

ASSURANCE PREVOYANCE

Document d'information sur le produit d'assurance

Concepteurs :

VIASANTÉ Mutuelle - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 777 927 120, Membre d'AG2R LA MONDIALE

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 Perte d'Autonomie



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 Perte d'Autonomie est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative destiné à garantir le versement d'un capital en cas d'Handicap invalidant ou Dépendance totale, doublé en cas de cause accidentelle, ainsi que le versement d'un capital forfaitaire en cas d'hospitalisation de plus de 7 jours consécutifs.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

Les garanties prévues sont les suivantes :

- ✓ Capital en cas de Dépendance totale ou de Handicap invalidant de l'assuré, consécutif à un Accident ou à une Maladie, d'un montant de deux mille cinq cents (2 500), quatre mille (4 000), six mille (6 000), dix mille (10 000) ou quinze mille (15 000) euros en fonction du choix effectué par l'assuré.
- ✓ Capital doublé si cause génératrice de la Dépendance totale ou du Handicap invalidant accidentelle
- ✓ Garantie « soins immédiats » : versement d'un capital forfaitaire immédiat de 500 euros en cas d'hospitalisation de plus de sept (7) jours consécutifs.

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Services d'assistance assurés par un assureur distinct à VIASANTÉ Mutuelle et définis par 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 80 ans
- ✗ Les personnes ne résidant pas fiscalement et de façon permanente en France



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

Principales exclusions

- ! Les risques provenant d'une guerre étrangère ou d'une guerre civile, attentats, actes de terrorisme, détournements, prises d'otage
- ! Les tentatives de suicide
- ! Les conséquences de compétitions sportives (entraînements et épreuves) à titre professionnel

Pour la garantie « soins immédiats » :

- ! Les hospitalisations liées à une intervention chirurgicale à but esthétique ou de rajeunissement
- ! Les hospitalisations à domicile et les hospitalisations de jour

Principales restrictions :

- ! Ne sont pas prises en charge, les suites et conséquences d'un Handicap ou d'un état de Dépendance totale déclaré ou survenu avant la date d'effet du contrat.
- ! Un délai de carence de vingt-quatre (24) mois à compter de la date d'effet du Contrat lorsque l'état de Dépendance totale, d'Handicap ou la mise en jeu de la garantie soins immédiats, est consécutif à une maladie.
- ! Le capital en cas de « soins immédiats » n'est versé qu'une fois en cas d'hospitalisation de plus de 7 jours consécutifs.

VIASANTÉ Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,

Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 777 927 120, Membre d'AG2R LA MONDIALE, dont le siège social est situé au 14-16 boulevard Malesherbes 75008 Paris

ADLP ASSURANCES, SAS au capital social de 2 153 170 euros, dont le siège social est situé 3 rue Henri Rol-Tanguy 93100 Montreuil

RCS Bobigny 799 342 118 N° Orias 799 342 118



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties sont acquises en France ainsi que dans le monde entier lors de séjours à l'étranger de moins de trois (3) mois.



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 (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cours de contrat**
Déclarer tout changement de situation personnelle pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et prestations, Régler la cotisation mensuelle indiquée au contrat.
- **En cas de sinistre**
Déclarer le sinistre dès que vous en avez connaissance
Fournir tous documents justificatifs prévus au contrat et nécessaires au paiement des prestations prévues.
Se soumettre à tout contrôle médical.



Quand et comment effectuer les paiements ?

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



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 douze (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'Assuré 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 décès de l'assuré, de versement du capital au titre du Handicap invalidant ou de la Dépendance totale, de déménagement de l'assuré en dehors de la France, de démission de l'assuré à l'association ADPM et en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à VIASANTÉ Mutuelle.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au Contrat par lettre, ou par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, adressé à ADLP ASSURANCES, deux (2) mois avant la première date d'anniversaire du Contrat.

Et à tout moment, au-delà de la 1ère année d'adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à ADLP ASSURANCES, Dans cette hypothèse, la résiliation prend 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).

VIASANTÉ Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,

Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 777 927 120, Membre d'AG2R LA MONDIALE, dont le siège social est situé au 14-16 boulevard Maiesherbes 75008 Paris

ADLP ASSURANCES, SAS au capital social de 2 153 170 euros, dont le siège social est situé 3 rue Henri Rol-Tanguy 93100 Montreuil

RCS Bobigny 799 342 118 N° Orias 799 342 118

Assurance Assistance Dépendance

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 : FIC20DEP0082



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 dépendance ont pour vocation d'aider les bénéficiaires lors de la survenance de la dépendance.



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 Dépendance

- ✓ **Dès l'adhésion** : informations juridique et vie pratique, renseignements sur la dépendance, recherche d'établissements spécialisés ou d'accueil temporaire, recherche et mise en relation si nécessaire avec les prestataires de services à domicile, accompagnement budgétaire et social Dépendance/Handicap, bilan situationnel par un ergothérapeute, bilan prévention autonomie, prévention des risques cardio-vasculaires, bilan prévention mémoire, bilan prévention et accompagnement de l'incontinence.
- ✓ **En cas d'hospitalisation de plus de 7 jours** : aide à domicile ou auxiliaire de vie ou portage de repas, venue d'un proche.
- ✓ **En cas de dépendance totale ou de handicap** : enveloppe de 16 services (aide à domicile, auxiliaire de vie, accompagnement dans les déplacements, portage de repas, préparation des repas, réalisation des courses, livraison de médicaments, coiffeur, esthéticienne, pédicure à domicile, collecte et livraison de linge repassé, visite de courtoisie, jardinage, petit bricolage, garde des enfants à domicile, conduite des enfants à l'école et activités extra-scolaires, garde des ascendants ou du conjoint à domicile, garde des animaux de compagnie), accompagnement psychologique.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ 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

- ! 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 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, 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 du Bénéficiaire survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion.



Où suis-je couvert ?

✓ Les garanties assistance Dépendance 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.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à partir de la date d'adhésion au contrat d'assurance **ADPM2001** distribué par ADLP ASSURANCES et souscrit par ADPM (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès de **VIASANTÉ Mutuelle**.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale, 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 **ADPM2001** distribué par ADLP ASSURANCES et souscrit par ADPM (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès de **VIASANTÉ Mutuelle**,
- en cas de résiliation du contrat collectif d'assistance n° **FIC20DEP0082**.



Comment puis-je résilier le contrat ?

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

NOTICE D'INFORMATION AVOCOTES PERTE D'AUTONOMIE

CONTRAT ADPM2001

Le Contrat « **AvoCotés Perte d'Autonomie** » est un contrat collectif à adhésion facultative n°ADPM2001 souscrit auprès de la **VIASANTÉ Mutuelle** par l'**Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste (ADPM)** – 49 bis, avenue André Maginot 37100 TOURS, et distribué exclusivement par ADLP Assurances - SAS au capital de 2 064 484 € inscrite au registre des intermédiaires en assurances sous le n° 14001699 (www.orias.fr), titulaire de la marque AvoCotés.

Le Contrat « AvoCotés Perte d'Autonomie » 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^{er} : OBJET ET FORME DU CONTRAT

Le Contrat AvoCotés Perte d'Autonomie a pour objet de garantir à l'Assuré le versement du capital garanti en cas de Dépendance totale ou de Handicap invalidant de l'Assuré, consécutif à un Accident ou à une Maladie, survenant postérieurement à la date d'effet de la garantie et pendant la période de validité du Contrat.

