

Vittavi

Règlement Mutualiste

Groupe Étudiant

Adopté par l'Assemblée Générale
du 11 juin 2016

LA SÉCURITÉ SOCIALE DES ÉTUDIANTS

Mutuelle étudiante de proximité membre du Réseau national emeVia

Sécurité Sociale Étudiante



Réseau **emeVia**

SOMMAIRE

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1 - OBJET ET GARANTIES

Article 1 – Objet du Règlement mutualiste.....	p.3
Article 2 – Garanties.....	p.3
Article 3 – Bénéficiaires.....	p.3
Article 3.1 – Définition des bénéficiaires des garanties frais de santé.....	p.3
Article 3.2 – Extension des bénéficiaires.....	p.3

SECTION 2 – ADHÉSION

Article 4 – Adhésion et Droits.....	p.3
Article 4.1 – Adhésion.....	p.3
Article 4.2 – Ouverture des droits.....	p.3
Article 5 – Effet et durée des droits.....	p.4
Article 5.1 – Date d'effet des garanties.....	p.4
Article 5.2 – Durée de l'adhésion.....	p.4
Article 6 – Changement des garanties par le membre participant.....	p.4
Article 6.1 – Changement des garanties.....	p.4
Article 6.2 – Changement de garantie en cas de dépassement du délai de résiliation annuel.....	p.4
Article 7 – Cessation de l'adhésion.....	p.4

SECTION 3 – RÉSILIATION

Article 8 – Faculté de résiliation annuelle à l'initiative du membre participant.....	p.4
Article 9 – Faculté de résiliation exceptionnelle	p.5
Article 9.1 – Cas des garanties complémentaire santé.....	p.5
Article 9.2 – Cas des garanties de produits d'assurance.....	p.5
Article 9.3 – Modalités de remboursement des cotisations.....	p.5
Article 10 – Faculté de résiliation à l'initiative de la Mutuelle.....	p.5
Article 10.1 – Faculté de résiliation.....	p.5
Article 10.2 – Exclusion des membres participants.....	p.5

SECTION 4 – PRESCRIPTION & SUBROGATION

Article 11 – Prescription.....	p.5
Article 12 – Subrogation.....	p.5

TITRE II - COTISATIONS

Article 13 – Fixation et évolution des cotisations...	p.6
---	-----

SECTION 1 – CALCUL DES COTISATIONS

Article 14 – Principes généraux.....	p.6
Article 14.1 – Mode de calcul.....	p.6
Article 14.2 – Cotisations en inclusion.....	p.6
Article 14.3 – Cas particulier des bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS).....	p.6

SECTION 2 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 15 – Règlement des cotisations.....	p.6
Article 15.1 – Mode de paiement.....	p.6
Article 15.2 – Incident de paiement.....	p.6
Article 16 – Proratisation – Gratuité.....	p.7
Article 17 – Défaut de paiement.....	p.7

TITRE III - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES MEMBRES PARTICIPANTS

CHAPITRE I – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

SECTION 1 – DÉFINITIONS

Article 18 – Définition des garanties.....	p.7
Article 19 – Le fonds de solidarité mutualiste.....	p.7

SECTION 2 – PRESTATIONS

Article 20 – Liquidation des prestations.....	p.7
Article 20.1 – Étendue territoriale.....	p.7
Article 20.2 – Liquidation au profit du bénéficiaire.....	p.7
Article 20.3 – Cas spécifiques.....	p.8
Article 20.4 – Tiers payant.....	p.8
Article 21 – Modalités de remboursement des prestations.....	p.8
Article 22 – Limite des remboursements des prestations.....	p.8
Article 23 – Évolution de l'assurance maladie.....	p.8

CHAPITRE II – PRÉVOYANCE EXAMENS

Article 24 – Définition.....	p.8
Article 25 – Exclusions.....	p.9

CHAPITRE III - GARANTIES MIXTES FRAIS DE SANTÉ - PRODUITS D'ASSURANCE

SECTION 1 – ASSURANCE ÉTUDIANT VITTA VI

Article 26 – Définition.....	p.9
Article 27 – Composition de la garantie.....	p.9

SECTION 2 – PACK SERVICES VITTA VI

Article 28 – Définition.....	p.9
Article 29 – Composition de la garantie.....	p.9

TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 30 – Contrôle.....	p.9
Article 31 – Forclusion-Remboursements exclus ..	p.10
Article 31.1 – Forclusion.....	p.10
Article 31.2 – Remboursements exclus.....	p.10
Article 32 – Fausses déclarations.....	p.10
Article 32.1 – Fausses déclarations intentionnelles.....	p.10
Article 32.2 – Fausses déclarations non intentionnelles.....	p.10
Article 33 – Usage frauduleux des tableaux de garanties.....	p.10
Article 34 – Loi applicable.....	p.10
Article 35 – Désignation de l'organisme de contrôle.....	p.10
Article 36 – Contacts adhérents.....	p.11
Article 37 – Réclamation.....	p.11
Article 38 – Informatique et Libertés.....	p.11
Article 39 – Droit de rétractation en cas de démarchage.....	p.11
Article 40 – Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance.....	p.11

VITTAVI est une Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du code de la Mutualité inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 775 584 980. « En application de l'article L.211-5 du code de la Mutualité, Eovi Mcd mutuelle (173 rue de Bercy, 75012 Paris), personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le livre II du code de la Mutualité inscrite au Répertoire SIRENE sous le n° 317 442 176, se substitue intégralement à VITTAVI (Parc d'Activités de la Grande Plaine – 2 impasse Henri Pitot – 31500 TOULOUSE) pour les opérations d'assurance couvrant le risque de dommages corporels liés à des accidents et maladie relevant des branches 1 et 2, tels qu'ils sont définis dans le Règlement mutualiste de VITTAVI.

En cas de retrait de l'agrément accordé à Eovi Mcd mutuelle, les garanties cessent de plein droit d'avoir effet le quarantième (40^{ème}) jour à midi, à compter de la publication au Journal officiel de la décision prononçant ce retrait. Les cotisations échues avant la date de la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution prononçant le retrait d'agrément, et non payées à cette date, sont dues en totalité à la Mutuelle mais elles ne sont définitivement acquises à celle-ci que proportionnellement à la période garantie jusqu'au jour de la résiliation. Pour les cotisations des garanties qui sont permanentes ou qui ont été reconduites, tacitement ou non, entre la date de la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ou de l'Autorité de contrôle prononçant le retrait d'agrément et la date de résiliation de plein droit des garanties souscrites, les cotisations ne sont dues que proportionnellement à la durée de la période garantie.

TITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1 – OBJET ET GARANTIES

Article 1 – Objet du Règlement mutualiste

En application de l'article L.114-1 du code de la Mutualité et de l'article 7 des statuts de VITTAVI, le présent Règlement définit le contenu des engagements contractuels existants entre la Mutuelle et les membres participants relevant de l'article 3 du présent Règlement de la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations dans le cadre d'une adhésion à titre individuel à une garantie frais de santé.

Il a été adopté par l'Assemblée Générale de la Mutuelle en application de l'article L. 114-1 du code de la Mutualité.

Les dispositions du présent Règlement mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle propose des garanties d'assurance au profit de ses membres participants, dans le cadre d'opérations individuelles et ce, dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L.112-1 du code de la Mutualité.

La Mutuelle, pour la garantie "frais de santé", ne peut moduler le montant des cotisations qu'en fonction du revenu ou de la durée d'appartenance à la mutuelle ou du régime de Sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence ou du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants.

S'agissant des prestations, la Mutuelle ne saurait instaurer de différences qu'en raison des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

Au titre du présent Règlement, la Mutuelle ne peut en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de ses membres participants souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de leur état de santé.

Article 2 – Garanties

Les garanties individuelles, proposées par la Mutuelle et objet du présent Règlement : assurent aux bénéficiaires tels que définis à l'article 3, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de couverture, en complément des prestations en nature versées par le régime obligatoire.

Conformément aux dispositions des articles L. 116-1 et suivants du code de la Mutualité, la Mutuelle propose des garanties dont le risque peut être porté par d'autres organismes assureurs, relatives aux dédommagements de frais dans le cadre de la responsabilité civile et individuelle accident, responsabilité civile médicale, protection juridique professionnelle médicale, décès consécutif à un accident, assurance examen, capital invalidité en cas d'accident de sport, rente éducation, assistance-rapatriement.

Article 3 – Bénéficiaires

Article 3.1 – Définition des bénéficiaires des garanties frais de santé

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion :

- les membres participants qui doivent bénéficier d'un statut d'étudiant
- les ayants droit du membre participant.

→ Par étudiant, on entend les personnes inscrites dans un établissement d'enseignement supérieur.

