RÈGLEMENT MUTUALISTE

GARANTIES HOSPITALIÈRES PREMIER JOUR

(BRANCHES 1 ET 2) 2021

PREMIER JOUR VOUS PROPOSE 4 NIVEAUX DE COUVERTURE

Dès le 1er jour d'hospitalisation* VIASANTÉ Mutuelle vous verse sur présentation de justificatifs de frais restés à votre charge une indemnité hospitalière et une indemnité chirurgicale destinée à compenser les dépassements d'honoraires.

	1	2	3	4
INDEMNITÉ HOSPITALIÈRE Versée par jour d'hospitalisation dès le 1er jour et dans la limite de 240 jours par an, sur présentation de justificatifs de frais (Cf règlement ci-dessous).	17€/j	24€/j	36€/j	47€/j
INDEMNITÉ CHIRURGICALE Versée une fois par séjour en cas d'intervention chirurgicale et sur présentation de factures originales.	46€	69€	138€	206€

*Hospitalisation médicale ou chirurgicale autre qu'ambulatoire dès le 1er jour, intervention chirurgicale pratiquée en ambulatoire, séjour en maison de repos et de convalescence en établissement et centre de rééducation fonctionnelle et motrice.

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Préambule - Principes et valeurs mutualistes

L'adhésion à la Mutuelle est régie par :

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

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

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

Les règles définies par la Mutuelle ont pour but de préserver l'intérêt général des mutualistes qui pourrait être affecté par des comportements individuels opportunistes. Or, tous les adhérents, ensemble, pourvoient à leur protection réciproque. Ils ont donc des droits mais aussi des devoirs. La Mutuelle attend de chaque mutualiste une attitude responsable fondée sur la défense de l'intérêt général. C'est la condition requise pour assurer la pérennité d'une protection complémentaire de qualité au plus juste prix.

Article 1 – Objet du règlement

Les dispositions du présent règlement déterminent les conditions dans lesquelles VIASANTÉ Mutuelle assure les garanties souscrites par ses membres participants dans le cadre d'opérations individuelles. Elles s'appliquent à tous les membres participants et à leurs ayants droit inscrits en tant que tels. Le règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et VIASANTÉ Mutuelle c'est-à-dire les droits et obligations respectifs en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Les membres participants ou honoraires y ayant adhéré sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et qu'au règlement intérieur.

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

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

Article 2 – Modifications du règlement

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

Article 3 – Objet de la garantie 1er Jour

La gamme 1er Jour intervient en cas :

- d'hospitalisation médicale ou chirurgicale autre qu'ambulatoire,
- d'interventions chirurgicales pratiquées en ambulatoire,
- de séjours en établissements de repos et convalescence sous réserve d'un transfert immédiat d'une hospitalisation en chirurgie (la liste des DMT y afférente est disponible auprès de votre Mutuelle)
- de séjours en établissements et centres de rééducation fonctionnelle et motrice (la liste des DMT y afférente est disponible auprès de votre Mutuelle).

Dans ce cadre, elle a pour objet d'assurer aux bénéficiaires désignés sur le bulletin d'adhésion, le versement d'une indemnité couvrant les dépenses restées à leur charge après intervention le cas échéant de leurs régimes obligatoires et complémentaires, et ce en fonction de la garantie 1er Jour choisie.

Article 4 – Informations

4.1. Informations préalables obligatoires

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

L'article L. 221-4 du code de la mutualité prévoit qu'un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles est constatée la remise de ces documents ainsi que le délai qui doit s'être écoulé entre la remise de ces documents et la signature du bulletin d'adhésion.