Le capital souscrit est doublé lors du versement si la Dépendance totale ou le Handicap invalidant est causé par un Accident.

Le Contrat prévoit également une garantie « soins immédiats » ayant pour objet le versement d'un capital forfaitaire immédiat de cinq cents (500) euros en cas d'hospitalisation de plus de sept (7) jours consécutifs survenus postérieurement à la date d'effet de la garantie et pendant la période de validité du Contrat.

Au titre du Contrat AvoCotés Perte d'Autonomie, 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'assuré 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 telles que l'apoplexie, l'infarctus du myocarde, les ruptures d'anévrisme, l'épilepsie et les accidents vasculaires cérébraux ischémiques ou hémorragiques ainsi que les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux.

Actes de la vie quotidienne :

- Se laver** : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de se laver lorsque, en dépit des possibilités d'adaptation des sanitaires (lavabo, douche ou baignoire), il dépend entièrement de l'assistance d'une Tierce personne pour se laver tant le haut que le bas du corps.
- S'habiller** : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de s'habiller lorsqu'il dépend entièrement de l'assistance d'une Tierce personne pour mettre ou enlever les vêtements qu'il porte habituellement, le cas échéant adaptés à son Handicap ; si l'Assuré a besoin d'aide uniquement pour enfiler ou enlever ses bas, chaussettes ou chaussures, ou encore pour attacher ou détacher ses vêtements, il n'est pas considéré dans l'incapacité totale de s'habiller.
- Se déplacer** : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de se déplacer lorsque, en dépit du recours à des appareils auxiliaires (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant ou appareillages orthopédiques spécialisés), il dépend entièrement de l'assistance d'une Tierce personne pour se déplacer à l'intérieur de son logement sur une surface plane.
- S'alimenter** : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de s'alimenter lorsqu'il dépend entièrement de l'assistance d'une Tierce personne pour porter à la bouche les aliments et la boisson préalablement préparés et servis ; si l'Assuré a besoin d'aide uniquement pour couper la nourriture ou se servir, il n'est pas considéré dans l'incapacité totale de s'alimenter.

- Transfert lit/fauteuil** : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de réaliser un transfert lit/fauteuil lorsqu'il dépend entièrement de l'assistance d'une Tierce personne pour se déplacer d'un lit à une chaise ou un fauteuil, ou inversement.

Assuré : 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 à ce titre pour les garanties objet de la présente Notice d'information. L'Assuré est le bénéficiaire des garanties couvertes par le Contrat. **Il acquiert la qualité de Membre participant de VIASANTÉ Mutuelle.**

Certificat d'adhésion : Certificat émis par ADLP Assurances confirmant l'adhésion au Contrat, les nom et prénom de l'Assuré, le montant du capital garanti en cas de Dépendance totale ou de Handicap invalidant et le montant du forfait de la garantie « Soins immédiats ».

Contrat : Le Contrat AvoCotés Perte d'Autonomie n°ADPM2001 souscrit par l'Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste (ADPM) – 49 bis, avenue André Maginot 37100 TOURS, auprès de VIASANTÉ Mutuelle.

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.

AUCUN DELAI DE CARENCE N'EST APPLIQUÉ POUR TOUT SINISTRE CONSECUTIF A UN ACCIDENT.

UN DELAI DE CARENCE DE 24 MOIS A COMPTER DE LA DATE D'EFFET DE L'ADHESION AU CONTRAT, TELLE QU'INDIQUEE DANS LE CERTIFICAT D'ADHESION, EST APPLIQUÉ EN CAS SINISTRE CONSECUTIF A UNE MALADIE. UN ETAT DE DÉPENDANCE TOTALE OU DE HANDICAP INVALIDANT CONSECUTIF A UNE MALADIE CONSTATÉ MÉDICALEMENT PENDANT LE DÉLAI DE CARENCE N'OUVRE PAS LE BÉNÉFICE DE LA GARANTIE ET ENTRAÎNE LA RÉSILIATION DU CONTRAT. LES CÔTISATIONS ÉVENTUELLEMENT PERÇUES SONT REMBOURSÉES (SAUF SI UN SINISTRE A ÉTÉ PRIS EN CHARGE AU TITRE DE LA GARANTIE « SOINS IMMÉDIATS »).

ADLP Assurances : Courtier en assurance, titulaire de la marque AvoCotés, immatriculé à l'ORIAS sous le n°14001699 (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 Assurés, ces derniers étant seuls responsables du paiement des Cotisations.

Dépendance totale : Est reconnu en état de Dépendance totale l'Assuré dont l'état de santé est consolidé, permanent et irréversible et satisfait aux deux (2) conditions suivantes :

- Être dans l'impossibilité permanente physique ou psychique, médicalement constatée, d'effectuer, sans l'assistance d'une Tierce personne, au moins 4 des 5 actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer, s'alimenter, transfert Lit/Fauteuil) et

- Être reconnu par le médecin de VIASANTÉ Mutuelle comme répondant aux critères ci-dessus.

Handicap invalidant : Toute atteinte corporelle ou psychique entraînant le classement par la Sécurité sociale en 3ème catégorie d'invalidité (pour les assurés sociaux) ou la reconnaissance, par le médecin-conseil, d'un taux incapacité définitif d'au moins quatre-vingts (80) % établis conformément au guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées. Un taux de quatre-vingts (80) % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Cette autonomie individuelle est définie comme l'ensemble des actions que doit mettre en œuvre une personne, vis-à-vis d'elle-même, dans

la vie quotidienne. Dès lors qu'elle doit être aidée totalement ou partiellement, ou surveillée dans leur accomplissement, ou ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de quatre-vingts (80) % est atteint.

C'est également le cas lorsqu'il y a déficience sévère avec abolition d'une fonction. L'état de Handicap invalidant permet notamment l'attribution d'une Carte Mobilité Inclusion (CMI) « Invalidité ».

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

Tierce personne : Toute personne autre que l'Assuré. Il peut s'agir d'un membre du personnel paramédical, d'un parent, d'un ami... L'aide d'une Tierce personne peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide-ménagère comme les courses ou le ménage.

Organisme assureur : L'Organisme assureur du Contrat est VIASANTÉ Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 777 927 120, Membre d'AG2R LA MONDIALE, dont le siège social est situé au 14-16 boulevard Malesherbes 75008 Paris

Ci-après dénommée « VIASANTÉ Mutuelle ».

ARTICLE 3 : GARANTIES ASSUREES

3.1. Garantie Dépendance totale et Handicap invalidant

Le montant du capital garanti conformément à l'article 1er de la présente Notice est fonction du choix effectué par l'Assuré lors de l'adhésion, parmi les montants suivants : deux mille cinq cents (2 500), quatre mille (4 000), six mille (6 000), dix mille (10 000) ou quinze mille (15 000) euros.

En cas de Dépendance totale ou de Handicap invalidant causé par un Accident, le capital souscrit est doublé lors de son versement.

3.2. Garantie « soins immédiats »

Un forfait de cinq cents (500) euros est versé à l'Assuré s'il est hospitalisé pour plus de sept (7) jours consécutifs sous condition des dispositions de l'article 7.2.