→ Les ayants droit sont :

- les conjoints, concubins notoires (présentation obligatoire d'un certificat de concubinage) ou partenaires liés au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) tel que défini par le code civil ;
- les enfants de moins de 16 ans, légitimes, naturels ou reconnus du membre participant, ainsi que ceux du conjoint, concubin ou partenaire du Pacte Civil de Solidarité à condition que les enfants soient à charge du membre participant ou du conjoint, concubin ou partenaire du Pacte Civil de Solidarité.
- les mineurs de plus de 16 ans (à leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal).

Les ayants droit doivent bénéficier de la même garantie que le membre participant.

Article 3.2 – Extension des bénéficiaires

- Les lycéens et apprentis de plus de 16 ans peuvent toutefois bénéficier des garanties du "Groupe Étudiant".
- En cas de perte de la qualité d'étudiant à l'échéance de l'adhésion, les membres participants de VITTAVI ont la possibilité de continuer à adhérer aux garanties pendant l'année universitaire suivant la perte de qualité d'étudiant.

SECTION 2 - ADHÉSION

Article 4 – Adhésion et Droits

Article 4.1 – Adhésion

Les membres participants peuvent faire bénéficier des prestations et services de la Mutuelle leurs ayants droit tels que définis à l'article 3 du présent Règlement.

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, du Règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent Règlement et par le tableau descriptif de la garantie choisie.

Dans l'hypothèse où VITTAVI viendrait en substitution d'une autre Mutuelle ou serait substituée par une autre Mutuelle, le bulletin d'adhésion porterait les mentions prévues à l'article R.211-27 du code de la Mutualité.

Toute modification en cours d'adhésion de la situation du membre participant ou de ses ayants droit, telle que figurant sur le bulletin d'adhésion, doit être immédiatement signalée à la Mutuelle dans un délai maximum d'un (1) mois.

L'adhésion au régime "frais de santé" est viagère. La cotisation est annuelle.

Article 4.2 – Ouverture des droits

Le bulletin d'adhésion doit être dûment complété et signé. Après paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation, les droits des garanties du membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit sont ouverts dans les conditions de l'article 5 du présent règlement.

Pour leur permettre de bénéficier du tiers payant auprès des professionnels de santé avec lesquels une convention a été conclue, la Mutuelle délivre à ses membres participants des documents (carte ou toute autre pièce) permettant l'ouverture des droits à prestations.

Le membre participant ne peut en faire usage que s'il est à jour de ses cotisations. Dans le cas d'une utilisation non conforme, il s'engage à acquitter auprès de la Mutuelle la dette dont il serait alors redevable.

En cas de radiation en cours d'année, le membre participant est tenu de restituer à la Mutuelle sous 48 heures les documents qui lui ont été délivrés.

Article 5 – Effet et durée des droits

Sous réserve de l'encaissement du premier chèque de cotisations ou du paiement de la première échéance dans le cas d'un paiement par prélèvement bancaire, l'ouverture des droits des garanties dépend de la date d'adhésion et de la composition de la garantie.

Article 5.1 – Date d'effet des garanties

1) Ouverture des droits des garanties frais de santé en souscription seule

- Pour tout bulletin d'adhésion, d'un nouvel adhérent - primo adhérent, signé et reçu entre le 1^{er} juillet et le 30 septembre, la date d'effet des produits "frais de santé" est le 1^{er} octobre suivant.

À compter du 1^{er} octobre :

- Pour tout bulletin d'adhésion signé et reçu entre le 1^{er} et le 15 du mois en cours, la date d'effet des produits "frais de santé" est le 1^{er} jour du mois en cours.
- Pour tout bulletin d'adhésion signé et reçu entre le 16 et la fin du mois en cours, la date d'effet des produits "frais de santé" est le 1^{er} jour du mois qui suit.

2) Ouverture des droits des garanties frais de santé avec produits d'assurance inclus

- Pour tout bulletin d'adhésion, d'un nouvel adhérent - primo adhérent, signé et reçu entre le 1^{er} juillet et le 30 septembre, la date d'effet des produits "frais de santé" est le 1^{er} octobre suivant et la date d'effet des produits "assurantiels" est le lendemain 0H de la date de signature du bulletin d'adhésion et au plus tôt le 1^{er} juillet.