4.2. Informations préalables obligatoires en cas de vente à distance

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

1. la dénomination de la Mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro SIREN, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle,
2. le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant au membre participant de vérifier celle-ci,
3. La durée minimale de l'adhésion ainsi que les garanties / options et exclusions prévues par le règlement,
4. la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance,
5. l'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le membre participant doit également être informé du montant de la cotisation que VIASANTÉ Mutuelle peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation….
6. La loi sur laquelle la Mutuelle se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le membre participant ainsi que la loi applicable au règlement et la langue que la Mutuelle s'engage à utiliser, avec l'accord du membre participant, pendant la durée de l'adhésion ;
7. Les modalités d'examen des réclamations que le membre participant peut formuler au sujet du règlement mutualiste et de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre Ier du livre VI du code de la consommation ;
8. Le document d'information sur le produit d'assurance.

4.3. Dématérialisation de la relation contractuelle

Le membre participant peut s'opposer sans frais à l'utilisation d'un support durable autre que le papier dès l'adhésion et/ou à n'importe quel moment pour la poursuite de la relation commerciale.

4.4. Nous écrire pour le remboursement ou la gestion du contrat

Pour toute demande relative aux remboursements de prestations ou sur la gestion d'un contrat, le membre participant peut écrire à l'adresse suivante :
VIASANTÉ Mutuelle, Gestion Santé, TSA 90025 à (69653) VILLEFRANCHE Cedex.

4.5. Autorité de Contrôle

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

++

CHAPITRE II - ADHÉSION

Article 5 – Conditions pour bénéficier des garantie 1er Jour

Peuvent bénéficier des garanties prévues par le présent règlement, les personnes physiques âgées d'au moins 16 ans l'année civile de la souscription bénéficiant d'un régime français obligatoire ou volontaire d'Assurance Maladie, résidant sur le territoire français.

Les personnes redevables d'une dette envers la Mutuelle au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion. Elles doivent compléter et signer un bulletin d'adhésion, et fournir une photocopie de leur carte d'assuré social. Toute fausse déclaration peut entraîner l'exclusion de l'adhérent dans les conditions précisées à l'article 11 des statuts.

Article 6 – Adhésion

6.1. Droit d'adhésion

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

6.2. Modalités d'adhésion

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

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

Le bulletin d'adhésion indique notamment :

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

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

6.3. Caractère familial de l'adhésion

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

6.4. Date d'effet de l'adhésion

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

L'adhésion prend effet :

- **Pour les personnes qui bénéficiaient précédemment d'une complémentaire santé et qui a confié à VIASANTÉ Mutuelle la résiliation de leur garantie auprès de leur ancien organisme complémentaire : le lendemain de la résiliation de l'ancienne garantie.**
- **Pour les personnes ne bénéficiant pas d'une précédente complémentaire santé : à la date d'effet souhaitée complétée sur le bulletin d'adhésion sous réserve de la réception du dossier complet dans le délai imparti.**

Si le membre participant souhaite, après son adhésion, faire bénéficier ses ayants droit des garanties prévues par le présent règlement (cf article 8.1. du présent règlement), il doit remplir un avenant au bulletin d'adhésion, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives. Les règles relatives à la date d'effet de l'affiliation de l'ayant droit sera celle complétée sur le bulletin d'adhésion sous réserve de la réception du dossier complet dans le délai imparti.

6.5. Faculté de renonciation en cas de vente à distance

Conformément à l'article L221-18 du code de la mutualité, tout membre participant ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités .

Pour exercer sa faculté de renonciation, le membre participant peut adresser un courrier à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle, Gestion Santé, TSA 90025 à (69653) VILLEFRANCHE Cedex.

Un modèle de rétractation destiné à faciliter l'exercice de ce droit est proposé à l'article suivant du règlement mutualiste ainsi que sur le bulletin d'adhésion.

Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la date à laquelle l'adhésion a pris effet.

Le membre participant sera tenu au paiement des cotisations sur la période où le risque a couru. En cas de versement de prestations, à la demande expresse de l'adhérent, avant l'expiration du délai de renonciation, celui-ci devra restituer à la Mutuelle le montant correspondant auxdites prestations dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 30 jours à compter de la date de renonciation. En contrepartie, la Mutuelle s'engage à restituer la cotisation si celle-ci a été perçue.

