dès lors qu'ils sont âgés de 16 ans et plus.**

**Les frais de consultations des professionnels assurant la prise en charge psychologique sont à la charge de la famille du Bénéficiaire.**

#### e. Transfert à l'hôpital et retour au domicile

FILASSISTANCE rembourse en complément des remboursements réalisés par la Sécurité Sociale et des organismes de protection sociale complémentaire (mutuelle, assureur ou institution de prévoyance santé), **le transport aller/retour**, en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, **du Domicile jusqu'au lieu de son Hospitalisation.**

Le remboursement est conditionné à la réception par FILASSISTANCE du décompte de remboursement de la Sécurité Sociale et des organismes de protection sociale complémentaire.

Si le Bénéficiaire le souhaite, FILASSISTANCE le met en relation avec des ambulanciers proches de son Domicile.

#### f. Plan d'aide à la convalescence

FILASSISTANCE réalise un **entretien téléphonique** avec le Bénéficiaire ou sa famille afin d'évaluer notamment sa situation médico-psycho-sociale et d'établir conjointement un plan d'aide à la convalescence. Ce plan a pour objectif de faciliter la vie de la famille pendant et après l'Hospitalisation et aborde différents domaines :

- **Les besoins en services à Domicile** : Bilan sur les services déjà en cours, fréquences et heures d'intervention et établit quels sont les services complémentaires qui faciliteraient la vie quotidienne du Bénéficiaire et de sa famille.

- **Les droits et les démarches** : **FILASSISTANCE** aide le Bénéficiaire dans ses démarches administratives et l'accompagne sur un plan administratif, juridique et social, dans la constitution de dossiers et la recherche de financements (aides financières publiques, etc...).

- **Les aides techniques** : **FILASSISTANCE** peut informer le Bénéficiaire sur les aides techniques éventuelles pouvant favoriser sa convalescence le cas échéant.

**FILASSISTANCE** peut mettre en relation le Bénéficiaire avec des distributeurs de matériels médicaux pouvant délivrer ces aides.

#### **g. Préparation au retour à Domicile**

Si le Domicile du Bénéficiaire est resté inhabité pendant la période d'Hospitalisation, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'intervention d'un prestataire qui s'occupe d'ouvrir le domicile, de réaliser les courses et de préparer les repas.

**Les frais liés aux courses restent à la charge de l'Adhérent.**

Cette garantie est prise en charge **dans la limite de 2 heures par Evènement et de 2 Evènements par année civile.**

#### **h. Aide à domicile**

**FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations suivantes choisie par le Bénéficiaire :

- **Aide à domicile** : dans la limite de **20 heures par Evènement, OU**
- **Jardinage ou petit bricolage** : dans la limite de **14 heures par Evènement, OU**
- **Auxiliaire de vie** : dans la limite de **14 heures par Evènement.**

**La prestation choisie sera mise en œuvre pendant les 15 jours ouvrés qui suivent le début de l'Hospitalisation.**

#### **i. Acheminement des 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. Cette garantie peut être mise en œuvre dans la limite de 2 fois par année civile et par Bénéficiaire.**

#### **j. Garde des enfants âgés de moins de 16 ans**

Si, durant l'Hospitalisation, 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 des Enfants au Domicile **dans la limite de 20 heures par Evènement, OU**

- le transfert des Enfants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition **1**

**Titre de transport par enfant et pour un adulte accompagnant, si besoin, par Evènement, OU**

- la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1**

**Titre de transport, OU**

- l'accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice **dans la limite de 2 aller-retours par jour dans un rayon de 25 km maximum, pendant 5 jours maximum répartis sur un mois.**

#### **k. Ecole à domicile**

**Dès le 16<sup>ème</sup> jour d'absence scolaire de l'enfant du Bénéficiaire, consécutive à une Maladie ou un Accident, FILASSISTANCE** organise et prend en charge 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 :

- 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 disponible(s) 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, **dans la limite de 3 heures maximum par jour de classe, hors vacances scolaires, durant 3 mois maximum.**

**Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires.**

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

#### **l. Garde ou transfert des personnes dépendantes**

Si, Durant l'Hospitalisation du Bénéficiaire, les personnes dépendantes dont il a la charge ne peuvent pas s'organiser seules ni être confiées à une personne de l'entourage du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** organise et prend l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- leur garde à Domicile **dans la limite de 30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs, OU**

- leur transfert chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport, OU**

- la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile du Bénéficiaire, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport.**

#### **m. Présence d'un proche au chevet**

**En cas d'hospitalisation du Bénéficiaire à plus de 50 km de son Domicile, FILASSISTANCE** organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à sa disposition **un Titre de transport,** afin qu'il se rende au chevet du Bénéficiaire.