À compter du 1^{er} octobre :

- Pour tout bulletin d'adhésion signé et reçu entre le 1^{er} et le 15 du mois en cours, la date d'effet des produits "frais de santé" est le 1^{er} jour du mois en cours et la date d'effet des produits "assurantiels" est le lendemain 0H de la date de signature du bulletin d'adhésion.
- Pour tout bulletin d'adhésion signé et reçu entre le 16 et la fin du mois en cours, la date d'effet des produits "frais de santé" est le 1^{er} jour du mois qui suit et la date d'effet des produits "assurantiels" est le lendemain 0H de la date de signature du bulletin d'adhésion.

3) Ouverture des droits de l'Assurance Étudiant Vittavi en souscription seule

- Pour tout bulletin d'adhésion, d'un nouvel adhérent - primo adhérent, reçu entre le 1^{er} juillet et le 30 septembre, la date d'effet est le lendemain 0H de la date de signature du bulletin d'adhésion et au plus tôt le 1^{er} juillet.

À compter du 1^{er} octobre :

- Pour tout bulletin d'adhésion reçu entre le 1^{er} et le dernier jour du mois, la date d'effet des risques "assurantiels" est le lendemain 0H de la date de signature du bulletin d'adhésion.

Article 5.2 – Durée de l'adhésion

Dans tous les cas, l'échéance annuelle de l'adhésion est fixée au 30 septembre. L'adhésion est ensuite renouvelée par tacite reconduction sauf résiliation conformément à la section 3 du présent Règlement. VITTAVER adresse à chaque adhérent un appel de cotisation l'informant de la reconduction de son adhésion (membre participant et ayants droit) pour une année supplémentaire.

Article 6 – Changement des garanties par le membre participant

Le membre participant peut demander un changement de garantie dans le courant de la période d'ouverture des droits. L'acceptation du changement par la Mutuelle est soumise à différentes conditions :

- le membre participant doit rester dans le même type de garantie ;
- le membre participant doit formuler par écrit sa demande à la Mutuelle.

Article 6.1 – Changement des garanties

→ Augmentation du niveau de garantie

Tout changement entraînant une augmentation de garantie donne lieu à la signature d'un bulletin d'adhésion modificatif et prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion modificatif signé par le membre participant.

→ Diminution du niveau de garantie

Tout changement entraînant une diminution de garantie donne lieu à la signature d'un bulletin d'adhésion modificatif et prend effet le 1^{er} octobre suivant la réception du bulletin d'adhésion modificatif signé par le membre participant.

Le cas échéant, il peut être dérogé à cette disposition quand le membre participant établit que des circonstances particulières (notamment économiques) lui imposent de procéder à cette réduction.

Article 6.2 – Changement de garantie en cas de dépassement du délai de résiliation annuel

Le membre participant qui n'a pas dénoncé son adhésion dans les délais prévus, peut cependant demander un changement de garantie. Son acceptation par la Mutuelle est soumise au choix de produits prédéterminés du Règlement mutualiste. Cette demande doit être formulée par écrit avant le 01/10 suivant l'envoi de l'appel de cotisation.

Article 7 – Cessation de l'adhésion

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion,
- en cas de décès du membre participant,
- en cas de défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation conformément à la procédure de l'article 17 du présent Règlement.

L'adhésion cesse en tout état de cause de produire effet pour tous les ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion au décès du membre participant. Dans ce cas, la radiation pour les autres garanties intervient au premier (1^{er}) jour du mois suivant la date du décès, les cotisations étant dues jusqu'à cette date.

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation, radiation ou exclusion.

Dès lors qu'il y a eu résiliation, radiation, ou exclusion aucune prestation ayant une date de soins égale ou postérieure à la date de fermeture des droits aux prestations de l'adhérent, n'est prise en charge par la Mutuelle.

SECTION 3 - RÉSILIATION

Article 8 – Faculté de résiliation annuelle à l'initiative du membre participant

La résiliation à l'initiative du membre participant est appelée démission.

La démission, impliquant la radiation du membre participant, entraîne celle de ses ayants droit tels que définis à l'article 3 du présent Règlement, sauf demande particulière dûment formulée.

La démission est adressée par lettre recommandée à la Mutuelle ou déposée contre décharge dans une agence de la Mutuelle, au moins deux (2) mois avant l'échéance annuelle, soit le 31 juillet de l'année en cours. Passé ce délai, la démission ne prendra effet qu'au 30 septembre de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date.

