



Notice D'Information

Valant

Conditions Générales



Contrat collectif à adhésion facultative

PREAMBULE

La présente **Notice d'information** a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du contrat collectif d'assurances, à adhésion facultative, VIVENS SANTE souscrit par l'Association VIVENS PREVENTIUM auprès de MORNAY MUTUELLE.

Les garanties sont gérées dans le cadre des conventions suivantes :

- Convention n° MSEF2012001, réservée Famille,
- Convention n° MSEF2012002, surcomplémentaire,

VIVENS PREVENTIUM est une Association de Protection Sociale régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, 235 cours Lafayette 69006 LYON,

Ci-après dénommée « le Souscripteur »,

Auprès de **MORNAY MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 344033360, dont le siège social est situé au 184 rue Blaise Pascal - 07504 GUILHERAND-Granges

Ci-après dénommée « l'Assureur »,

L'organisme gestionnaire des conventions, par délégation de l'Assureur et en présence de VIVENS PREVENTIUM, pour le compte de ses assurés est **VIVENS SARL** au capital social de 252 050 euros dont le siège est situé 235 cours Lafayette 69006 LYON. Intermédiaire en assurance enregistré à l'ORIAS sous le numéro 07 005 896 et soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle Prudential (ACP) 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09

Ci-après dénommé « le gestionnaire »

L'assuré est la personne physique qui adhère aux conventions VIVENS SANTE et qui de fait acquiert la qualité de membre adhérent de l'association VIVENS PREVENTIUM. Les autres personnes bénéficiant des garanties VIVENS SANTE seront désignées par le terme d'ayant droit.

Ci-après dénommé « les bénéficiaires»

L'assuré devient adhérent au contrat collectif en signant le certificat d'adhésion.

Son contrat se compose des documents suivants :

- La présente notice d'information valant Dispositions Générales, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie de son contrat.
- Le certificat d'adhésion, qui comprend le tableau des garanties et qui retrace les éléments personnels de l'adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites valant dispositions particulières.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits «contrats responsables» (Article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et par les décrets et arrêtés pris pour son application, notamment le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 et le décret n°2012-386 du 21 mars 2012).

En conséquence vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables »

1. LES GARANTIES D'ASSURANCE

1.1 – Quel est l'objet du contrat ?

Le présent contrat a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité, et engagés par les assurés.

1.2 – Qui peut en bénéficier ?

Toute personne physique qui réside en France Métropolitaine ou dans la principauté de Monaco et qui est affilié ou ayant-droit d'un affilié à un Régime d'Assurance Maladie Obligatoire français et qui est mentionné sur le certificat d'adhésion

Gammes	Âges possibles à l'adhésion*
FAMILLE	De 18 à 60 ans inclus
SURCOMPLEMENTAIRE	Tout Actif bénéficiaire d'un Contrat Collectif

* âges calculés par différence entre le millésime de l'année d'adhésion et le millésime de l'année de naissance.

1.3 – Que rembourse-t-il ?

Les garanties ainsi que la part du remboursement sont déterminés en fonction du niveau et des options choisis, indiqués sur votre certificat d'adhésion, et détaillé dans les tableaux des garanties joints.

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau des garanties joint à votre contrat.

Les montants de remboursements figurant dans le tableau des garanties sont exprimés, suivant le cas :

- En pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- En pourcentage du tarif en vigueur fixé par le Régime Obligatoire auquel s'ajoute un dépassement d'honoraire exprimé en euros,
- En Frais réels (FR),
 - Sous la forme de montant annuel exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie par année d'assurance et par Bénéficiaire, et ne peuvent être dépassés. Ils se renouvellent chaque année à la date de renouvellement du contrat fixée au 1^{er} juillet de chaque année, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.
 - Sous la forme de montant par acte exprimé en euros.

Le tarif en vigueur auquel nous nous référons pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

Dans tous les cas, vos remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés

De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

1.4 – Quels sont les différents niveaux de garanties ?