## n. Garde des Animaux de compagnie

Si les Animaux de compagnie du Bénéficiaire se retrouvent sans surveillance au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge

- Soit le transfert de l'Animal de compagnie chez un Proche désigné par le Bénéficiaire à concurrence du prix d'une course de taxi dans un rayon de 100 km autour du Domicile ;
- Soit la garde de l'Animal de compagnie au Domicile ou dans une pension pour animaux. **Cette prise en charge ne peut excéder une période de 30 jours par Evènement.**

## V. EXCLUSIONS

### 1) Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

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

#### Exclusions générales

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

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

## VI. CLAUSES REGLEMENTAIRES

### 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.

### 2) Informatique et libertés

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

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

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

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

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

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

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

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

Le Bénéficiaire peut exercer ces différents droits en se rendant sur [www.filassistance.fr](http://www.filassistance.fr) ou en contactant directement le service DPD par courrier (FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel ([dpo@filassistance.fr](mailto: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.

### 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).**

### 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.

### 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](mailto:qualite@filassistance.fr),
- sur le site internet [www.filassistance.fr](http://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](http://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) 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 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 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 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.

- **Etendue de la prescription quant aux personnes**

Article 2245 du Code civil

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

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

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

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

Article 2246 du Code civil

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

- **Causes de report et de suspension de la prescription**

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

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

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

Article 2234 du Code civil

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

Article 2235 du Code civil

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

Article 2236 du Code civil

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

Article 2237 du Code civil

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

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter

de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six 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 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).

## 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.



**FILASSISTANCE INTERNATIONAL**  
Société Anonyme au capital de 4 100 000 €  
433 012 689 RCS NANTERRE  
Siège social : 108 Bureaux de la Colline,  
92213 SAINT-CLOUD Cedex  
Entreprise régie par le Code des Assurances



## TITRE I – FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

### CHAPITRE I FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

#### Art. 1 – Dénomination

Il est constitué une Mutuelle dénommée VIASANTÉ Mutuelle, ci-après désignée « la Mutuelle », personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité et immatriculée 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 œuvre, à titre accessoire, une action sociale.

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

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

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

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

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

La Mutuelle peut également céder en réassurance, à tout organisme autorisé à pratiquer cette activité, quel que soit son statut juridique, tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue. Elle peut également accepter en réassurance les engagements d'opérations d'assurance pour lesquelles elle est agréée.

La Mutuelle peut déléguer totalement ou partiellement la gestion de contrats collectifs ; les principes de cette délégation seront déterminés par l'Assemblée générale. Elle peut également déléguer la gestion de ses opérations individuelles et assurer la gestion pour le compte d'autres organismes d'assurance.

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

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

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

#### Art. 4 – Le mécanisme de la substitution

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

En cas de carence de la Mutuelle ou de l'union substituée pour fixer ces paramètres, ils sont déterminés par la Mutuelle substituante.

#### Art. 5 – Règlement intérieur

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

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

#### Art. 6 – Respect de l'objet des Mutuelles

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

#### Art. 7 – Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

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

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

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

- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de complémentaire santé, individuelle ou collective ;
  - La mise en 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 (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](http://www.viasante.fr).

\* NIR : Numéro de Sécurité sociale

## CHAPITRE II

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

#### Section 1 – Conditions d'adhésion

##### Art. 8 – Catégories de membres

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires dans les conditions définies aux 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 1<sup>er</sup> jour de l'année suivant celle où ils perdent leur qualité d'ayant droit ou atteignent leur ladite limite.