6.6. Faculté de renonciation suite au démarchage

Tout membre participant qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Le membre participant doit adresser un courrier à la Mutuelle, rédigé selon le modèle suivant :

« J'ai souscrit le produit « Nom de la garantie » auprès de votre organisme le …/…/….., sous le numéro …… Après réflexion, et comme quatorze jours ne sont pas écoulés depuis la signature du bulletin d'adhésion (ou depuis que j'ai reçu les conditions d'adhésion si cette date est postérieure en cas de vente à distance), je déclare renoncer à mon adhésion. Date et signature »

En cas de renonciation, le membre participant ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La mutuelle est tenue de rembourser au membre participant le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

6.7 Souscription en ligne et caducité de l'adhésion

Dans le cadre de la souscription en ligne et lorsque l'ensemble des justificatifs ne sont pas transmis à VIASANTÉ Mutuelle dans le délai imparti, l'adhésion deviendra caduque et d'éventuels indus pourront être réclamés.

Article 7 – Engagement du membre participant

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

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

- son état civil,
- son adresse,
- sa situation matrimoniale,
- sa situation familiale,
- sa situation socioprofessionnelle,
- son ouverture de droits au regard des régimes d'assurance maladie obligatoires,
- ses coordonnées bancaires,
- et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour VIASANTÉ Mutuelle.

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

Article 8 – Bénéficiaires de la garantie

8.1. Membre participant et ses ayants droit

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

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

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

Il est à noter que les ayants droit de moins de 26 ans 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 26e anniversaire.

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

8.2. Adjonction des membres bénéficiaires

Seul le membre participant peut demander à tout moment l'adjonction des ayants droit. L'adjonction d'ayants droit pourra être formalisée via l'extranet du membre participant uniquement si la modalité de paiement des cotisations choisie initialement est le prélèvement automatique.

CHAPITRE III - OUVERTURE, MODIFICATION, CESSATION DES GARANTIES 1ER JOUR ET EXCLUSION

Article 9 – Entrée en vigueur des garanties

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

Article 10 – Modifications de niveau de garantie à l'initiative du membre participant

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

10.1. Délai à respecter

Tout changement de niveau de garantie ne peut intervenir **qu'à l'expiration d'un délai de 12 mois minimal** sous réserve d'en faire la demande par écrit au moins un mois à l'avance.

En cas de demande anticipée, la date mentionnée dans le courrier sera retenue sous réserve qu'elle respecte le délai de préavis d'un mois minimum.

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

10.2. Date d'effet de la modification

Le changement de niveau de garantie prend effet le lendemain de l'expiration du délai de préavis d'un mois suivant la demande **sous réserve d'avoir bénéficié de la garantie précédente pendant 12 mois minimum.**

Article 11 – Modification des prestations à l'initiative de la Mutuelle

Le montant des prestations peut être modifié à tout moment par l'Assemblée générale de VIASANTÉ Mutuelle ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière. Les modifications du niveau des prestations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Article 12 – Cessation et suspension des garanties 1er Jour

12.1. Cessation des garanties

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- à la date d'effet de la résiliation par le membre participant selon les conditions prévues à l'article 14 du présent règlement,
- en cas de résiliation du membre participant par la Mutuelle pour non paiement des cotisations selon les conditions prévues à l'article 20.4. du présent règlement,
- en cas d'exclusion du membre bénéficiaire prévue à l'article 13 du présent règlement,
- pour les membres participants ou les ayants droit, dans le cas où les conditions posées à l'article 5 du présent règlement ne sont plus remplies.

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

12.2. Suspension des garanties

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties dans les conditions prévues à l'article 20.4. ci-après. Dans ce cas là, aucune prestation n'est due pendant la période de suspension.

Article 13 – Exclusion d'un membre participant ou d'un ayant-droit

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

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

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

En tout état de cause, peut être exclue toute personne qui aura causé un préjudice matériel ou moral à la Mutuelle, sans préjudice de toute action en restitution ou réparation. Les modalités sont précisées à l'article 12 des statuts.