Vous trouverez ci-après le détail des garanties par gamme et par niveau avec un détail pour les garanties de base, celles qui sont optionnelles, et les bonus :

1.4.1 Les garanties de base

Le contrat VIVENS SANTÉ comporte de 3 à 4 niveaux de garanties selon la gamme souscrite (Famille, Surcomplémentaire).

1.4.2 Les garanties optionnelles : Les renforts et / ou les packs

Pour les gammes Jeune, TNS, Senior et Famille, vous avez la possibilité de souscrire, en complément des garanties de base, un renfort ou un pack pour renforcer votre couverture «Santé» en fonction de vos besoins. Ces garanties optionnelles sont décrites dans le tableau de garanties spécifiques à chaque gamme.

1.4.3 Les bonus pour l'optique ou le dentaire

Pour les postes optique et dentaire, dans chacune des gammes et selon le niveau, vous pouvez bénéficier d'une augmentation de vos garanties et/ou des plafonds en contrepartie :

- soit de votre fidélité
- soit d'une non consommation pour les garanties concernées.

1.5. Descriptif des garanties :

1.5.1. L'hospitalisation :

Cette garantie intervient en cas d'hospitalisation et le montant de la prise en charge variera selon que l'établissement hospitalier est conventionné ou non.

S'il l'accepte, l'établissement hospitalier peut être réglé directement, dans la limite des garanties souscrites, par le gestionnaire.

Garanties spécifiques aux Hospitalisations :

* **Le forfait journalier :**

Cette garantie permet la prise en charge du forfait hospitalier facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien.

En l'état actuel de la législation française, le forfait hospitalier dont le montant est règlementé, est facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier, public ou privé, y compris le jour de sortie.

* **Les frais de séjour :**

Cette garantie permet la prise en charge de l'ensemble des frais de séjours.

S'il s'agit d'un établissement non conventionné, les frais de séjour sont pris en charge dans la limite d'un montant exprimé en pourcentage de la base de remboursement reconstituée.

* **La chambre particulière :**

Cette garantie couvre les frais additionnels pour la chambre particulière, dans la limite du nombre de jour prévu forfaitairement.

* **Frais d'accompagnant en cas d'hospitalisation :**

En cas d'hospitalisation d'un enfant assuré de moins de 18 ans, cette garantie prend en charge de façon forfaitaire et journalière le cout du lit accompagnant.

* **Transport :**

Cette garantie est limitée à la prise en charge du transport en ambulance médicalement prescrit sur la base du tarif de la Sécurité Sociale, sauf autorisation préalable de la cellule médicale de VIVENS. Le bénéficiaire n'est couvert qu'entre son domicile et un établissement hospitalier de la même localité ou à défaut, de la localité la plus proche. Si le bénéficiaire choisit un établissement plus éloigné, le surcroît des frais de transport sera à sa charge.

1.5.2. Médecine courante :

* **Consultations et visites des médecins :**

Cette garantie permet la prise en charge des honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin ou pour une visite effectuée par ce dernier au domicile d'un bénéficiaire ou pour une consultation en milieu hospitalier.

* **Auxiliaires médicaux, analyses/actes médicaux ou paramédicaux courants, soins externes, radiologie:**

Sont pris en charge au titre de ces garanties :

- les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes, pédicures, orthoptistes, kinésithérapeutes et sages-femmes.
- les frais d'analyses, d'examens et de radiologie,
- les frais consécutifs à des actes de prélèvement,
- les frais d'actes cliniques et techniques.

Pour être pris en charge, ces frais doivent avoir été prescrits par le médecin.

1.5.3. Pharmacie :

Cette garantie permet la prise en charge des frais de médicaments prescrits par un médecin et qui auraient donné lieu, le cas échéant, à une prise en charge de la Sécurité sociale. Si le tiers payant ou la télétransmission n'est pas utilisé, les originaux des prescriptions et des vignettes doivent être adressés à l'organisme gestionnaire pour remboursement.