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

Les membres sont répartis dans 3 sections de vote nationales :

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

##### Art. 9 – Adhésion individuelle

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

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

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

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

L'adhésion en qualité de membre honoraire est subordonnée à la décision du Conseil d'administration qui peut, pour ce faire, procéder à des délégations. L'acte d'adhésion emporte acceptation des statuts et du règlement intérieur par le membre honoraire.

##### Art. 10 – Adhésions collectives

###### I – Opérations collectives facultatives :

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

###### II – Opérations collectives obligatoires :

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires, la qualité de membre participant résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle en application de dispositions législatives, réglementaires conventionnelles, de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur de s'affilier à la Mutuelle. Elle emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, du contrat collectif conclu entre l'employeur et la Mutuelle et de la notice d'information prévue à l'article L.221-6 du code de la mutualité.

#### Section 2 – Majorations de retard et exécution en justice

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

#### Section 3 – Démission, radiation et exclusion

##### Art. 11 – Démission

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.

## Section 1 – 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 2 – 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 diligentes 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 Prudential et de Résolution, d'office ou à la demande d'un membre-participant ;
4. Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudential 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 2<sup>ème</sup> convocation.

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

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

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

Tout délégué peut détenir jusqu'à 2 procurations.

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

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

L'Assemblée générale délibère sur les points inscrits à l'ordre du jour. Néanmoins,

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

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

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

### Art. 21 – Quorum et majorités

I – Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le montant du fonds d'établissement, les montants ou taux de cotisations, la délégation de pouvoir prévue à l'article L. 114-11 du code de la mutualité, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le Conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations en application de l'article L114-1, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une Mutuelle ou d'une union, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13, est au moins égal à la moitié du total des membres.

Si le quorum n'est pas réuni lors de la première convocation, l'Assemblée générale peut être à nouveau convoquée. Elle délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13, est au moins égal au quart du total de ses membres.

Les décisions de l'Assemblée générale sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

II – Pour l'exercice de ses autres attributions, l'Assemblée générale délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13, est au moins égal au quart du total des membres.

Si lors de la première convocation, l'Assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé, l'Assemblée générale peut être à nouveau convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

## Section 3 – Attributions de l'Assemblée générale

### Art. 22 – Compétences

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

L'Assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

1. la modification des statuts,
2. les activités exercées,
3. l'existence et le montant des droits d'adhésion,
4. le montant du fonds d'établissement,
5. les montants ou les taux de cotisations lorsque cette compétence ne relève pas du Conseil d'administration conformément aux articles L. 114-1 ou L. 114-11 du code de la mutualité,
6. les prestations offertes lorsque cette compétence ne relève pas du Conseil d'administration conformément aux articles L. 114-1 ou L. 114-11 du code de la mutualité,
7. l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre Mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou d'une union conformément aux articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité,
8. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
9. l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du code de la mutualité,
10. le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
11. le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
12. les comptes combinés ou consolidés de l'exercice établis conformément à l'article L.212-7 ainsi que sur le rapport de gestion du groupe établi conformément à l'article L.114-17,
13. le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité,
14. le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou unions régies par les livres II et III du code de la mutualité auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu par l'article L. 114-39 du code de la mutualité,
15. le rapport du Conseil d'administration sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion,
16. le plan prévisionnel de financement prévu par l'article L. 310-4 du code de la mutualité,
17. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité,
18. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le Conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations,
19. toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée générale se prononce également sur :

1. la nomination des Commissaires aux comptes,
2. la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions des présents statuts,
3. les apports faits aux Mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du code de la mutualité.
4. les principes que doivent respecter les délégations de gestion des contrats collectifs.

#### **Art. 23 – Délégation de pouvoir de l'Assemblée générale : Taux de cotisations et prestations**

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

Cette délégation est valable 1 an.

#### **Art. 24 – Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale**

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

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

## CHAPITRE II – CONSEIL D'ADMINISTRATION

### Section 1 – Composition, élections

#### **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 2 – 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 3 – 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 œuvre 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 œuvre ;
- 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 l'exécution de contrats ou types de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le Président, le Dirigeant opérationnel ou l'administrateur ainsi désigné agit sous le contrôle et l'autorité du Conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

#### Art. 34 – Les différents types de conventions

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

### Section 4 – 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 5 – 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 III – PRÉSIDENT ET BUREAU

### Section 1 – 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 Vice-présidents 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 I<sup>er</sup> du livre VI du code monétaire et financier.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

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

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

Il engage les dépenses.