Cette garantie s'applique sous réserve du Délai de carence de 24 mois en cas de Maladie mentionné à l'article 2, et ne s'applique qu'une seule fois pendant la vie du Contrat.

ARTICLE 4 : CONDITIONS ET MODALITES D'ADHESION

4.1. Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer au Contrat les Assurés âgés de dix-huit (18) ans à quatre-vingt (80) ans inclus à la date du bulletin d'adhésion.

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

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

L'Assuré, à la date d'adhésion :

- ne doit pas avoir besoin d'une Tierce personne pour effectuer un ou plusieurs des actes suivants : se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer,
- ne doit pas être sous tutelle ou sous curatelle,
- ne doit pas recevoir, ni avoir fait de demande de prestation au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou être en attente d'une demande de prestations d'APA.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité, le Contrat est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion par VIASANTÉ Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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, par l'enregistrement téléphonique de la conversation (sauf si la vente est consécutive à un appel sortant non sollicité, non consenti, ou émis auprès d'une personne non déjà cliente, auquel cas le Contrat est matérialisé par la signature électronique ou manuscrite d'un bulletin d'adhésion lors d'un second appel).

Dans tous les cas, l'adhésion est confirmée par l'envoi d'un Certificat d'adhésion indiquant le montant du capital souscrit, 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'Assuré des informations portées à sa connaissance par ADLP Assurances et l'Organisme assureur, 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 Assurés 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 Perte d'Autonomie pourront adhérer au Contrat.

Dans l'hypothèse où l'Assuré n'a pas pu répondre de manière favorable à l'ensemble des questions, VIASANTÉ Mutuelle ne donnera pas suite au bulletin d'adhésion.

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

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, 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.

Le Certificat d'adhésion, transmis par ADLP Assurances à l'Assuré, est accompagné de la présente Notice d'information, de la Fiche Informations et Conseil et du Document d'Information sur le Produit d'Assurance.

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'Assuré 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'Assuré 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, les dispositions suivantes s'appliquent :

- Si des prestations ont été versées : l'Assuré s'engage à rembourser à VIASANTÉ Mutuelle, par le biais ADLP Assurances, les montants éventuellement perçus dans un délai de trente (30) jours ;

- Si des cotisations ont été perçues : VIASANTÉ Mutuelle, 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 du Code de la Mutualité.

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 Perte d'Autonomie 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 ».

5.4. Durée de l'adhésion

Sous réserve des cas de résiliation visés à l'article 11, 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.

5.5. Bonus de fidélité

Le capital garanti en cas de Dépendance totale ou de Handicap invalidant de l'Assuré est augmenté comme suit en fonction de l'ancienneté d'adhésion de l'Assuré :

- Ancienneté de 5 ans : + 10%,
- Ancienneté de 10 ans : + 15%,
- Ancienneté de 15 ans : + 20%.

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'Assuré à la date d'adhésion, du niveau de capital choisi et des conditions tarifaires en vigueur à la date de l'adhésion.

Cette cotisation est fixée à la date d'adhésion de l'Assuré 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 l'Organisme assureur.

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'Assuré dans les conditions définies au Certificat d'adhésion.

Par dérogation à ce qui précède, dans le cas d'une offre promotionnelle sur le Contrat, la première cotisation est prélevée à l'issue de la période promotionnelle qui suit la date de conclusion de l'adhésion, période pendant laquelle la cotisation n'est pas due par l'Assuré.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert au nom de l'Assuré en France métropolitaine.

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'Assuré 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.

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

ARTICLE 7 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

7.1 Garantie Dépendance totale et Handicap invalidant

Sous réserve de l'application du Délai de carence mentionné à l'article 2 en cas de Maladie, en cas de survenance de Dépendance totale ou handicap invalidant avéré de l'Assuré pendant la période de garantie, VIASANTÉ Mutuelle règle à l'Assuré, ou à son représentant légal, le capital souscrit.

Le capital garanti est dû à la date de survenance de la Dépendance totale ou du Handicap invalidant attesté par l'autorité médicale compétente et reconnue par VIASANTÉ Mutuelle, à condition que l'Assuré soit en vie (présentation sur demande de VIASANTÉ Mutuelle ou ADLP Assurances, d'un certificat de vie) à cette date et qu'il ait fourni l'ensemble des documents requis au traitement de la demande.

La date de survenance de la Dépendance totale ou du Handicap invalidant sera réputée être la date déterminée par le Médecin Conseil de VIASANTÉ Mutuelle, sur la base des documents médicaux en sa possession.

7.1.1 Déclaration de sinistre

En cas de survenance d'un état de Dépendance totale ou de Handicap invalidant couvert par le Contrat, il appartient à l'Assuré ou, le cas échéant, à son représentant légal, d'informer ADLP Assurances dans un délai raisonnable, en déclarant le sinistre par téléphone, courrier ou courrier électronique aux adresses ou numéro de téléphone figurant au 14.1. Suite à cette déclaration il conviendra d'adresser le dossier de sinistre à ADLP Assurances sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de VIASANTÉ Mutuelle à l'adresse suivante : ADLP Assurances

– Service Sinistres AvoCotés Perte d'Autonomie – 3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex.

Il est rappelé que les cotisations restent dues tant que le Médecin conseil de VIASANTÉ Mutuelle n'a pas reconnu l'état de Dépendance totale ou de Handicap invalidant de l'Assuré.

7.1.2 Pièces à fournir en cas de Dépendance totale

Le dossier de sinistre doit comporter :

- un certificat médical du médecin traitant ou hospitalier, exposant l'état de Dépendance totale de l'Assuré et sa date de survenance, en précisant l'origine accidentelle ou pathologique, la date de début de la ou des affections, leur(s) nature(s), l'état clinique actuel de l'Assuré, le caractère définitif de la Dépendance, ainsi que l'obtention définitive de la Tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Ce certificat sera à retourner, par l'Assuré, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de VIASANTÉ Mutuelle, à l'adresse suivante : ADLP Assurances – Service Sinistres AvoCotés Perte d'Autonomie – 3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex,
- le cas échéant, le procès-verbal de police ou de gendarmerie constatant l'Accident devra également être joint au dossier,
- tout autre document demandé par le contrôle médicale de VIASANTÉ Mutuelle lui permettant d'apprécier si la demande de prestation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie. De plus, L'Assuré pourra être sollicité par le médecin conseil de VIASANTÉ Mutuelle pour fournir des informations médicales complémentaires si les éléments fournis paraissent insuffisants.

Le Médecin-Conseil de VIASANTÉ Mutuelle aura toujours la possibilité de faire vérifier l'état de Dépendance totale de l'Assuré par le médecin de son choix et de faire pratiquer les examens médicaux qu'il jugera nécessaires. Ces examens et contrôles sont réalisés au frais de VIASANTÉ Mutuelle. L'Assuré qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés par le Médecin Conseil de VIASANTÉ Mutuelle ne pourra pas bénéficier des prestations.

Par ailleurs il devra être fourni les éléments suivants : un RIB-IBAN du compte sur lequel doit être viré le capital garanti ou tout autre document demandé par ADLP Assurances.