1.5.4. Médecine douce et naturelle

Sont soumis à des conditions de remboursement spécifiques :

*Les actes ou consultations d'ostéopathe, psychologue, podologue, chiropracteur, diététicien, acupuncteur, pédicure, naturologue, étioathe et homéopathe sont pris en charge **dans la limite d'un montant mentionné au tableau de garanties.**

*Les cures thermales sur prescription d'un médecin :

Les frais de cure thermale effectuée sur prescription d'un médecin et pris en charge par la Sécurité sociale, seront remboursés dans la limite des garanties.

1.5.5. Optique :

Cette garantie vous rembourse, **dans la limite d'un forfait mentionné dans le tableau des garanties**, les dépenses liées :

- à l'achat des verres et montures,
- à l'achat de lentilles,
- à la chirurgie réfractive par laser pour le traitement de la myopie.

1.5.6. Dentaire :

- Soins dentaires :

Cette garantie permet la prise en charge :

- Des honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologiste.
- Des frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et les soins chirurgicaux (extraction, etc.).
- Prothèses dentaires, implantologie, parodontologie et orthodontie :

Cette garantie couvre, **dans la limite d'un forfait mentionné dans le tableau des garanties**, les dépenses liées à la réalisation d'implants, d'actes de parodontologie, de prothèses dentaires ou d'orthodontie. Il faut entendre par le terme remboursé « remboursé par le régime général ».

1.5.7. Appareillage et prothèse auditive :

Cette garantie permet la prise en charge des frais d'orthopédie, de petits et gros appareillages et de prothèse auditive qui auraient donné lieu, le cas échéant, à une prise en charge de la Sécurité Sociale.

1.6. Les limites de votre contrat

1.6.1 Les délais d'attente

Il n'y a aucun délai d'attente

1.6.2 Les exclusions

EXCLUSIONS

Ne sont pas garantis au titre de l'adhésion à la présente convention les événements, conséquences et suites :

- De guerre civile ou étrangère,
- De désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- De traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- D'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin.

1.7 Comment ne pas faire l'avance des frais ?

1.7.1 Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques.

Si l'Assuré ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à :

VIVENS Gestion Santé 235 cours Lafayette, 69451 LYON Cedex 06

1.7.2 Tiers payant

Votre contrat vous permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant. Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'Assuré est dispensé du paiement du ticket modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

La carte de Tiers payant vous permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France métropolitaine par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant référencé sur votre carte de Tiers payant.

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'assuré s'engage à restituer immédiatement, à VIVENS Gestion Santé, la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation

1.8 Comment être remboursé ?

1.8.1 Les documents à nous fournir :

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'assuré doit envoyer à VIVENS Centre de Gestion, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro de contrat.

La liste exhaustive des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui vous ont été servies, pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement, Dans les départements dans lesquels nous avons passé un accord avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire,
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable,
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires,
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans.
- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement de votre Régime Obligatoire,
- Pour l'allocation décès, une copie de l'acte de décès, les factures des pompes funèbres et les coordonnées de la personne ayant réglé les frais d'obsèques ou du notaire chargé de la succession
- Lorsque vous ou vos ayants droits bénéficiez d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'Assuré,
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'Assuré,
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours,

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, VIVENS pourra vous demander de fournir des justificatifs complémentaires.

L'Assuré qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

1.8.2 Remboursement des prestations

Les prestations sont réglées, par virement bancaire, dans les quinze jours qui suivent la remise des justificatifs ou la réception des données télétransmises

Les décomptes seront disponibles en ligne, sur www.vivens.fr, dans l'espace privatif

1.9 Subrogation

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, la mutuelle est subrogée dans vos droits à concurrence des droits indemnisés et dans ses actions contre le tiers responsable.

2. QUAND DEBUTENT VOS GARANTIES ?

2.1 - Prise d'effet et durée du contrat

2.1.1 Prise d'effet du contrat

Les garanties de votre contrat sont acquises immédiatement, sans délai de carence, à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime et de la signature du certificat d'adhésion.