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

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

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

## Section 2 – Élection, composition du Bureau

### Art. 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, pour-voit 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 Vice-présidents 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 IV DIRECTION GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

### Art. 51 – Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel

Le Conseil d'administration nomme, sur proposition du Président, un Délégué général, et un Dirigeant opérationnel ; il détermine leurs attributions respectives. Il peut être mis fin aux fonctions du Délégué général et du Dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

Le Délégué général est le Directeur général de l'Association sommitale AG2R LA MONDIALE.

Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel assistent aux réunions du Conseil d'administration et du Bureau ensemble ou séparément.

Ils peuvent se faire représenter lors de ces réunions par la personne de leur choix.

Le Dirigeant opérationnel est tenu de déclarer au Conseil d'administration, avant sa nomination, l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'il entend conserver et de faire connaître après sa nomination les autres activités ou fonctions qu'il entend exercer.

Le Dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L114-17 du code de la mutualité.

Le Dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation de pouvoirs confiée par le Conseil d'administration et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux Assemblées générales, au Conseil d'administration et au Président.

## CHAPITRE V – ORGANISATION FINANCIÈRE

### Section 1 – 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 2 – 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 3 – 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 de commerce.

Le Président convoque le Commissaire aux comptes à toute Assemblée générale. Le Commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versée à chaque administrateur ;
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration ;
- prend connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L. 114-32 du code de la mutualité ;
- établit et présente à l'Assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité ;
- fournit à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- signale sans délai à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution tout fait et décision 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 de commerce ;
- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'ils ont relevées au cours de l'accomplissement de leur mission.

Il joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature, réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une Mutuelle ou d'une union relevant du livre III du code de la mutualité.

## Section 4 – Fonds d'établissement

### Art. 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 œuvre des politiques communes ;
- la coordination des fonctions clés des organismes affiliés du groupe prudentiel ;
- la mise à disposition des moyens humains et matériels d'AG2R LA MONDIALE.

Et plus généralement à respecter toutes opérations et obligations fixées par les statuts et la convention d'affiliation de la Sgaps.

# A.D.P.M

## ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE MUTUALISTE

### STATUTS

Mis à jour par les Assemblées Générales des 29 juin 2018 et 24 septembre 2020

*En date du 29 juin 2018, l'Assemblée Générale Extraordinaire de l'Association a approuvé la réalisation d'opérations de fusions par voie d'absorption des associations LA PREVOYANCE EUROPEENNE, CLUB MOTO MYTHIQUE (C2M) et ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE (A.D.P.) par l'Association. Par la réalisation définitive desdites fusions, les associations LA PREVOYANCE EUROPEENNE, CLUB MOTO MYTHIQUE (C2M) et ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE (A.D.P.) ont été dissoutes de plein droit, sans qu'il y ait lieu à liquidation, et l'ensemble de leur patrimoine a été transmis à l'Association. Par ailleurs, les membres des associations LA PREVOYANCE EUROPEENNE, CLUB MOTO MYTHIQUE (C2M) et ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE (A.D.P.) sont devenus, de plein droit, membres de l'Association.*

Consécutivement à la réalisation des opérations de fusions susvisées, les Statuts de l'Association ont été modifiés comme suit :

#### ARTICLE 1 : CONSTITUTION - DENOMINATION - DUREE

##### 1.1. Constitution

Il a été constitué, entre les membres fondateurs auxquels se sont joints les adhérents ultérieurs aux présents Statuts, une Association régie par la Loi du 1er juillet 1901 et le Décret du 16 août 1901, et toutes les dispositions législatives et/ou réglementaires qui viendraient à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents Statuts.

Créée à la signature des Statuts d'origine, soit le 30 octobre 1984, l'Association a initialement pris le nom de : « PREVOYANCE MEDICALE DE TOURAINE ».