CHAPITRE IV – MODALITÉS DE RÉSILIATION

Article 14 – Résiliation

14.1. Résiliation annuelle

Dispositions applicables après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.

Conformément à l'Article L221-10-2 du Code de la Mutualité :

Le membre participant peut **dénoncer son adhésion par l'une des modalités visées à l'article 14.2 du présent règlement, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, sans frais ni pénalités.**

La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle en ait reçu notification par le membre participant ou par le nouvel organisme si un mandat lui a été confié.

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

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

14.2. Modalités de résiliation

Conformément à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité, **la résiliation peut être effectuée, au choix de l'adhérent :**

- Soit par lettre ou tout support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle
- Soit par acte extrajudiciaire
- Lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

Article 15 – Résiliations exceptionnelles

15.1. À l'initiative de la Mutuelle

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

- en cas de non paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article 20.4. du présent règlement,
- en cas de fausse déclaration intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du code de la mutualité,
- en cas de fausse déclaration non intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du code de la mutualité.

15.2. À l'initiative du membre participant

a) Cas particulier des personnes décédées

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

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

- sur le compte bancaire du défunt si celui-ci est toujours actif,
- au conjoint ayant droit au contrat sur présentation de l'acte de décès,
- à tout membre de la famille sur présentation d'un certificat d'hérédité.

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

b) Résiliations dérogatoires

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

Article 16 – Conséquences de la résiliation

Les cotisations des périodes antérieures à la date d'effet de la résiliation restent dues dans tous les cas. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

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

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

CHAPITRE V - COTISATIONS

Article 17 – Fixation et évolution des cotisations

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

Article 18 – Mode de calcul des cotisations

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

Ex : bénéficiaire né en 1977, âge retenu pour le calcul de la cotisation 2017 : 40 ans.

Les cotisations évoluent par la suite en fonction de l'âge. Le montant des cotisations est indiqué dans le bulletin d'adhésion.

La cotisation tient compte des cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques (fédérations, unions…) et des frais de gestion y afférents. À cette cotisation s'ajoutent les taxes de nature règlementaire en vigueur.

Article 19 – Gratuité

19.1. Troisième enfant
La gratuité est accordée aux enfants à charge de moins de 26 ans de 3ème rang et plus, dans la mesure toutefois où tous les enfants sont inscrits sur un même contrat.

19.2. Enfants nouveau-nés ou adoptés
Ils bénéficient d'un mois de gratuité de cotisation, sous réserve que le membre participant soit adhérent à VIASANTÉ Mutuelle le jour de la naissance ou de l'adoption et que la demande d'adhésion soit effectuée dans un délai de 3 mois suivant la naissance ou l'adoption. Par ailleurs, l'inscription doit prendre effet à la date de naissance ou d'adoption de l'enfant.

19.3. Conjoint
Le conjoint ou le partenaire et ses enfants inscrits dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date du mariage ou du PACS bénéficient d'un mois de gratuité de cotisation, sous réserve que le membre participant soit adhérent à VIASANTÉ Mutuelle à la date du mariage ou du PACS.

Article 20 – Paiement des cotisations
20.1. Principe général
Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle.

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

20.3. Modalités de paiement de la cotisation
La cotisation est payable d'avance. Elle est due au 1er janvier pour tout membre inscrit au 31 décembre de l'année précédente ou, pour les nouveaux membres participants, à partir de la date d'effet du contrat.
Les modalités de paiement sont le prélèvement automatique et le chèque.
Pour les souscriptions en ligne, seul le prélèvement automatique est autorisé.
Pour faciliter son règlement, la Mutuelle permet le fractionnement.
Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut-être semestrielle ou trimestrielle si la modalité de paiement choisie est le chèque.
Si la modalité de paiement choisie est le prélèvement automatique, sa périodicité peut être mensuelle, semestrielle ou trimestrielle.
Le fractionnement ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.
Le non règlement de l'une des échéances, sauf dérogation expresse validée par VIASANTÉ Mutuelle entraîne automatiquement l'exigibilité immédiate du solde annuel non réglé.