7.1.3 Pièces à fournir en cas de Handicap invalidant

Le dossier de sinistre doit comporter :

- un certificat médical du médecin traitant ou hospitalier, exposant l'état de Handicap de l'Assuré et sa date de survenance, en précisant l'origine accidentelle ou pathologique, la date de début de la ou des affections, leur(s) nature(s), l'état clinique actuel de l'Assuré, le caractère définitif du Handicap, ainsi que l'obtention définitive de la Tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Ce certificat sera à retourner, par l'Assuré, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de VIASANTÉ Mutuelle, à l'adresse suivante : ADLP Assurances – Service Sinistres AvoCotés Perte d'Autonomie – 3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex,
- le cas échéant, le procès-verbal de police ou de gendarmerie constatant l'Accident devra également être joint au dossier.
- le cas échéant, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de 3eme catégorie avec une majoration pour aide constante d'une tierce personne au titre de son régime propre d'assurance maladie, ou tout justificatif attestant d'un taux d'incapacité d'au moins quatre-vingt (80)% définitif.
- tout autre document demandé par le contrôle médical de VIASANTÉ Mutuelle lui permettant d'apprécier si la demande de prestation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

7.1.4 Versement du capital garanti

Le règlement du capital prévu au titre de la garantie «Dépendance totale et Handicap invalidant» est effectué dans les quinze (15) jours ouvrés (délais postaux non compris) après la réception, par ADLP Assurances, de l'accord du Médecin Conseil de VIASANTÉ Mutuelle.

7.2 Garantie « Soins immédiats »

7.2.1 Déclaration de sinistre

En cas de survenance d'une hospitalisation de plus de sept (7) jours continus de l'Assuré couvert par le Contrat, il appartient à ce dernier ou, le cas échéant, à son représentant légal, d'informer ADLP Assurances dans un délai raisonnable, en déclarant le sinistre par téléphone, courrier papier ou courrier électronique aux adresses ou numéro de téléphone figurant au 14.1 et en adressant le dossier de sinistre à ADLP Assurances.

7.2.2 Pièces à fournir en cas de « soins immédiats »

Le dossier de sinistre doit comporter le certificat d'hospitalisation mentionnant plus de sept (7) jours d'hospitalisation consécutif de l'Assuré, émis par l'établissement hospitalier dans lequel a été hospitalisé l'Assuré.

Tout autre document peut être demandé par le contrôle médical de VIASANTÉ Mutuelle lui permettant d'apprécier si la demande de prestation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie. Par ailleurs, il devra être fourni un RIB-IBAN du compte sur lequel doit être viré le forfait «soins immédiats» ou tout autre document demandé par ADLP Assurances.

7.2.3 Versement du capital garanti

Le versement du forfait « soins immédiats » est effectué dans les quinze (15) jours ouvrés (délais postaux non compris) après la réception, par ADLP Assurances, du certificat d'Hospitalisation de l'Assuré, sous condition de respecter les conditions d'octroi de cette prestation.

ARTICLE 8 : CONTROLE MEDICAL ET ARBITRAGE

8.1. Contrôle médical

Les décisions de reconnaissance d'un état de Dépendance ou de Handicap invalidant prises par tout organisme dont dépend l'Assuré, ou par son médecin-traitant, ne s'imposent pas à VIASANTÉ Mutuelle.

Cette dernière se réserve le droit de faire apprécier la réalisation du risque de Dépendance ou de Handicap invalidant ainsi que le niveau de l'invalidité et son caractère définitif par tout médecin-expert de son choix qui évaluera l'état de santé de l'Assuré.

Les frais engagés pour l'expertise médicale sont à la charge de VIASANTÉ Mutuelle.

Si l'Assuré est en désaccord avec les conclusions de l'expertise médicale initiale, il peut avoir recours à un autre médecin-expert, dont le choix devra être validé par VIASANTÉ Mutuelle, et qui procédera à une contre-expertise.

Les frais occasionnés par cette contre-expertise sont à la charge de l'Assuré.

8.2. Arbitrage

En cas de désaccord entre les conclusions des deux médecins-experts, l'Assuré ou VIASANTÉ Mutuelle peut demander une tierce-expertise.

Les deux médecins-experts s'adjoignent à cet effet un tiers expert.

Faute d'entente sur le choix de ce tiers expert, ce dernier sera désigné par le Tribunal Judiciaire du domicile de l'Assuré.

Chaque partie paie les honoraires de son médecin-expert et ceux du tiers expert sont supportés pour moitié par chacune des parties.

Les conclusions du tiers expert s'imposent aux parties et mettent un terme à la procédure d'arbitrage. En tout état de cause, l'Assuré et VIASANTÉ Mutuelle conservent la faculté d'exercer un recours en justice.

ARTICLE 9 : 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 au 14.1.

9.1. Modification des garanties

9.1.1 Diminution du capital garanti

L'Assuré a la possibilité de demander à ADLP Assurances la diminution du montant du capital garanti en cours d'adhésion.

Dans ce cas, la demande de diminution du capital garanti fera l'objet d'un avenant au Certificat d'adhésion prenant effet à l'échéance mensuelle qui suit la demande.

La cotisation est réduite proportionnellement au nouveau capital garanti.

9.1.2 Augmentation du capital garanti

L'Assuré a la possibilité de demander à ADLP Assurances l'augmentation du montant du capital garanti en cours d'adhésion.

Dans ce cas, l'Assuré doit remplir un nouveau bulletin d'adhésion auprès d'ADLP Assurances, selon les mêmes conditions que celles mentionnées à l'article 4.2. de la présente Notice. Le montant du capital choisi vient en complément du(des) capital(aux) déjà souscrit(s).

Le cumul des capitaux souscrits doit respecter le montant maximum de vingt mille (20 000) euros.

9.2. Changement de situation de l'Assuré

L'Assuré 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 VIASANTÉ Mutuelle. A défaut d'information, les correspondances de VIASANTÉ Mutuelle ou d'ADLP Assurances seront valablement adressées à l'Assuré à son dernier domicile connu d'eux.

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

ARTICLE 10 : EXCLUSIONS

Dans tous les cas, les suites et conséquences d'un état de Dépendance totale, d'un Handicap invalidant ou d'une hospitalisation, déclaré ou survenu avant la date d'effet du Contrat, sont exclues de la garantie.

LA GARANTIE NE COUVRE PAS :

– LA DEPENDANCE PARTIELLE

LA GARANTIE NE COUVRE PAS L'ETAT DE DEPENDANCE TOTALE, DE HANDICAP OU ET LES HOSPITALISATIONS DUS AUX CONSEQUENCES :

– D'ACCIDENTS SURVENUS AVANT LA DATE D'EFFET DE L'ADHESION

– DE LA TENTATIVE DE SUICIDE,

– DE COMPETITIONS SPORTIVES (ENTRAIEMENTS ET EPREUVES) A TITRE PROFESSIONNEL,

– D'ACCIDENT, DE BLESSURE, DE MALADIE OU DE MUTILATION RESULTANT DE FAITS INTENTIONNELS DE L'ASSURE,

– DE L'USAGE DE STUPEFIANTS OU DE PRODUITS MEDICAMENTEUX OU PHARMACEUTIQUES NON PRESCRITS PAR UNE AUTORITE MEDICALE COMPETENTE,

– D'UN ETAT D'IVRESSE, D'ETHYLISME OU D'ALCOOLEMIE (TAUX CONSTATE EGAL OU EXCEDANT LE TAUX PREVU PAR LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR LORS DU SINISTRE).