2.1.2 Durée du contrat

Le contrat est souscrit pour une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à l'échéance principale, c'est-à-dire au 1^{er} juillet de chaque année. L'assureur ne pourra résilier votre adhésion sauf dans les cas mentionnés à l'article 3 « quand cessent vos garanties »

En cas de dénonciation des conventions par VIVENS PREVENTIUM ou l'assureur à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de cette dernière, vous en serez informé par l'Association et l'assureur vous maintiendra le bénéfice de vos garanties.

2.2 - Assurés

2.2.1 À la Souscription du contrat

Les garanties du présent contrat sont souscrites au bénéfice des personnes suivantes, nommément désignées dans les documents contractuels :

- L'adhérent,
- Ses ayants-droits, sous réserve de la production des pièces justificatives attestant de leur état et qualité.

Que devez-vous nous déclarer ?

Le contrat est établi d'après vos déclarations et la cotisation en tient compte. Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et vous devez nous fournir des réponses exactes.

Les déclarations tant à la souscription qu'en cours de contrat, sont faites par l'adhérent pour son compte et celui de ses ayants-droit auxquels elles sont opposables.

Vous devez répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur les documents d'adhésion.

2.2.2 En cours de contrat

Vous devez nous déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de la Souscription et qui aurait pour effet de les rendre inexactes ou caduques, et notamment :

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à un an,
- La survenance d'un événement entraînant l'ajout ou le retrait d'un bénéficiaire
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement de vos cotisations et/ou le virement de vos prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Vous avez la possibilité de nous demander, par écrit, l'ajout ou le retrait d'un ayant droit dans les cas suivants :

Ajout de Bénéficiaire

- Pour une naissance ou une adoption : dans un délai de 2 mois suivant cet événement,
- Pour un ajout d'un conjoint ou d'un enfant.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification de votre contrat prendra alors effet au plus tôt :

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de jugement d'un enfant adopté,
- À la date de l'union avec votre conjoint,

Retrait d'un Bénéficiaire

- Pour une séparation ou un divorce avec votre conjoint
- Pour un décès
- Pour une cessation d'affiliation au Régime Obligatoire

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification de votre contrat prendra alors effet au plus tôt :

- À la date du décès,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire.

Si des prestations vous ont été versées postérieurement aux dates ci-dessus, nous pourrions vous demander le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Si un de vos ayants-droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être Bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas d'ajout ou de sortie de Bénéficiaire, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant.

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra nous être réglé conformément aux dispositions de l'article 2.6 «La cotisation».

S'il s'agit d'une ristourne en votre faveur, celle-ci vous sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

Toute modification du nombre de bénéficiaires entraîne un renouvellement systématique et immédiat de la carte de Tiers payant en votre possession.

2.3 - Modifications du contrat

Vous pouvez modifier les garanties de votre contrat chaque année à la date d'échéance principale, soit au 1^{er} juillet, et sous réserve d'avoir au moins douze mois d'adhésion.

2.4 - Cotisation

2.4.1 Montant de la cotisation

La cotisation est fixée au certificat d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus.

Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'adhérent, le niveau de garantie choisi (y compris les packs et les renforts), l'âge des assurés, la zone géographique et des bénéficiaires du contrat. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

La cotisation totale est due par l'adhérent.

2.4.2 Variation de la cotisation

En cours de contrat, la cotisation peut varier suivant les modalités prévues à l'article 2.3 – « Modifications du contrat », notamment en cas de changement de niveau, changement de régime obligatoire, ajout ou sortie de Bénéficiaire, modification du régime de base de la Sécurité sociale ou en cas de changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, la cotisation sera calculée conformément aux nouvelles dispositions réglementaires.

2.4.3 Révision de la cotisation

Chaque année à son échéance principale la cotisation sera augmentée en fonction des évolutions réglementaires et des résultats du contrat.

2.4.4 Paiement de la cotisation

Le paiement de la cotisation est effectué d'avance, par prélèvement automatique. Il peut être fractionné selon votre choix avec une périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Si vous ne payez pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, nous pouvons - indépendamment de notre droit de vous poursuivre en justice - vous adresser, à votre dernier domicile connu, un courrier de rappel des montants dus majorés d'éventuels frais d'impayés, puis une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties de votre contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, le contrat sera automatiquement résilié dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation nous sera acquise à titre de dommages et intérêts et nous pourrions en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à votre charge.