20.4. Non paiement des cotisations
En respect de l'article L 221-7 du code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour VIASANTÉ Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, la garantie sera suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.
Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à la résiliation effective de la garantie.
VIASANTÉ Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus.
Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.
La garantie non résiliée reprend ses effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour où a été payée à VIASANTÉ Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

20.5. Remboursements de cotisations
Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée dans le cadre de la résiliation infra-annuelle, le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.
La Mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant dans un délai de de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

CHAPITRE VI - PRESTATIONS

Article 21 – Modalités d'application des garanties 1er Jour
Les garanties du contrat sont établies sur la base de la législation de l'Assurance Maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

21.1 Champ d'application des garanties 1er Jour
Les garanties 1er Jour prennent en charge, totalement ou partiellement, et dans la limite du niveau de garantie choisi (cf. article 21.5.), les frais suivants :
- chambre particulière en établissement d'hospitalisation,
- frais d'accompagnants (repas pris dans la ville où se situe l'établissement ou dans un rayon de 10 km autour de celui-ci et couchette en établissement d'hospitalisation),
- frais d'hôtel des accompagnants (maximum 2 personnes) si l'hospitalisation de l'adhérent est à plus de 50 km de son lieu d'habitation,
- forfait journalier, frais de télévision, thermomètre, wifi,
- dépassements d'honoraires en cas d'intervention chirurgicale, y compris de type ambulatoire.

21.2. Fonctionnement des garanties
Sur présentation d'un certificat de séjour et de justificatifs de dépenses, une indemnité hospitalière est versée par journée d'hospitalisation afin de couvrir les frais détaillés à l'article 21.1.
Peut se rajouter, sur présentation de justificatifs de dépenses, une indemnité chirurgicale accordée une fois par séjour, en cas d'intervention chirurgicale.
Ces 2 types d'indemnités constituent une enveloppe globale qui peut être affectée en totalité à la prise en charge de dépassements d'honoraires ou toutes autres dépenses rentrant dans le champ d'application de la garantie.

21.3. Hospitalisation en ambulatoire
Seules les hospitalisations ambulatoires donnant lieu à une intervention chirurgicale peuvent entraîner une prise en charge dans le cadre du présent règlement.
Les hospitalisation ambulatoires nécessitant le recours à un secteur opératoire sont assimilées à une hospitalisation chirurgicale.

21.4. Durée et service de la prestation
Les indemnités sont calculées à compter du premier jour d'hospitalisation et dans la limite de 240 jours par bénéficiaire et par année civile ; le crédit d'indemnisation se reconstituant au 1er janvier de chaque année.
Toutefois, les séjours en établissements de repos et convalescence sont pris en charge dans une limite de 30 jours par bénéficiaire et par année civile, si l'adhérent a subi une intervention chirurgicale et si son entrée dans l'un des établissements précités suit immédiatement sa sortie du centre hospitalier ou de la clinique où s'est déroulée l'intervention chirurgicale.
Les séjours en établissements de rééducation fonctionnelle et motrice sont pris en charge dans une limite de 30 jours par bénéficiaire et par année civile.
En cas de coma de longue durée, la durée d'indemnisation est limitée à 240 jours, toutefois le crédit d'indemnisation n'est pas reconstitué.

21.5. Niveaux de garantie
4 NIVEAUX DE COUVERTURE SONT PROPOSÉS (voir tableau recto)

21.6. Service d'assistance
Les garanties 1er Jour de la Mutuelle sont assorties d'un service d'assistance à domicile, pouvant intervenir au bénéfice de l'adhérent ou de ses ayants droit, en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile, consécutivement à un accident ou à une maladie soudaine et imprévisible.
Ce service est assuré et géré par une société juridiquement distincte de la Mutuelle, qui dispose d'un agrément pour cette activité et auprès de laquelle la Mutuelle a souscrit un contrat collectif d'assurance.
Le descriptif des prestations et des conditions générales du service d'assistance est remis le cas échéant au membre participant lors de son adhésion à la Mutuelle.