Lorsque l'adhésion est renouvelée par tacite reconduction VITTAVER adresse à chaque adhérent un appel de cotisation l'informant de la reconduction de son adhésion (membre participant et ayants droit) pour une année supplémentaire. Conformément à l'article L. 221-10 -1 du code de la Mutualité le membre participant sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance annuelle de cotisation et de sa date limite d'exercice dans l'avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste. Lorsque cette information ne lui a pas été adressée, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au Règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année universitaire en cours soit le 30 septembre.

Article 9 – Faculté de résiliation exceptionnelle

Article 9.1 – Cas des garanties complémentaire santé

Un membre participant peut demander la résiliation de sa garantie en cours d'année s'il répond à l'un des cas suivants :

- être bénéficiaire de la CMU-C mentionné à l'article L. 861-1 du code de la Sécurité sociale (sur présentation de l'attestation délivrée par la caisse de Sécurité sociale), ou de l'Aide à la Complémentaire santé (ACS) (sur présentation de l'attestation délivrée par la caisse de Sécurité sociale),
- être bénéficiaire (d'un contrat d'assurance collectif obligatoire relevant d'un dispositif de prévoyance remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale institué conformément aux dispositions de l'article L.911-1 du code de la Sécurité sociale), en tant que membre participant ou ayant droit (sur présentation obligatoire dans les trois (3) mois suivant la date de l'affiliation au régime obligatoire, d'une attestation de l'employeur avec mention de la participation patronale au régime collectif obligatoire et d'une copie du dernier bulletin de paie),
- séjour à l'étranger pour au moins une (1) année,
- ne plus répondre aux critères d'appartenance au "Groupe Étudiant" défini à l'article 3, 3.1 et 3.2.
- Sur demande, en application de l'article L. 221-17 du code de la Mutualité, il peut être mis fin, par chacune des parties, à l'adhésion dans les trois (3) mois suivant la date de survenance de l'un des événements suivants :
 - changement de domicile ;
 - changement de situation matrimoniale ;
 - changement de régime matrimonial ;
 - changement de profession ;
 - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité.

Il ne peut être mis fin à l'adhésion que si le risque est en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

La demande doit être formulée par écrit et justifiée, puis adressée à VITTAVI par courrier recommandé dans les trois (3) mois suivant la survenance de l'événement.

La date d'effet de la résiliation exceptionnelle sera effective au 1^{er} jour du mois suivant la réception de l'ensemble des justificatifs demandés par VITTAVI et la restitution de ses cartes de tiers payant. Aucun remboursement de cotisation, rétroactif à la date d'acceptation de la résiliation ne pourra être effectué.

Article 9.2 – Cas des garanties de produits d'assurance

Les garanties de produits d'assurance dont la date de fin de droits est obligatoirement le 30 septembre qui suit ne peuvent faire l'objet d'une résiliation en cours de période d'ouverture des droits.

Les résiliations exceptionnelles des garanties complémentaires santé acceptées pour les cas précisés dans l'article 9.1 du Règlement mutualiste, entraînent de plein droit la cessation des garanties de produits d'assurance en inclusion, dès que l'assuré perd la qualité de membre participant de la Mutuelle VITTAVI.

Article 9.3 – Modalités de remboursement des cotisations

- Pour les garanties complémentaire santé, la Mutuelle rembourse le montant de la cotisation au prorata de la période d'ouverture des droits restants.
- Pour les garanties complémentaires santé couplées à un produit assurantiel, la Mutuelle rembourse le montant de la cotisation au prorata de la période d'ouverture des droits restants.

Article 10 – Faculté de résiliation à l'initiative de la Mutuelle

Article 10.1 – Faculté de résiliation

La 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 17 du présent Règlement et de l'article L. 221-17 du code de la Mutualité visé par l'article 9.1 du présent Règlement.

Article 10.2 – Exclusion des membres participants

Peuvent être exclus les membres participants qui ont fait intentionnellement des fausses déclarations ou ont omis de communiquer des informations, selon les modalités prévues par les articles L.221-14 et L.221-15 du code de la Mutualité. Peuvent être exclus les membres qui portent atteinte aux intérêts de la Mutuelle et dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué, par lettre recommandée avec accusé de réception, devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration lors de la réunion où il était convoqué la seconde fois.

La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté dans les cas visés à l'article L.221-17 du code de la Mutualité.