2.4.5 Prélèvement

Si vous réglez votre cotisation par prélèvement mensuel, celui-ci cessera dès qu'un prélèvement sera refusé par votre établissement bancaire. L'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation

déjà réglées, sera alors immédiatement exigible. Le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations ultérieures. En cas de non-paiement du solde de la cotisation, nous pourrions en poursuivre le recouvrement comme indiqué ci-avant.

3. QUAND CESSENT VOS GARANTIES ?

3.1 A l'initiative de l'assuré

Le membre adhérent de l'Association VIVENS PREVENTIUM peut mettre fin à son adhésion au présent contrat, par lettre recommandée deux mois avant l'échéance annuelle du contrat (soit au plus tard le 30 Avril) adressée à VIVENS PREVENTIUM, **sous réserve d'avoir atteint 12 mois d'adhésion.**

Les demandes de remboursement des actes médicaux antérieurs à la date de prise d'effet de la résiliation doivent parvenir à l'organisme gestionnaire dans les 60 jours qui suivent la dite date.

La fin de l'adhésion au présent contrat, du membre adhérent de l'Association VIVENS PREVENTIUM, met fin aux garanties dont il bénéficie et dont bénéficient, le cas échéant ses ayants-droits, à la date d'effet de celle-ci.

3.2 A l'initiative de l'Assureur

Il peut être mis fin à l'adhésion de l'assuré au présent contrat pour les motifs suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues à l'article 2.4.4
- dès lors que l'adhérent n'est plus membre de l'Association VIVENS PREVENTIUM, quelle qu'en soit la cause.
- en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'assuré (Art. L 221-14 du Code de la Mutualité). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'assuré sans que la mauvaise foi de l'assuré soit établie, en l'absence d'accord sur les nouvelles conditions de garanties consécutives (Art. L221-15 du Code de la Mutualité). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation
- en cas de résiliation de la convention par l'Association VIVENS PREVENTIUM ou l'Organisme assureur à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de cette dernière.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne simultanément, tant pour l'assuré principal que pour ses bénéficiaires s'ils étaient garantis, la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant cette date.

3.3 Quel est le délai de prescription?

Conformément aux articles L 221-11 et L 221-12 du Code de la Mutualité :

Toute action dérivant d'un contrat d'assurance est prescrite 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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment :

- l'action en justice jusqu'à l'extinction de l'instance,
- l'acte d'exécution forcé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de 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 avec accusé de réception adressée 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.

4. DROIT A RENONCIATION

4.1 Démarchage à domicile

Conformément à l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, toute personne physique 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 signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat 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 avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité - vous pouvez renoncer au présent contrat en envoyant le modèle de lettre joint ci-après en dernière page de la présente notice d'information, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception.

Nous attirons votre attention sur le fait que vous perdez cette faculté de renonciation si vous avez connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

En cas de renonciation, vous êtes informé que :

- Si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser les montants perçus dans un délai de 30 jours
- Si des cotisations ont été perçues, elles vous seront remboursées déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 30 jours.

Lettre de renonciation Démarchage à domicile

VIVENS
235, Cours Lafayette
69006 LYON

Nom
Prénom
Adresse
.....
Nom du produit : **Vivens Santé**
Contrat n°

Messieurs,

Conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du

Je vous prie d'agréer, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à, le.....

Signature de l'adhérent

4.2 Vente à distance

Les dispositions ci-après s'appliquent aux contrats exclusivement conclus à distance au sens de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de « une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat ».

4.2.1 Modalités de conclusion du contrat

Vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour nous retourner l'ensemble des pièces du dossier de souscription signées (dispositions particulières, formulaire de recensement de vos besoins et exigences, autorisation de prélèvement) ainsi que les pièces justificatives réclamées.

Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat (réputée être la date d'émission des dispositions particulières). À défaut de retour dans ce délai, votre contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la Compagnie d'accomplir une quelconque démarche complémentaire.

Si vous avez demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration de ce délai de quatorze jours et qu'un sinistre survient pendant ce délai, vous devrez alors nous retourner l'ensemble des pièces signées ainsi que les justificatifs réclamés au plus tard lors de la déclaration de sinistre. À défaut de retour dans ce délai, votre contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la Compagnie d'accomplir une quelconque démarche complémentaire. Le sinistre ne sera alors pas pris en charge.

4.2.2 Droit de renonciation (article L 221-18 du Code de la Mutualité)

Vous pouvez renoncer au présent contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat.

Si vous avez demandé que votre contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que vous avez réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à VIVENS et peut être faite suivant le modèle de lettre ci-dessous.

Lettre de renonciation en cas de vente à distance

VIVENS
235, Cours Lafayette
69006 LYON

Nom

Prénom

Adresse

.....

Nom du produit : **Vivens Santé**

Contrat n°

Messieurs,

Conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, je renonce expressément par la présente à la souscription du contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit exclusivement à distance le

Je vous prie d'agréer, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à, le.....

Signature de l'adhérent

5. EN CAS DE DESACCORD ?

5.1 Examen des réclamations et procédure de médiation

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la Souscription ou en cas de sinistre, contactez votre intermédiaire privilégié VIVENS, 235 cours Lafayette 69006 LYON.

Il est en mesure d'étudier toutes vos questions et demandes.

En cas de désaccord, vous pouvez adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à :

MORNAY MUTUELLE

184 rue Blaise Pascal – BP 419 –

07504 GUILHERAND-Granges Cedex 9

Nous nous engageons à traiter votre réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

Si un désaccord devait persister, vous aurez la faculté de faire appel à un médiateur, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales. Les conditions d'accès à ce médiateur, ses coordonnées ainsi que la procédure à suivre vous seront communiquées par l'assureur.

5.2 Informatique et libertés

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression des données vous concernant et d'opposition auprès du centre de gestion Vivens.

Ces informations sont destinées à l'Assureur et sont nécessaires au traitement de votre dossier. Elles sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat.

Par la signature de la demande d'adhésion, vous acceptez expressément que les données vous concernant leurs soient ainsi transmises.

5.3 Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des organismes d'assurances qui accorde les garanties prévues par le présent contrat est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP)

61 rue Taitbout

75436 Paris Cedex 09

GLOSSAIRE

ADHÉRENT

Personne physique, membre de l'association, qui adhère au contrat et signe les documents d'adhésion.

ANNÉE D'ASSURANCE

Pour le renouvellement annuel des cotisations et/ou des plafonds, période comprise entre deux échéances principales (1^{er} juillet) consécutives.

AGE

Lorsque le tarif est calculé sur une tranche d'âge, l'âge à prendre en compte s'entend par différence de millésime de janvier à juin de l'année d'adhésion (l'année s'entend du 1/07 au 30/06) et le millésime de l'année de naissance de l'assuré. Il en est de même pour les combinatoires relevant d'un âge. Les âges indiqués sont compris en millésime.

Exemple : une personne née le 20/04/1964 est comptée comme ayant 46 ans alors qu'une personne née le 20/07/1964 sera comptée comme ayant 47 ans

AYANTS DROIT

Personnes nommément désignées à la date d'effet du contrat, ou ultérieurement par demande écrite que vous nous adressez, parmi :

- votre conjoint ;
- les enfants,
- âgés de moins de 18 ans à l'échéance anniversaire, reconnus à votre charge ou à celle de votre conjoint au sens du régime obligatoire,
- âgés de 18 à 26 ans inclus à l'échéance anniversaire, sous réserve :
 - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
 - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
- sans limite d'âge en cas de situation de handicap reconnue et justifiée.
- les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par votre régime obligatoire ou celui de votre conjoint.

BÉNÉFICIAIRE

Personne(s) désignée(s) expressément au certificat d'adhésion bénéficiant des garanties du contrat, à savoir :

- L'adhérent,
- Ses ayants droit, c'est-à-dire les personnes nommément désignés par l'adhérent.