21.7. Remboursements exclus
Les garanties 1er Jour ne prennent pas en charge les frais relatifs :
- **aux hospitalisations débutant avant la prise d'effet de l'adhésion,**
- **aux hospitalisations ne donnant pas lieu à une prise en charge de la Sécurité sociale,**
- **aux séjours dans des établissements situés hors du territoire national,**
- **aux hospitalisations ambulatoires autres que chirurgicales,**
- **aux séjours dans les établissements spécialisés à savoir : les maisons de plein-air, de retraite, les établissements et services thermaux-climatiques, diététiques, centres hélio-marins, hospices de vieillards, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, centres médicaux ou psychopédagogiques, les séjours en établissements à caractère sanitaire, centres de vacances, aériums, homes d'enfants,**
- **aux cures de désintoxication liées à la tabagie, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, cures de sommeil, les traitements esthétiques, de rajeunissement, de check-up,**
- **aux malformations congénitales et leurs complications, aux maladies mentales,**
- **aux tentatives de suicide ou tout acte intentionnel,**
- **à la participation volontaire à des émeutes, mouvements populaires, rixes, paris et crimes,**
- **aux faits de guerre civile et étrangère,**
- **à la désintégration du noyau atomique, cataclysme, tremblement de terre,**
- **à la pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel ainsi qu'à l'usage d'aéronefs privés.**
- **les frais liés au long séjour, aux séjours en établissements médico-sociaux ou en maison de retraite.**

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

Article 22 – Modalités de remboursement des prestations
En application des dispositions de l'article L224-8 du code de la mutualité, les remboursements effectués par VIASANTÉ Mutuelle, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L861-3 du code de la Sécurité sociale.
En application de la loi Evin du 31 décembre 1989, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du règlement ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.
22.1. Conditions de versement des prestations
22.1.1. Mise en jeu des garanties
Pour percevoir les prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations et des éventuels frais de recouvrement.
Les prestations sont servies dès la prise d'effet de l'adhésion, à condition que la date de soins et la date de survenance des évènements soient postérieures à la prise d'effet de l'adhésion.
22.1.2. Pièces à fournir
Le versement des prestations par VIASANTÉ Mutuelle est, le cas échéant, subordonné au paiement (selon les systèmes de transmission en place) de la prise en charge par le régime d'assurance maladie, à la production du décompte établi par le régime d'assurance maladie, d'une facture acquittée, ou encore de tout autre justificatif nécessaire au déclenchement de la prestation.
VIASANTÉ Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative même en cas de liaison établie entre VIASANTÉ Mutuelle et le régime d'assurance maladie.

22.2. Modalités de règlement des prestations
Les prestations sont réglées directement :
• au membre participant,
• ou à ses ayants droit de plus de 16 ans, sauf refus exprès de leur part, ou non communication d'un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne qui leur est propre.
Les prestations sont réglées par virement sur compte bancaire ou de caisse d'épargne.

22.3. Modalités de restitution des prestations indûment versées
De manière générale, les sommes indûment versées font l'objet d'une régularisation. Le membre participant est informé par courrier de la somme qu'il doit rembourser dès réception dudit courrier.
En l'absence de règlement de l'indu, la Mutuelle se réserve le droit de retenir les prestations.
Dans le cas où le cumul des prestations servies par VIASANTÉ Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par VIASANTÉ Mutuelle seraient réduites à due concurrence et les dispositions de l'article 2 du décret n°90-769 du 30 août 1990 seront appliquées.
Le membre bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit un remboursement pour les frais pris en charge par VIASANTÉ Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

22.4. Forclusion
Les demandes de remboursement accompagnées des justificatifs nécessaires doivent parvenir à la Mutuelle au plus tard 24 mois après la date d'hospitalisation ou d'établissement de la facture donnant lieu à la demande de remboursement. Au-delà de cette période, la Mutuelle ne verse plus de participation, sauf exceptions visées à l'article 23 du présent règlement.