– D'INFRACTIONS AU CODE DE LA ROUTE,

– DE LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE A DES RIXES SAUF CAS DE LEGITIME DEFENSE, ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER OU D'ACCOMPLISSEMENT DU DEVOIR PROFESSIONNEL,

– D'UNE EXPLOSION ATOMIQUE OU DES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS DE LA RADIOACTIVITE,

– DE LA MODIFICATION DE STRUCTURE DU NOYAU ATOMIQUE OU DE TOUTE AUTRE SOURCE DE RAYONNEMENTS IONISANTS,

– DE FAITS DE GUERRE CIVILES OU ETRANGERES, MOUVEMENTS POPULAIRES, D'EMEUTES, D'INSURRECTIONS, D'ATTENTATS, DETOURNEMENTS, PRISE D'OTAGES ET D'ACTE DE TERRORISME, QUELS QU'EN SOIT LE LIEU ET LES PROTAGONISTES.

LA GARANTIE « SOINS IMMEDIATS » NE COUVRE PAS :

– LES HOSPITALISATIONS DUES À UNE CONVALESCENCE OU UN SÉJOUR EN MAISON DE REPOS, D'HÉBERGEMENT, DE PLEIN AIR, DE CONVALESCENCE, DE RETRAITE, LES ÉTABLISSEMENTS THERMAUX ET CLIMATIQUES, HOSPICES, CLINIQUES OU HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES, INSTITUTS MÉDICO-PÉDAGOGIQUES, LES ÉTABLISSEMENTS DE CURE, SERVICE PSYCHIATRIQUE D'UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, EN ÉTABLISSEMENT DE CURES THERMALES, MARINES, DE RAJEUNISSEMENT, D'AMAIGRISSEMENT, TRAITEMENTS DIÉTÉTIQUES QUEL QUE SOIT LE MOTIF,

– L'HOSPITALISATION À DOMICILE ET L'HOSPITALISATION DE JOUR,

– LES HOSPITALISATIONS LIÉES À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE À BUT ESTHÉTIQUE OU DE RAJEUNISSEMENT, AINSI QUE LEURS SUITES ET CONSÉQUENCES, ET À UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE,

– LES HOSPITALISATIONS LIÉES À L'ÉTAT DE GROSSESSE ET SES CONSÉQUENCES.

ARTICLE 11 : RESILIATION DU CONTRAT

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

11.1. Résiliation à l'initiative de l'Assuré

L'Assuré 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 la lettre de résiliation (cachet de la Poste faisant foi), dans ce cas, la résiliation prendra effet à la date d'anniversaire du Contrat. L'Assuré peut dans ce cas 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.

L'Assuré peut également mettre fin à son adhésion à tout moment, au-delà de la première (1ère) 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'Assuré 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 14.1.

En cas de modification de ses droits et obligations, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, l'Assuré 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.

11.2. Résiliation à l'initiative de VIASANTÉ Mutuelle

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

11.3. Effets de la résiliation

La résiliation du Contrat entraîne la cessation des garanties souscrites. Il est précisé que toute situation de Dépendance totale ou de Handicap invalidant de l'Assuré survenu après la date d'effet de la résiliation du Contrat ne pourra entraîner le versement du capital garanti. Du fait de la résiliation, l'Assuré perd tout droit aux services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion.

ARTICLE 12 : CESSATION DES GARANTIES

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

- à la date de résiliation de l'adhésion dans les conditions prévues à l'article 11,
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 6.3,
- en cas de démission de l'Assuré de l'Association ADPM,
- en cas de déménagement en dehors de la France,
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à VIASANTÉ Mutuelle, conformément à l'article L. 211-9 et R. 212-22-2 du Code de la Mutualité ;
- en cas de décès de l'Assuré,
- en cas de versement du capital au titre de l'entrée en Handicap invalidant et/ou de l'entrée en Dépendance totale,
- en cas d'entrée en Handicap invalidant et/ou en Dépendance totale consécutive à une maladie pendant le délai de carence.

ARTICLE 13 : TERRITORIALITE

Les garanties sont acquises en France ainsi que dans le monde entier lors de séjours à l'étranger de moins de trois (3) mois.

ARTICLE 14 : DISPOSITIONS DIVERSES

14.1. Contacts

Pour toute demande concernant votre contrat AvoCotés Perte d'Autonomie, vous pouvez contacter ADLP Assurances :

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

14.2. 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

Cette inscription permet à l'Assuré de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant 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.

14.3. 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.
- 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 : FNNF - 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'Assuré 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/>.

14.4. Prescription

14.4.1. 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.

14.4.2. 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 VIASANTÉ Mutuelle en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'Assuré contre VIASANTÉ Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'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.

14.4.3. 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 VIASANTÉ Mutuelle à l'Assuré, 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).

14.4.4. 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.

14.5. Engagements de l'Assuré

L'Assuré s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à la Mutuelle, par l'intermédiaire d'ADLP Assurances, tout changement dans sa situation personnelle pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par la Mutuelle.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions énoncées ci-après.

14.6. Sanctions

VIASANTÉ Mutuelle se réserve le droit d'exclure tout Assuré qui aura causé ou tenté de causer volontairement atteinte aux intérêts de VIASANTÉ Mutuelle selon

les modalités définies par les Statuts.

1. 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.

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

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

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

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

14.7. 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 VIASANTÉ Mutuelle 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 VIASANTÉ Mutuelle 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.

Vos données à caractère personnel 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.

VIASANTÉ Mutuelle 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 au DPO :

- Par courrier au 3 avenue de Chartres 60507 Chantilly Cedex
- Par courriel à 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.

14.8. Modification de la Notice d'information

La présente Notice d'information peut être modifiée dans les conditions prévues dans les Statuts de VIASANTÉ Mutuelle.

Ces modifications sont portées à la connaissance des Membres Participants de VIASANTÉ Mutuelle.

Les modifications portant sur les taux de cotisations et/ou les montants de prestations sont applicables de plein droit à compter de leur notification.

14.9. 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 VIASANTÉ Mutuelle, 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, VIASANTÉ Mutuelle 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'Assuré selon le cas et ce, notamment lorsqu'une nouvelle législation est adoptée postérieurement à la date de souscription du Contrat.

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

VIASANTÉ Mutuelle s'engage 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, elle est tenue de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a 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.

14.11. Désignation de l'organisme de contrôle

VIASANTÉ Mutuelle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise : 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ADPM - Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste – 49 bis, avenue André Maginot 37100 TOURS

ADLP Assurances, 3 rue Henri Rol-Tanguy, 93100 Montreuil, SAS au capital de 2 064 484 €, RCS Bobigny 799 342 118, immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 14001699. Entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des assurances.

VIASANTÉ Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 777 927 120, Membre d'AG2R LA MONDIALE, dont le siège social est situé au 14-16 boulevard Malesherbes 75008 Paris

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION AVOCOTES PERTE D'AUTONOMIE

CONTRAT COLLECTIF N° FIC20DEP0082

ADLP ASSURANCES, Société par actions simplifiée, au capital de 2 064 484 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous le numéro 799 342 118, inscrite 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° **FIC20DEP0082**, au bénéfice des adhérents couverts par le contrat d'assurance ADPM2001 distribué par **ADLP ASSURANCES** et souscrit par **ADPM** (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès de la **VIASANTÉ Mutuelle**.