CONJOINT

Est défini comme conjoint dans le présent contrat :

- la personne avec laquelle vous êtes mariée non divorcée et non séparée de corps judiciairement
- votre concubin, sous réserve de la production d'un justificatif de concubinage ou de vie commune
- votre partenaire, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité.

CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits «contrats responsables» (article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et différents décrets et arrêtés).

Ainsi, dans le cadre du parcours de soins, le contrat doit notamment prendre en charge :

- Au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale des honoraires des médecins,
- Au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour les médicaments à vignette blanche remboursés à 65% par la Sécurité sociale,
- Au moins 35 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour les frais d'analyse ou de laboratoire,
- La totalité du ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention figurant sur la liste ministérielle du 8 juin 2006.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimale mentionnés ci-dessus sont réduits afin que notre prise en charge ne puisse excéder les frais exposés.

Dans le cadre du dispositif législatif relatif aux «contrats responsables», le contrat ne rembourse pas les frais supplémentaires à la charge de l'assuré du fait du non-respect du parcours de soins, à savoir :

- La majoration du ticket modérateur en application de l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant,

- Les dépassements d'honoraires prévus à l'article L 162-5-18 du Code de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, le contrat ne prend pas en charge :

- La contribution forfaitaire mentionnée au II de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,

Le montant de la franchise instaurée en application du III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

DATE D'EFFET

Date de la prise d'effet du contrat.

DÉLAI D'ATTENTE

Période qui suit la date d'effet du contrat durant laquelle certains frais ne sont pas remboursés à l'Assuré.

ÉCHÉANCE

Date à laquelle doit être payée la cotisation ou une fraction de celle-ci.

ÉCHÉANCE PRINCIPALE

Date de renouvellement du contrat fixée au 1^{er} juillet de chaque année

FORFAIT

Montant en euros versés en sus du remboursement éventuel du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels.

FORFAIT HOSPITALIER

Forfait fixé par arrêté ministériel correspondant aux frais d'hébergement, de restauration, d'entretien, entraînés par une hospitalisation (hors psychiatrie). Il n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale.

FRAIS RÉELS (FR)

Montant total de la dépense engagée par une personne pour un acte médical.

HOSPITALISATION

Séjour effectué en qualité de patient, d'une durée minimale de 24 H, en clinique ou en hôpital pour y recevoir un traitement ou des soins nécessités par une maladie, un accident ou une maternité et justifié par un bulletin d'hospitalisation

NOMENCLATURES GÉNÉRALES DES ACTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la liste des actes et des prestations (article L 162-1-7 du Code de la Sécurité sociale).

Elle est divisée en deux parties :

- La CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), qui regroupe les actes techniques réalisés par les médecins ;
- La NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels), qui reste en vigueur pour les actes cliniques médicaux, et les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

NOUS

Désigne l'assureur : selon le cas, l'ÉQUITÉ ou les sociétés intervenant pour son compte.

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO)

Régime légal français de Protection Sociale auquel est affilié l'assuré.

SOUSCRIPTION

La personne physique qui souscrit le contrat pour son compte et éventuellement le compte d'autrui. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

TARIF DE RESPONSABILITÉ

Tarif servant de base au remboursement de la Sécurité sociale des honoraires et des soins utilisés par les caisses des différents Régimes Obligatoires.

On distingue deux catégories de tarifs :

- Le tarif de convention (TC) : il résulte d'un accord entre la Sécurité sociale et les professions de santé et les établissements de soins privés,
- Le tarif d'autorité (TA) : il est fixé par voie réglementaire en l'absence de convention entre les parties intéressées.

TICKET MODÉRATEUR

Partie du tarif de responsabilité qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance Maladie.

TIERS PAYANT

Système permettant à l'assuré social de ne pas faire l'avance des frais. Paiement direct, des sommes dues par l'assuré, au professionnel de santé ou à l'établissement de soins.

VOUS

Désigne l'assuré