Article 23 – Prescription
En application des dispositions de l'article L 221-11 du code de la mutualité, toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ces délais ne courent :
- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle ou l'union en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.**

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire contre la Mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.
Conformément à l'article L.221-12 du code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.
Selon les cas et hormis les accords de télétransmission avec d'autres organismes payeurs, les demandes de paiement des prestations, décomptes du régime de l'Assurance Maladie et facture acquittée doivent être produits dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins ou de facturation. À l'expiration des délais susmentionnés, le membre participant est déchu du bénéfice des prestations.

Article 24 – Subrogation - recours contre tiers
VIASANTÉ Mutuelle est subrogée dans les droits du membre victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que VIASANTÉ Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.
En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par VIASANTÉ Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. En est exclu, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit qui leur demeure acquise.
Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé à la Mutuelle que si celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée. Il ne devient définitif que 15 jours après l'envoi de cette lettre.
La Mutuelle est également subrogée dans les droits de ses membres bénéficiaires pour le règlement des prestations afférentes aux dossiers de ces derniers au regard des organismes de Sécurité sociale et de mutualité sociale agricole ou de tout autre organisme similaire dont ils dépendent obligatoirement.

Article 25 – Accident
Il est précisé que dans tous les cas d'accidents, les membres bénéficiaires devront faire à VIASANTÉ Mutuelle une déclaration mentionnant l'existence d'un ou plusieurs contrats d'assurance les garantissant dans ce domaine et précisant les conditions dans lesquelles l'accident a eu lieu, les noms et coordonnées des tiers impliqués et des témoins ainsi que la prise en charge dudit accident par l'organisme susvisé.
Accidents du travail :
Sont exclues des garanties, les conséquences provenant d'un accident du travail, qu'il soit régi par les législations spéciales en cette matière ou qu'il soit survenu au cours ou à l'occasion de l'exercice d'une profession, d'un métier, d'un commerce, dans la mesure où le membre bénéficiaire dispose de la couverture prévue à cet effet par les textes législatifs et réglementaires.
L'intervention de VIASANTÉ Mutuelle est ici limitée à la couverture des actes hors nomenclatures et des dépassements d'honoraires inscrits dans la garantie souscrite par le membre bénéficiaire.
Accident de droit commun :
En cas d'accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, VIASANTÉ Mutuelle n'intervient qu'à défaut de police d'assurance individuelle souscrite par le membre dans la mesure où cette dernière ne couvre pas les frais chirurgicaux, médicaux ou d'hospitalisation, dans la limite des garanties souscrites par le membre bénéficiaire.
En cas de responsabilité contestée par le tiers, le membre bénéficiaire doit apporter la preuve à la Mutuelle qu'il a engagé, à l'encontre du tiers responsable ou de son assureur substitué, une action judiciaire, civile ou pénale, en vue de faire connaître son droit à réparation. La justification de cette action s'établit par la production de l'exploit introductif d'instance ou à défaut, par une pièce délivrée par le Greffier ou un Avocat.
VIASANTÉ Mutuelle accorde alors sa prise en charge mais par application des dispositions concernant la subrogation, elle est subrogée de plein droit à son membre victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

Article 26 – Fausses déclarations
Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, par VIASANTÉ Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant ou l'ayant droit a été sans influence sur la réalisation du risque.
Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

CHAPITRE VII - COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE - ACTION SOCIALE

Article 27 – Commission entraide mutualiste - Action sociale
Il existe au sein de chaque comité VIASANTÉ Mutuelle au moins une Commission entraide mutualiste – Action sociale.
Chaque Commission entraide mutualiste – Action sociale se compose au maximum de 10 délégués ou administrateurs de la Mutuelle. Elles se réunissent au moins trois fois par an.
Ces commissions ont pour objet d'accompagner les membres bénéficiaires en situation de détresse, face à un accident, une maladie, un handicap ou un décès, en leur attribuant une aide financière.

CHAPITRE VIII - PREVENTION

Article 28 – Action de prévention
Des actions de prévention du type formation ou réunion d'information par exemple peuvent être mises en place à destination des membres participants et de leurs ayants droit.