Aux termes d'une résolution de l'Assemblée Générale Extraordinaire en date du 17 décembre 1998, il a été décidé de procéder à la fusion par voie d'absorption de l'association PREVOYANCE MEDICALE ATLANTIQUE par l'Association. Du fait de ladite fusion, l'association PREVOYANCE MEDICALE ATLANTIQUE a été dissoute, l'universalité de son patrimoine a été transférée à l'Association et les membres de l'association PREVOYANCE MEDICALE ATLANTIQUE sont devenus membres de l'Association. Suite à cette fusion, l'Association avait pris le nom de : « PREVOYANCE MEDICALE TOURAINE-ATLANTIQUE ».

Comme indiqué en préambule, aux termes d'une résolution de l'Assemblée Générale Extraordinaire en date du 29 juin 2018, il a été décidé de procéder à la fusion par voie d'absorption des associations LA PREVOYANCE EUROPEENNE, CLUB MOTO MYTHIQUE (C2M) et ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE (A.D.P.) par l'Association.

##### 1.2. Dénomination

La dénomination de l'Association est :

**ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE  
LA PREVOYANCE MUTUALISTE (A.D.P.M.)**

##### 1.3. Durée

La durée de l'Association est illimitée.

#### ARTICLE 2 : OBJET

Cette Association a pour but :

- d'étudier, de simplifier, de promouvoir et de diffuser tout type d'assurance de biens et de personnes, de mettre en œuvre les moyens propres à réaliser son application et son organisation, de faciliter à ses membres adhérents, fondateurs ou non, leur adhésion à ces régimes et d'assumer, dans les limites fixées par le Conseil d'Administration, la gestion matérielle des contrats de groupe souscrits par l'Association,
- de procéder à la souscription, pour le compte de ses membres, de contrats d'assurance de groupe collectifs facultatifs,
- de réaliser, dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, toute action apte à procurer ou à améliorer la garantie de ses membres contre les divers risques sociaux et les risques divers sur les biens de ses membres,
- d'informer et de conseiller les membres sur les possibilités offertes dans le domaine de la prévoyance collective,
- de faciliter leurs démarches auprès des organismes sociaux,

- de leur communiquer toute information d'ordre culturel, social, économique, ...
- de promouvoir toute action destinée au développement et à l'enrichissement des loisirs, notamment, mais non exclusivement, en ce qui concerne les personnes du 3e âge,
- et plus généralement, de mener toute action publique ou collective nécessaire ou utile à la réalisation de ces buts.

#### ARTICLE 3 : SIEGE

Le siège de l'Association est fixé à Tours (37100), 49 bis avenue André Maginot. Une simple décision du Conseil d'Administration pourra le transférer dans tout le territoire métropolitain.

#### ARTICLE 4 : LES MEMBRES

L'Association se compose :

1. de membres fondateurs formés en Collège : la qualité de membre fondateur peut être attribuée, conformément à l'article 8, à tout autre membre ou, même, à des tiers en raison des services rendus à l'Association.
2. de membres adhérents qui se distinguent entre membres actifs et membres honoraires :
  - a) Membres actifs : les membres actifs, personnes physiques individuelles, s'engagent à coopérer activement à la réalisation des buts de l'Association. Ils se composent des membres qui décident d'adhérer à l'Association pour une durée identique à celle du contrat d'assurance de groupe qu'ils souscrivent, sauf démission ou exclusion.
  - b) Membres honoraires : les membres honoraires ne participent pas activement à la vie de l'Association mais s'intéressent à ses travaux et réalisations.

Chaque membre s'engage à observer les clauses et conditions des présents Statuts et à accepter les modifications pouvant intervenir ultérieurement.

Chaque membre adhérent actif ayant souscrit un contrat d'assurance Santé a notamment l'obligation de payer une cotisation annuelle.

#### ARTICLE 5 : RESPONSABILITE

Aucun membre de l'Association n'est personnellement responsable des engagements contractés par elle, seules les ressources de l'Association en dépendent.

#### ARTICLE 6 : DEMISSION - DECES - RADIATION

La qualité de membre de l'Association se perd :

- a) par démission ;
- b) par décès ;
- c) par radiation ;
- d) par la dissolution, pour quelque cause que ce soit, de l'Association.

Seul le Collège des membres fondateurs peut prononcer, pour motif grave, la radiation d'un membre fondateur, l'intéressé ayant été préalablement entendu ou invité à faire valoir ses observations par écrit.

La radiation d'un membre adhérent est prononcée par décision du Conseil d'Administration.