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, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Téléphone	09 77 40 85 46 (depuis la France) + 33 9 77 40 85 46 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Courriel	assistance.personnes@filassistance.fr

1. OU 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.

Sauf stipulations contraires, les garanties ne sont délivrées qu'en France métropolitaine.

2. QUELLE EST LA PERIODE DES GARANTIES ?

Les garanties du présent Contrat suivent le sort du contrat d'assurance **ADPM2001** distribué par **ADLP ASSURANCES** et souscrit par **ADPM** (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès de la **VIASANTÉ Mutuelle**, auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile, avenant, suspension, résiliation, etc.).

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Évènement à l'origine de la demande d'assistance survient postérieurement à la date d'adhésion et durant la période de validité du présent Contrat.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance ADPM2001 souscrit par ADPM (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès de VIASANTÉ Mutuelle ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° FIC20DEP0082.

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.

Adhérent : Toute personne physique domiciliée en France métropolitaine, ayant adhéré au contrat d'assurance **ADPM2001** distribué par **ADLP ASSURANCES** et souscrit par **ADPM** (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès de la **VIASANTÉ Mutuelle** et assurée au titre du contrat collectif n° **FIC20DEP0082**.

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.

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.

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.

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° **FIC20DEP0082**.

Dépendance totale : Est reconnu en état de Dépendance totale l'Adhérent dont l'état de santé est consolidé, permanent et irréversible et satisfait aux 2 conditions suivantes :

- Etre dans l'impossibilité permanente physique ou psychique, médicalement constatée, d'effectuer, sans l'assistance d'une tierce personne, au moins 4 des 5 actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer, s'alimenter, transfert Lit/Fauteuil) et
- Etre reconnu par le médecin de VIASANTÉ Mutuelle comme répondant aux critères ci-dessus.

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

Equipe médicale : Médecin de **FILASSISTANCE**.

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.

Évènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE** et notamment le Handicap, la Dépendance totale, l'Hospitalisation.

Handicap : Toute atteinte corporelle ou psychique entraînant le classement par la Sécurité sociale en 3ème catégorie d'invalidité (pour les assurés sociaux) ou la reconnaissance, par le médecin-conseil, de **VIASANTÉ Mutuelle** d'un taux d'incapacité définitif d'au moins quatre-vingts (80) % établis conformément au guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées. Un taux de quatre-vingts (80) % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle.

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.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une

Autorité médicale compétente.

Proche parent : les ascendants et descendants du 1er degré et/ou le Conjoint de l'Adhérent tel que défini ci-dessus.

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

II. DETAIL DES PRESTATIONS GARANTIES

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

1. PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHESION

Dans le cadre des garanties de cet article IV.1, il faut entendre par Bénéficiaire : l'Adhérent.

(Si, en raison de son Handicap ou sa Dépendance, l'Adhérent n'est pas en mesure de demander lui-même les prestations ci-dessous énoncées, elles peuvent dans ce cas, être mises en œuvre par son proche parent en son nom et pour son compte).

a. Informations juridiques et vie pratique

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

- > Informations juridiques
 - Justice / défense / recours,
 - Assurances sociales / allocations / retraites,
 - Impôts / fiscalité,
 - Famille,
 - Travail,
 - Protection sociale,
 - Sociétés,
 - Retraite,
 - Handicap,
 - Dépendance
- > Informations vie pratique
 - Handicap,
 - Dépendance,
 - Habitation / logement,
 - Consommation,
 - Vacances / loisirs,
 - Formalités / cartes / permis,
 - Les services publics,
 - Enseignement / formation

b. Renseignements sur le Handicap ou la Dépendance

FILASSISTANCE communique au Bénéficiaire toutes les informations dont il aurait besoin dans le cadre de la survenance du Handicap ou de la Dépendance, notamment ses droits et les démarches à effectuer et met en contact le Bénéficiaire avec les organismes concernés.

Les frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire.

c. Recherche d'établissements spécialisés ou d'accueil temporaire

FILASSISTANCE recherche et indique au Bénéficiaire les établissements spécialisés ou d'accueil temporaire qui peuvent recevoir le Bénéficiaire en état de Handicap ou de Dépendance de façon permanente.

Si le Bénéficiaire le souhaite, **FILASSISTANCE** réserve un lit dans l'établissement le plus proche du Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.**

Le coût du lit est à la charge du Bénéficiaire.

d. Recherche et mise en relation si nécessaire avec les prestataires de services à Domicile

FILASSISTANCE recherche et met en relation le Bénéficiaire avec les prestataires de service à domicile suivants :

- Acheminement de repas, de courses, de médicaments,
- Réalisation de courses, préparation de repas,
- Gardiennage du Domicile,
- Aide à domicile, auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux,
- Entretien du domicile et autres travaux (jardinage, petit bricolage...),
- Accompagnateur dans les déplacements,

- Coiffeur, pédicure,
- Collecte et livraison de linge repassé,
- Déménagement,
- Professionnels de l'habitat (plombier, menuisier, électricien ...).

Les frais engagés restent à la charge du Bénéficiaire.

e. Accompagnement budgétaire et social Dépendance / Handicap

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

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

f. Bilan situationnel par un ergothérapeute

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

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

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

Le bilan situationnel par un ergothérapeute est limité à un seul bilan par Bénéficiaire et par année civile.

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

- Envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les travaux,
- Établissement par ces prestataires de devis et diagnostic portant sur les travaux à effectuer,
- Vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis,
- Suivi des travaux, des coûts, des délais,
- Contrôle du procès-verbal de fin de travaux.

Le coût des travaux est à la charge du Bénéficiaire.

g. Bilan prévention autonomie

À la demande du Bénéficiaire, l'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** réalise un « bilan prévention autonomie » du Bénéficiaire en état de Handicap / Dépendance.

Le bilan prévention autonomie de **FILASSISTANCE** aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (notamment l'isolement social, l'entretien du Domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillement) dans le but de favoriser le maintien à Domicile du Bénéficiaire en état de Handicap / Dépendance et de préserver sa qualité de vie.

L'équipe de **FILASSISTANCE** délivre des recommandations pour accompagner le Bénéficiaire dans les démarches de maintien à Domicile.

En fonction des besoins recensés par l'Equipe médico-psycho-sociale, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) réalise un diagnostic plus complet par téléphone sur l'aménagement de l'habitat et de l'environnement du Bénéficiaire en état de Handicap / Dépendance. Ce spécialiste proposera ainsi des solutions de prévention (pour éviter les Hospitalisations ou les rechutes, rééducation, réadaptation afin d'améliorer l'indépendance, etc.) en synergie avec l'équipe de **FILASSISTANCE** et des différents intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du Domicile, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules, etc.

Les éventuels frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire.

Le recours au médecin traitant sera systématiquement conseillé pour aborder l'approche médicale du Handicap ou de la Dépendance (reconnaissance et prise en charge thérapeutique).

De plus, lors de ses entretiens téléphoniques, l'équipe de **FILASSISTANCE** aide le Bénéficiaire à constituer un dossier perte d'autonomie/Dépendance ou de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé, à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière.