CHAPITRE IX – DISPOSITION DIVERSES

Article 29 – Protection des données à caractère personnel
Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?
Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par VIASANTE 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 règlementaires, notamment :
- La lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- Les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse de vos données, notamment pour répondre à nos obligations de conseil, de déterminer les garanties, les placements ou les prestations et de vous proposer des contrats et services adaptés.
Les données nécessaires à la gestion de votre contrat et des services associés sont conservées pendant la durée de votre contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant la durée de votre contrat et pour une durée de 3 ans après la fin de votre contrat ou après le dernier contact émanant de votre part.
Les informations présentées comme obligatoires sont nécessaires à la bonne exécution de votre contrat, leur absence pourrait entraîner la nullité de ce dernier.
Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants droit, aux membres du groupe AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs, qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Quels sont vos droits et comment les exercer ?
Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification, leur effacement et leur portabilité. Vous pouvez aussi, sous certaines conditions, demander la limitation d'un traitement ou vous opposer à sa mise en œuvre. Enfin, vous avez la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès.
Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à VIASANTÉ Mutuelle, à l'attention du Délégué à la protection des données (DPD) - 1 avenue Carsalade du Pont - CS 89921 - 66866 PERPIGNAN cedex 9 ou à DPD@viasante.fr
Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la 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.
*Numéro de Sécurité sociale
Pour en savoir plus sur notre politique de protection de la vie privée et des données à caractère personnel, retrouvez des explications complémentaires sur le site internet de VIASANTÉ Mutuelle : https://www.mutuelle-viasante.fr/

Article 30 – Opposition au démarchage téléphonique
Si vous ne souhaitez pas faire l'objet d'une prospection commerciale par voie téléphonique, conformément à l'article L.223-1 du code de la consommation vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL au démarchage téléphonique.
Selon la règlementation en vigueur, cette demande ne sera prise en compte qu'à la fin de la relation contractuelle qui vous lie à VIASANTÉ Mutuelle.

Article 31 – Traitement des réclamations, conciliation et médiation
Le traitement des réclamations est effectué par le service traitement des réclamations qui peut être saisi en adressant un courrier à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle - SERVICE RÉCLAMATIONS - TSA 10005 - 11804 CARCASSONNE CEDEX ou par courrier électronique à l'adresse suivante : contact.reclamation@viasante.fr ou par téléphone au 09 69 39 3000.
En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du règlement, le membre participant peut avoir recours au conciliateur de la Mutuelle désigné par le Conseil d'Administration, en adressant un courrier au Secrétariat général de la Mutuelle, 12 place de la halle - 19100 BRIVE ou un courrier électronique à l'adresse suivante : conciliation@viasante.fr.
Si le désaccord persiste, le membre participant pourra alors saisir gratuitement le service **Médiation de la consommation de la Mutualité Française**, 255 rue de Vaugirard 75015 PARIS.
La demande présentée au médiateur doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de VIASANTÉ Mutuelle.
Conformément à l'article R.612-5 du code de la consommation, une proposition sera rendue au plus tard dans le délai de 90 jours, sauf en cas de litige complexe.
La proposition du médiateur ne s'impose pas aux parties et le recours au juge reste possible.
La médiation mutualiste ne peut être saisie lorsqu'une action contentieuse a été préalablement engagée.

Article 32 – Interprétation
Les statuts, le règlement mutualiste, le document d'information sur le produit d'assurance, le bulletin d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Article 33 – Loi applicable
La loi applicable est la loi française à l'exclusion de toute autre.

COR CP3 008 V05

viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE
VIASANTÉ Mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120
Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS
Assureur

GIE AG2R Réunica - GIE agissant pour le compte d'institutions de retraite complémentaire Agirc-Arrco, d'institutions de prévoyance, de mutuelles, d'union de mutuelles et de société d'assurances
Membre d'AG2R LA MONDIALE - 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 Paris - 801 947 052 - RCS Paris
Distributeur

20201026 / KG