La radiation ne pourra intervenir qu'après l'envoi par le Président du Conseil d'Administration d'une lettre recommandée invitant la personne concernée à fournir des justifications au Conseil d'Administration.

La démission interviendra par le non-paiement de la cotisation statutaire, ou pourra être notifiée à l'Association par simple lettre de l'adhérent.

A compter de la date à laquelle la radiation ou la démission est devenue effective, le membre intéressé ne peut plus prétendre aux services de l'Association.

#### ARTICLE 7 : RESSOURCES

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations des membres adhérents actifs ayant souscrit un contrat d'assurance Santé ;
- des subventions qui peuvent lui être accordées par l'Etat, les Départements, les Communes et les Etablissements publics ;
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- de toute autre ressource autorisée par les textes législatifs et réglementaires.

## **ARTICLE 8 : CONSEIL D'ADMINISTRATION**

### **8.1. Composition**

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration composé d'au moins cinq (5) membres, élus par l'Assemblée Générale Ordinaire.

Le Conseil doit être composé, pour plus de la moitié, de membres :

- ne détenant pas et n'ayant jamais détenu au cours des deux (2) années précédant leur désignation, aucun intérêt, ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe ;
- ne recevant pas ou n'ayant jamais reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ce même organisme.

Les administrateurs élisent, parmi leurs membres, le Président du Conseil d'Administration. Le Président dirige les travaux du Conseil d'Administration et assure le fonctionnement de l'Association.

### **8.2. Fin du mandat des membres du Conseil d'Administration**

Le mandat des membres du Conseil d'Administration prend fin par la démission, la révocation ou le décès de l'administrateur.

En cas de décès ou de démission, le Conseil d'Administration peut, entre deux Assemblées Générales, nommer à titre provisoire un ou des administrateur(s), en vue de compléter l'effectif du Conseil d'Administration.

Les nominations effectuées par le Conseil d'Administration en vertu des stipulations ci-avant sont soumises à la ratification de l'Assemblée Générale la plus proche en date.

Au cas où l'Assemblée Générale ne ratifierait pas cette nomination, les délibérations auxquelles l'administrateur, ainsi coopté, aurait pu participer et les actes qu'il aurait pu accomplir n'en seraient pas moins valables.

Le mandat provisoire du ou des administrateur(s) nommé(s) prend fin à la plus prochaine Assemblée Générale suivant sa/leur nomination.

Cette Assemblée Générale procédera alors à l'élection d'un ou plusieurs administrateur(s), le cas échéant, dans les conditions prévues à l'article 8.1 des présents Statuts.

### **8.3. Réunions et délibérations du Conseil d'Administration**

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation de son Président, chaque fois que celui-ci le juge utile. En cas d'empêchement du Président, le Conseil d'Administration peut être convoqué par le Vice-Président.

Les convocations sont adressées au moins huit (8) jours avant la réunion du Conseil d'Administration, par voie postale ou par courriel, dès lors que l'administrateur ne s'y est pas opposé formellement auprès de l'Association.

Les convocations mentionnent l'ordre du jour et le lieu de la réunion du Conseil d'Administration.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par tous les administrateurs participant à la réunion.

Les séances du Conseil d'Administration sont présidées par le Président, à défaut par le Vice-Président, ou à défaut par le Secrétaire.

Tout administrateur absent ou empêché peut donner par écrit un pouvoir à un autre administrateur afin de le représenter lors de la réunion, mais aucun administrateur ne peut disposer de plus de deux (2) pouvoirs. De même, tout administrateur a la possibilité de participer au vote des points prévus à l'ordre du jour par correspondance ou par voie électronique, conformément aux modalités définies dans le règlement de vote.

Chaque administrateur dispose d'une (1) voix.

Les délibérations du Conseil d'Administration sont prises à la majorité simple des administrateurs présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou du vote électronique.

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

Il est établi un procès-verbal des séances, signé par le président de séance.

Le Président peut aussi faire des consultations écrites qui vaudront réunion.

### **8.4. Gratuité des fonctions d'administrateur**

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites.

Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais de déplacement engagés dans l'intérêt de l'Association, sur la base de justificatifs.