SECTION 4 – PRESCRIPTION & SUBROGATION

Article 11 – Prescription

Toute action dérivant des opérations régies par le présent Règlement est prescrite par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci visées aux articles 2240 et suivants du code civil :
 - reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
 - demande en justice, même en référé, ou porté devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
 - mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution,
 - acte d'exécution forcée.
- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis 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 ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 12 – Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée à concurrence du montant des prestations qu'elle a versées dans les droits et actions des membres participants, et de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Cette disposition est applicable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'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, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique ou d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

En cas d'accident susceptible d'entraîner la mise en jeu des dispositions précédentes, le membre participant s'engage à informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de la survenance de cet accident. Le membre participant s'engage également à communiquer à la Mutuelle tous les documents et informations dont elle pourrait avoir besoin pour exercer son recours.

D'autre part, la Mutuelle est subrogée pour la récupération, auprès des organismes obligatoires, des parts légales avancées par elle pour le compte de ses membres participants et de leurs ayants droit par la pratique du tiers payant.

TITRE II COTISATIONS

Article 13 – Fixation et évolution des cotisations

Pour le "Groupe Étudiant", les cotisations sont fixées pour l'année universitaire soit du 1^{er} octobre au 30 septembre de l'année qui suit.

Les cotisations sont fixées par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'Administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de l'Assemblée Générale conformément aux articles L. 114-9 et L. 114-11 du code de la Mutualité.

Les cotisations peuvent être modifiées à tout moment par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'Administration quand il a reçu délégation à cet effet.

Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

SECTION 1 – CALCUL DES COTISATIONS

Article 14 – Principes généraux

Article 14.1 – Mode de calcul

Les cotisations sont déterminées en fonction d'une cotisation forfaitaire exprimée en euros et indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Leur montant peut être modulé conformément aux dispositions prévues à l'article L. 112-1 du code de la Mutualité.

Ainsi, elles sont notamment fonction de l'âge ainsi que de la durée d'appartenance à la mutuelle. **Elles peuvent être individuelles (membre participant seul) ou familiales (membre participant + ayants droit)**, selon les options retenues lors de l'adhésion.

Elles sont affectées à la couverture des prestations et des allocations spécifiques assurées directement par la Mutuelle.

Elles intègrent par ailleurs les frais de gestion et d'acquisition ainsi que toutes les taxes et/ou contributions réglementaires dès lors qu'elles entrent en application. Elles comprennent notamment :

- le prélèvement lié à la couverture maladie universelle (CMU),
- les taxes sur les conventions d'assurance,
- les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques dont le montant ou les modalités de paiement sont fixés par les statuts et Règlements de ces organismes.

Article 14.2 – Cotisations en inclusion

Selon les garanties du Règlement mutualiste, les cotisations comprennent des sommes affectées à d'autres produits d'assurance souscrits ou distribués dans l'intérêt des étudiants.

Ces garanties sont les suivantes :

- Individuelle accident
- Responsabilité Civile
- Responsabilité Civile Médicale
- Protection Juridique Professionnelle Médicale
- Décès consécutif à un accident
- Capital invalidité en cas d'accident de sport
- Rente Éducation
- Assistance Rapatriement

Article 14.3 – Cas particulier des bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

Les bénéficiaires de la garantie auxquels il est octroyé une prise en charge de leurs cotisations au titre de l'aide à la complémentaire santé (ACS), conformément à l'article L. 863-1 du code de la Sécurité sociale, devront fournir à la Mutuelle le justificatif de leur caisse d'assurance maladie.

Durée de la déduction :

Le droit à déduction est ouvert pour un an à compter du premier (1^{er}) jour du mois de l'adhésion à la Mutuelle. En cas de suspension par la Mutuelle du versement des prestations prévues au Règlement, notamment en cas de non-paiement de la cotisation à l'échéance par le souscripteur, l'ACS est suspendue. Si l'adhésion prend fin au cours de la période d'un (1) an, il est mis fin au droit à déduction.

Lorsque le bénéficiaire du droit à déduction cesse de résider en France, le bénéficiaire a l'obligation d'en informer la Mutuelle immédiatement et le bénéfice de la déduction de l'ACS est interrompue.

La fin du droit à déduction n'entraîne pas la résiliation de la complémentaire santé.

SECTION 2 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 15 – Règlement des cotisations

Article 15.1 – Mode de paiement

Le paiement de la cotisation est annuel en fonction de l'année universitaire du 1^{er} octobre au 30 septembre de l'année suivante. Il intervient selon des modalités définies au bulletin d'adhésion.