Selon la situation du Bénéficiaire, l'équipe de **FILASSISTANCE** le renseigne sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, etc.), l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.

h. Prévention des risques cardio-vasculaires

FILASSISTANCE informe le Bénéficiaire sur les risques cardio-vasculaires qu'il encourt. Il peut ainsi acquérir des connaissances sur les facteurs de risques qu'il présente et être sensibilisé aux bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie.

Dans cette optique, le Bénéficiaire bénéficie d'informations de prévention et d'accompagnement en fonction des facteurs de risque détectés qui lui sont propres.

i. Bilan prévention mémoire

L'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** réalise une évaluation médico-psycho-sociale du Bénéficiaire en état de Handicap ou de Dépendance.

En cas de plainte mnésique objectivée, le Bénéficiaire en état de Dépendance est orienté vers une filière de prise en charge (évaluation spécialisée des fonctions cognitives, orientation vers les structures proposant une stimulation cognitive, écoute, information, accompagnement).

Les éventuels frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire.

En cas de vieillissement normal des fonctions cognitives, **FILASSISTANCE** délivrera au Bénéficiaire en état de Dépendance ou de Handicap un programme d'entraînement et d'accompagnement personnalisé.

j. Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence

L'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** est à la disposition du Bénéficiaire pour l'écouter, l'informer sur ce qu'est l'incontinence, ses principales formes, les traitements possibles ainsi que sur les prises en charges publiques.

Elle délivre également des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques sur des sujets tels que l'incontinence urinaire, les symptômes, l'échographie vésicale...) pour accompagner le Bénéficiaire dans ses démarches.

Si cela est nécessaire, l'Equipe médico-psycho-sociale orientera le Bénéficiaire vers son médecin traitant afin que soit réalisé un examen complet par des professionnels compétents.

FILASSISTANCE lui indiquera également les coordonnées de médecins spécialistes, de professionnels de santé (kinésithérapeutes, stomathérapeutes...), d'établissements hospitaliers ou associations les plus proches de son Domicile.

2. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 7 JOURS DE L'ADHÉRENT

*Dans le cadre des garanties de cet article IV.2, il faut entendre par Bénéficiaire : l'Adhérent.
(Si en raison de son Hospitalisation, l'Adhérent n'est pas en mesure de demander lui-même les prestations ci-dessous énoncées, elles peuvent dans ce cas, être mises en œuvre par son proche parent en son nom et pour son compte)*

a. Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans en France métropolitaine, afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes.

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

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 10 heures maximum réparties sur les 10 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation et dans la limite d'une fois par année civile.**

Cette garantie n'est pas cumulable avec les garanties suivantes :

- IV.2.b Auxiliaire de vie,
- IV.2.c Portage de repas.

b. Auxiliaire de vie

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Auxiliaire de vie afin de le maintenir à son Domicile.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 10 heures maximum réparties sur les 10 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation et dans la limite d'une fois par année civile.**

Cette garantie n'est pas cumulable avec les garanties suivantes :

- IV.2.a Aide à domicile,
- IV.2.c Portage de repas.

c. Portage de repas

FILASSISTANCE prend en charge le portage de repas au Domicile.

La prise en charge est limitée à 2 repas maximum par jour dans la limite de 5 jours consécutifs et à 1 mise en œuvre maximum par année civile.

Le coût des repas reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette garantie n'est pas cumulable avec les garanties suivantes :

- IV.2.a Aide à domicile,
- IV.2.b Auxiliaire de vie.

d. Venue d'un proche

FILASSISTANCE met à disposition d'un proche désigné par le Bénéficiaire **1 Titre de transport maximum par Evènement**, afin que ce dernier se rende au chevet du Bénéficiaire.

3. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉPENDANCE TOTALE OU DE HANDICAP

*Dans le cadre des garanties de cet article IV.3, il faut entendre par Bénéficiaire : l'Adhérent.
(Si en raison de son Handicap ou sa Dépendance totale, l'Adhérent n'est pas en mesure de demander lui-même les prestations ci-dessous énoncées, elles peuvent dans ce cas, être mises en œuvre par son proche parent en son nom et pour son compte).*

a. Enveloppe de services

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une enveloppe de services à choisir parmi ceux proposés dans le tableau ci-dessous.

Chaque service a une valeur en nombre d'unités et le Bénéficiaire peut utiliser les services de son choix dans la limite de **30 unités par Evènement**.

Ces services peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins.

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

La valeur en unités de chaque service est la suivante :

Services	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide à domicile	1 heure	1 unité
Auxiliaire de vie (Aide à la toilette, aide aux repas, aide aux transferts)	1 heure	2 unités
Accompagnement dans les déplacements	1 transport aller ou retour	3 unités
Portage de repas	1 repas livré	1 unité
Préparation de repas	1 heure	1 unité
Réalisation de courses	1 heure	1 unité
Livraison de médicaments	1 livraison	4 unités
Coiffeur, esthéticienne, pédicure à Domicile	La prestation	2 unités
Collecte et livraison du linge repassé	1 heure	1 unité
Visite de courtoisie	1 visite	2 unités
Jardinage	1 heure	2 unités
Petit bricolage	1 heure	2 unités
Garde des enfants à Domicile	1 heure	2 unités
Conduite à l'école, aux activités extrascolaires	1 transport aller ou retour par jour	3 unités
Garde des ascendants ou du Conjoint à Domicile	1 heure	2 unités
Garde des Animaux de compagnie :		
- Visite à Domicile	2 passages par jour	2 unités
- Garde à l'extérieur	1 jour de garde	1 unité

b. Accompagnement psychologique

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

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 3 entretiens maximum par Evènement.**

III. EXCLUSIONS

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 de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
- Les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- Les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
- Les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
- Les conséquences d'événements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysme naturel ;
- Les conséquences des épidémies, 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 du Bénéficiaire survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion.

IV. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

1. DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS

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

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat **FIC20DEP0082**. 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.

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.

2. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de **FILASSISTANCE**, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que **FILASSISTANCE** jugerait utile.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

3. CONDITIONS D'ORDRE MÉDICAL

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

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

Afin de permettre à l'équipe médicale de **FILASSISTANCE** de prendre sa décision,

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

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

4. CONDITIONS SPÉCIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS

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

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

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

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

Les prestations d'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).