Les modalités de remboursement des frais de déplacement sont précisées sur le formulaire de demande de remboursement.

Le Président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant alloué, selon le deuxième alinéa ci-dessus, aux membres du Conseil d'Administration.

### **8.5. Pouvoirs du Conseil d'Administration**

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour décider de tous actes qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale. Il peut déléguer ses fonctions à l'un ou plusieurs de ses membres.

Il définit et propose la politique générale de l'Association, il en surveille l'application et la mise en œuvre. Il surveille la gestion des membres du Bureau et a le droit de se faire rendre compte de leurs actes.

Il arrête le budget prévisionnel.

Il fixe le montant des cotisations et, le cas échéant, le droit d'entrée. Il rédige et modifie le règlement de vote.

### **8.6. Pouvoirs du Président du Conseil d'Administration**

Le Président représente seul l'Association dans tous les actes de la vie civile et est investi de tous pouvoirs à cet effet.

Le Président du Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au Vice-Président ou, en l'absence du Vice-Président, au Secrétaire.

## **ARTICLE 9 : LE BUREAU**

### **9.1. Composition**

Le Conseil d'Administration désigne, parmi ses membres, un Bureau composé du Président du Conseil d'Administration, d'un Vice-Président, d'un Secrétaire et d'un Trésorier.

Les Président, Vice-Président, Secrétaire et Trésorier seront, en même temps, ceux de l'Association.

Le remplacement d'un membre du Bureau est effectué par décision du Conseil d'Administration.

### **9.2. Pouvoirs du Bureau**

Le Bureau assure la gestion courante de l'Association. Il se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige, sur convocation du Président.

Le Trésorier établit ou fait établir, sous sa responsabilité, les comptes de l'Association. Il établit également un rapport sur la situation financière de l'Association et le présente à l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle.

Le Secrétaire est spécialement chargé de la promotion en faveur de l'Association, de la liaison entre les membres, de la conservation des archives et des registres, et de la rédaction des procès-verbaux.

En cas de besoin, il pourra suppléer le Trésorier.

## **ARTICLE 10 : ASSEMBLEES GENERALES**

### **10.1. Convocation**

L'ensemble des membres de l'Association, tant les membres fondateurs que les membres adhérents, à jour de leurs cotisations, constitue l'Assemblée Générale.

L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit une (1) fois par an, sur convocation du Président du Conseil d'Administration.

Le Président du Conseil d'Administration peut convoquer l'Assemblée Générale Extraordinaire, en cas de circonstances exceptionnelles, sur son initiative ou sur demande motivée d'au minimum 10 % des membres de l'Association, à jour de leurs cotisations au dernier jour du mois qui précède le dépôt de cette demande sur le bureau de l'Association, dans un délai de deux (2) mois à compter de la réception de ladite demande.

Les règles de convocation, de quorum et de vote seront les mêmes que celles de l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle.

La convocation individuelle des membres à l'Assemblée Générale est transmise trente (30) jours au moins avant la date fixée pour cette Assemblée.

Elle mentionne l'ordre du jour, arrêté par le Conseil d'Administration, ainsi que la date et le lieu de la tenue de l'Assemblée Générale. Les projets de résolutions, présentés par le Conseil d'Administration, sont joints à la convocation. Cette convocation peut également mentionner la date à laquelle la seconde Assemblée sera convoquée en cas de non atteinte du quorum.

Les convocations peuvent être adressées par courriel dès lors que le membre ne s'y est pas opposé formellement auprès de l'Association.

Des projets de résolutions peuvent être présentés au vote de l'Assemblée Générale, par le dixième des adhérents au moins, ou par cent (100) adhérents si le dixième est supérieur à cent. En ce cas, ces projets doivent avoir été communiqués au Conseil soixante (60) jours avant la date de ladite Assemblée.

### **10.2. Quorum et majorité**

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille (1000) adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont fait usage du droit de vote par correspondance ou du vote électronique.

A défaut, une deuxième Assemblée Générale est convoquée et délibère valablement, sans exigence de quorum.

Les résolutions sont adoptées à la majorité simple des membres présents, représentés ou ayant fait usage du droit de vote par correspondance ou du vote électronique.