Le membre participant choisit son mode de paiement à l'adhésion. Il peut en changer sur demande écrite de sa part auprès de la Mutuelle. La modification interviendra au plus tôt le premier (1^{er}) du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

Le paiement de la cotisation peut être fractionné. Le fractionnement au semestre, au trimestre ou au mois 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 fractionnement au mois ou au trimestre n'est autorisé que pour les paiements par prélèvements automatiques sur un compte bancaire ou postal ouvert dans un établissement financier français. Le membre participant devra transmettre à la Mutuelle un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne. Les dates de prélèvement sont préalablement portées à la connaissance du membre participant. La première fraction devra être payée le jour de l'adhésion. Les autres fractions sont prélevées directement sur le compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne du membre participant.

- Le membre participant, ayant opté pour un mode de paiement autre que le prélèvement automatique (chèque, carte bleue, mandat cash) doit :

- pour le paiement ANNUEL, effectuer son versement avant le 1^{er} octobre;
- pour le paiement SEMESTRIEL, effectuer son premier versement avant le 1^{er} octobre et le deuxième versement avant le 1^{er} avril de la même année universitaire.

- Le membre participant ayant opté pour un mode de paiement par mandat cash ou mandat compte doit se rendre dans le bureau de Poste de son choix. Le paiement en espèces n'est autorisé que sous la forme de mandat cash ou mandat compte.

Cas spécifiques :

Pour la garantie Assurance Étudiant Vittavi, en souscription seule, et pour la garantie Pack Services Vittavi, le paiement de la cotisation annuelle ne peut être fractionné.

Article 15.2 – Incident de paiement

Cas du prélèvement automatique :

- En cas de premier rejet d'un prélèvement pour motif "demande de prorogation" ou "compte insuffisamment provisionné", un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix (10) jours. Si la régularisation n'est pas intervenue dans les dix (10) jours, le prélèvement rejeté est représenté le mois qui suit.

En cas de second rejet de prélèvement pour ces mêmes motifs, l'octroi de ce mode de paiement est supprimé. Le paiement de la cotisation due devra être obligatoirement effectué par chèque avec périodicité trimestrielle.

- En cas de premier rejet de prélèvement pour tout autre motif, l'octroi de ce mode de paiement est supprimé et il sera imputé au membre participant des frais techniques de gestion inhérents au retraitement des dossiers de rejets. Le paiement de la cotisation due devra être obligatoirement effectué par chèque avec périodicité semestrielle.

Le membre participant est informé qu'il s'expose à l'application des dispositions de l'article D.133-6 du Code monétaire et financier stipulant que les « frais perçus par le prestataire de services de paiement du payeur au titre d'un incident ne peuvent excéder le montant de l'ordre de paiement rejeté dans la limite d'un plafond de 20 € ».

Dans tous les cas d'incidents de paiement répétés, la Mutuelle applique une procédure de recouvrement telle que définie à l'article 17 du présent Règlement.

Cas du paiement par chèque :

En cas de premier rejet de chèque, un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix (10) jours. Si la régularisation n'est pas intervenue dans les dix (10) jours, la Mutuelle applique une procédure de recouvrement telle que définie à l'article 17 du présent Règlement.

Article 16 - Proratisation – Gratuité

En application de l'article 3 du présent Règlement, la qualité d'ayant droit n'induit pas sauf dérogation, la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la Mutuelle.

S'entend par dérogation au principe de paiement d'une cotisation :

- la proratisation en fonction de la date de naissance pour les enfants ayants droit des membres participants nés dans le courant de la période d'ouverture des droits ;
- la gratuité pour les enfants ayants droit des membres participants, à partir du 3^{ème} enfant ayant droit du membre participant.

Article 17 – Défaut de paiement

Conformément à l'article L.221-7 du code de la Mutualité, à défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour VITTAVI de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, les garanties seront suspendues trente (30) jours après la mise en demeure par lettre recommandée du membre participant le conviant à régulariser sa situation. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Dans l'hypothèse où le membre participant n'a pas régularisé sa situation dans le délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. La complémentaire santé suspendue reprend ses effets, dans son intégralité, à midi, le lendemain du jour où sont payées à VITTAVI la cotisation ou fraction de celle-ci ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension.

Si à l'échéance de la période de quarante (40) jours, le défaut de paiement n'est pas régularisé, l'adhésion du membre participant est automatiquement résiliée, sans pour autant que la créance constatée soit supprimée.

TITRE III OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES MEMBRES PARTICIPANTS

CHAPITRE I – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

SECTION 1 – DÉFINITIONS

Article 18 – Définition des garanties

Les garanties frais de santé ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie quel que soit le régime de rattachement.