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

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

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

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

V. TABLEAU SYNOPTIQUE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX BENEFICIAIRES DES L'ADHESION PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES SUIVANTES : L'ADHÉRENT.	
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Renseignements sur la Dépendance	Informations téléphoniques
Recherche d'établissements spécialisés ou d'accueil temporaire	Mise en relation
Recherche et mise en relation si nécessaire avec les prestataires de services à Domicile	Mise en relation
Accompagnement budgétaire et social Dépendance / Handicap	Informations téléphoniques
Bilan situationnel par un ergothérapeute - Bilan - Mise en relation avec des professionnels du bâtiment	1 bilan par Bénéficiaire et par année civile Mise en relation
Bilan prévention autonomie	Informations téléphoniques
Prévention des risques cardio-vasculaires	Informations téléphoniques
Bilan prévention mémoire	Informations téléphoniques
Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence	Informations téléphoniques
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 7 JOURS DE L'ADHÉRENT PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES SUIVANTES : L'ADHÉRENT.	
Aide à domicile	10 heures maximum réparties sur les 10 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation et dans la limite d'une fois par année civile
OU Auxiliaire de vie	10 heures maximum réparties sur les 10 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation et dans la limite d'une fois par année civile
OU Portage de repas	2 repas maximum par jour dans la limite de 5 jours consécutifs 1 mise en œuvre maximum par année civile
Venue d'un proche	1 Titre de transport par Evènement
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉPENDANCE TOTALE OU DE HANDICAP PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES SUIVANTES : L'ADHÉRENT.	
Choix parmi une enveloppe de 16 services : <ul style="list-style-type: none"> - Aide à domicile - Auxiliaire de vie (Aide à la toilette, aide aux repas, aide aux transferts) - Accompagnement dans les déplacements - Portage de repas - Préparation des repas - Réalisation des courses - Livraison de médicaments - Coiffeur, esthéticienne, pédicure à Domicile - Collecte et livraison de linge repassé - Visite de courtoisie - Jardinage - Petit bricolage - Garde des enfants à Domicile - Conduite des enfants à l'école et activités extra-scolaires - Garde des ascendants ou du Conjoint à Domicile - Garde des Animaux de compagnie 	<p>Chaque service a une valeur définie en nombre d'unités. L'Adhérent peut utiliser les services de son choix dans la limite de 30 unités par Evènement</p>
Accompagnement psychologique	3 entretiens maximum par Evènement

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

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance

font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : 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.

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 de l'Adhérent 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 de l'Adhérent 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.

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

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

Sous certaines conditions réglementaires, l'Adhérent 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.

L'Adhérent peut exercer ces différents droits en se rendant sur 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).

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

L'Adhérent 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, l'Adhérent 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 à l'Adhérent, de prouver la défaillance de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis de l'Adhérent, 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 de l'Adhérent, 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 directe entre une faute de **FILASSISTANCE** et un préjudice de l'Adhérent.

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 Prudenciel 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 l'Adhérent ou le Bénéficiaire, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps :

- 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** - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- Par mail à qualite@filassistance.fr,
- Sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

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

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

Si le désaccord persiste, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra soit saisir les tribunaux compétents, soit saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance en adressant sa demande :

Par courrier à l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,

Sur le site internet www.mediation-assurance.org.

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

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'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, nonobstant les dispositions du 2^e alinéa ci-dessus, 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 interromp 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 interromp 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.

ADLP Assurances, 3 rue Henri Rol-Tanguy, 93100 Montreuil, SAS au capital de 2 064 484 €, RCS Bobigny 799 342 118, immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 14001699.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL, 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex, Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689. Entreprises régies par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des assurances.

STATUTS 2024

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 Maiesherbes - 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.

* 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 1er jour de l'année suivant celle où ils perdent leur qualité d'ayant droit ou atteignent leur ladite limite.

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

Les membres sont répartis dans 3 sections de vote nationales :

section professionnelle,
section interprofessionnelle,
section fonction publique.

Art. 9 - Adhésion individuelle

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

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

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

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

Art. 10 - Adhésions collectives

I – Opérations collectives facultatives :

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

II – Opérations collectives obligatoires :

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires, la qualité de membre participant

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

Section 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.

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

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

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

Art. 19.2 – Réunion de l'Assemblée générale

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

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

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

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

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

Conformément à l'article L.114-14 du code de la mutualité, la Mutuelle adresse à chacun des délégués composant l'Assemblée générale ou met à leur disposition les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité. Conformément à l'article D.114-2 du code de la mutualité, à compter de la date de la convocation de l'Assemblée générale, une formule de vote par procuration doit être remise ou adressée aux frais de l'organisme à tout délégué qui en fait la demande.

Tout délégué peut détenir jusqu'à 2 procurations.

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

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

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

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée générale qui n'a pas fait

l'objet d'une convocation régulière.

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

Art. 21 - Quorum et majorités

I - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le montant du fonds d'établissement, les montants ou taux de cotisations, la délégation de pouvoir prévue à l'article L. 114-11 du code de la mutualité, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article

L. 221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le Conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations en application de l'article L.114-1, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une Mutuelle ou d'une union, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13, est au moins égal à la moitié du total des membres. Si le quorum n'est pas réuni lors de la première convocation, l'Assemblée générale peut être à nouveau convoquée. Elle délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13, est au moins égal au quart du total de ses membres.

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

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

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

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

Section 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 calculée 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 Ier du livre VI du code monétaire et financier.

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

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

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

Il engage les dépenses.

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

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

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

Section 2 – Élection, composition du Bureau

Art. 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 Prudential 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 financier

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.

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

STATUTS

Mis à jour par l'Assemblée Générale du 13 décembre 2023

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, le Décret du 16 août 1901 ainsi que par les articles L. 141-7 et R. 141-1 à R. 141-11 du Code des assurances 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 oeuvre 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 rendus 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 au 25 place de la Madeleine 75008 Paris. 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 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. Un droit d'entrée, dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration, est demandé à tout nouveau membre adhérent actif souscrivant un contrat d'assurance Santé.

ARTICLE 5 : RESPONSABILITE

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

ARTICLE 6 : PERTE DE LA QUALITE DE MEMBRE

La qualité de membre de l'Association se perd :

- a) par démission ;
 - b) par décès ;
 - c) par radiation ;
- 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, le cas échéant, 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

Elles se composent des cotisations que l'Association peut recevoir de ses membres, des droits d'entrée versés par les membres, des produits de ses placements financiers, des subventions qui peuvent lui être accordées par l'Etat, les Départements, les Communes et les Etablissements publics et de toutes autres ressources autorisées 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 déteu 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 d'un ou des administrateur(s) nommé(s) prend fin à la prochaine Assemblée Générale suivant sa/leur nomination.

Cette Assemblée Générale procèdera 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.

Le Conseil d'Administration se réunit au siège de l'Association ou en tout autre endroit indiqué dans la lettre de convocation. Il peut, notamment, être tenu par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant l'identification de chaque administrateur et garantissant leur participation effective. 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 du Conseil d'Administration. Il est tenu une feuille de présence des administrateurs participant à la réunion, signée par le Président de séance.

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.

Seront réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité, les administrateurs qui participent au Conseil d'Administration, le cas échéant, par des moyens de visioconférence ou de télécommunication, permettant leur identification.

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 oeuvre. 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 cas échéant, le montant des cotisations et 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, le cas échéant 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.

Elle se réunit au siège de l'Association ou en tout autre endroit indiqué dans la lettre de convocation. Elle peut, notamment, être tenue par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant l'identification de chaque adhérent et garantissant leur participation effective.

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, le cas échéant 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, 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.

Seront réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité, les adhérents qui participent à l'Assemblée Générale par des moyens de visioconférence

ou de télécommunication permettant l'identification de chaque adhérent et garantissant leur participation effective.

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.

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, 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 bénéficiaires,
 - 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,
- Adopter, conformément à l'article R. 141-10 du Code des assurances, les règles déontologiques auxquelles seront tenus 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(auxquels) 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 : 25 place de la Madeleine 75008 Paris
Déclarée à la Préfecture d'Indre-et-Loire le 17 mars 1999