### **10.3. Modalités de vote**

Chaque membre dispose d'une (1) voix et a la faculté, en cas d'indisponibilité, de se faire représenter à l'Assemblée Générale par un autre membre disposant d'un pouvoir écrit. Chaque membre ne peut disposer que d'un (1) seul mandat.

De même, chaque membre a la possibilité de participer au vote des résolutions par correspondance ou par voie électronique, conformément aux modalités définies dans le règlement de vote.

#### 10.4. Compétence de l'Assemblée Générale

##### 10.4.1. Assemblée Générale Ordinaire

L'Assemblée Générale Ordinaire a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles des contrats d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation souscrits par l'Association, comme prévu par les dispositions légales et réglementaires.

Conformément à l'article R. 141-6 du Code des Assurances, les dispositions essentielles du contrat d'assurance de groupe sont les suivantes :

- la définition des garanties offertes,
- la durée du contrat,
- les modalités de versement des primes,
- les frais et indemnités de toute nature prélevés par l'entreprise d'assurance, à l'exception des frais pouvant être supportés par une unité de compte,
- le taux d'intérêt garanti et la durée de cette garantie, les garanties de fidélité et les modalités de calcul et d'attribution de la participation aux bénéfices,
- la liste des supports en unités de compte, sauf lorsque la modification est autorisée ou prévue par le contrat,
- les conditions dans lesquelles la liste des supports en unités de compte peut évoluer,
- les modalités de rachat, de transfert ou de versement des prestations du contrat,
- la faculté de procéder à des avances consenties par l'entreprise d'assurance.

L'Assemblée Générale peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée maximale de dix-huit (18) mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenant(s), dont la résolution définit l'objet, relatif(s) à des dispositions non essentielles du contrat d'assurance de groupe.

Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale. En cas de signature d'un ou plusieurs avenant(s), il en fait rapport à la plus prochaine Assemblée Générale.

De même, l'Assemblée Générale Ordinaire est seule compétente pour :

- Approuver le rapport de gestion du Conseil d'Administration exposant la situation de l'Association,
- Entendre le rapport financier présenté par le Trésorier,
- Approuver les comptes de l'exercice écoulé,
- Elire et révoquer les membres du Conseil d'Administration,

- Ratifier les nominations effectuées à titre provisoire par le Conseil d'Administration.

##### 10.4.2. Assemblée Générale Extraordinaire

L'Assemblée Générale Extraordinaire est seule compétente pour :

- Modifier les Statuts de l'Association,
- Prononcer la dissolution de l'Association et statuer sur la dévolution des biens,
- Décider de la fusion de l'Association avec une autre association ayant un objet de même nature similaire,
- Décider de la transformation de l'Association.

##### 10.5. Procès-verbaux

Les procès-verbaux de l'Assemblée Générale sont signés par le Président et le Secrétaire de séance et sont tenus à disposition de tout membre qui en ferait la demande.

Le registre des procès-verbaux est consultable par tout membre au siège de l'Association, sous réserve qu'il en fasse préalablement la demande par écrit trente (30) jours auparavant.

##### ARTICLE 11 : DISSOLUTION

L'Assemblée Générale, dans le cadre d'une réunion extraordinaire, est seule compétente pour prononcer la dissolution de l'Association et statuer sur la dévolution de ses biens.

Elle délibère selon les conditions prévues à l'article 10 des Statuts.

L'Assemblée Générale désignera un ou plusieurs liquidateur(s) auquel(aux-quels) elle donnera tout mandat nécessaire à la liquidation, conformément à la loi.

##### ARTICLE 12 : MODIFICATION DES STATUTS

Les Statuts sont modifiés par l'Assemblée Générale Extraordinaire.

##### ARTICLE 13 : REGLEMENT INTERIEUR

Le Conseil d'Administration établira un règlement intérieur régissant le fonctionnement pratique de l'Association et, notamment, le montant des cotisations et droits d'entrée.

##### ARTICLE 14 : EXEMPLAIRE DES STATUTS

Un exemplaire des présents Statuts sera fourni à tout membre qui en fera la demande.

**Association régie par la Loi du 1er juillet 1901**  
**Siège social : 49 bis avenue Maginot 37100 Tours**  
**Déclarée à la Préfecture d'Indre-et-Loire le 17 mars 1999**