Il peut également s'agir de prestations :

- En espèces ou des prestations supplémentaires à celles versées par le régime obligatoire. Ces prestations sont précisées dans les tableaux des garanties joints au présent Règlement.
- Liées à des actes de prévention et/ou des prestations en complément de garanties souscrites auprès d'un autre organisme que la Mutuelle. Ces prestations sont précisées dans les tableaux des garanties joints au présent Règlement.
- En inclusion aux garanties dont le montant forfaitaire est défini au bulletin d'adhésion du membre honoraire ou du membre participant. Ces prestations sont précisées dans les tableaux des garanties joints au présent Règlement.

La prise en charge des prestations s'effectue sous réserve que les droits soient ouverts à la date des prestations (article 4.2 du présent Règlement).

Article 19 – Le fonds de solidarité mutualiste

Le fonds de solidarité mutualiste est ouvert à tous les membres participants de VITTAVI.

Le fonds de solidarité mutualiste octroie des secours exceptionnels, pris sur une somme déterminée annuellement par l'Assemblée Générale, après examen du dossier par le Conseil d'Administration, le Président du Conseil d'Administration ou ses délégataires.

Ces secours exceptionnels peuvent être accordés aux membres participants et à leurs ayants droit, pour des besoins urgents, notamment en cas de maladie, blessure, accident ou décès, à condition qu'une demande ait été formulée par l'intéressé ou ses ayants droit.

SECTION 2 - PRESTATIONS

Article 20 – Liquidation des prestations

Les prestations sont calculées sur la base de remboursement établie en fonction de la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoire en vigueur ou sur des montants forfaitaires, tels qu'indiqués dans les tableaux de garanties joints au présent Règlement, déduction faite du remboursement des régimes obligatoires et exclusivement pour les soins pris en charge par ceux-ci.

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits doivent être ouverts, conformément aux dispositions de l'article 4 du présent Règlement.

Les prestations sont payées si la date des soins se situe pendant la période d'ouverture des droits sous réserve du paiement des cotisations appelées.

En cas de radiation, les droits aux prestations sont clos à compter de la date d'effet de la radiation.

Si les remboursements ou les tarifs de responsabilité du régime obligatoire sont modifiés en cours d'année, la Mutuelle se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification.

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés. Tout dépassement de tarif devra être justifié.

Sauf exclusions générales ou particulières propres à chaque risque, la Mutuelle complète les remboursements des régimes sociaux obligatoires selon le détail figurant dans les tableaux de garantie joints au présent Règlement.

La Mutuelle peut intervenir sur des prestations non prises en charge par les régimes obligatoires. Dans ce cas, elle prend en charge tout ou partie de la dépense tel que décrit dans les tableaux des garanties joints au présent Règlement.

Article 20.1 – Étendue territoriale

Le membre participant peut se faire soigner en France, comme dans tout autre pays du monde. Il sera remboursé sur présentation de justificatifs et sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou de la Caisse des Français à l'Étranger.

Dans tous les cas, les prestations sont payables en France et en euros.

Pour ce faire, le membre participant adresse à la Sécurité sociale les pièces nécessaires au remboursement de telle sorte que la Mutuelle puisse intervenir sur la base de la nomenclature des actes médicaux permettant à la Mutuelle d'effectuer, le cas échéant, le remboursement des prestations complémentaires.

Article 20.2 – Liquidation au profit du bénéficiaire

Le membre participant perçoit le remboursement des dépenses qu'il a engagées par virement sur son compte bancaire, postal (compte domicilié en France) :

- Soit lorsqu'il a transmis son dossier en agence ou envoyé son dossier par courrier et sur présentation des pièces justificatives originales suivantes :
 - les décomptes originaux délivrés par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
 - les originaux des factures acquittées, établies par l'établissement hospitalier, par l'établissement thermal, par les praticiens.
- Soit lorsque son dossier est envoyé par flux électronique, en relation directe avec les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire (sauf renonciation du membre participant ou de ses ayants droit).

Dans tous les cas, des justificatifs originaux pourront être exigés :

- pour les frais de santé particuliers, comme l'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les frais d'optique, les cures thermales, la maternité ;
- pour les actes refusés, mais codifiés par le régime obligatoire ;
- pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire.

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé.

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Article 20.3 – Cas spécifiques

Certaines garanties "frais de santé" disposent de règles de liquidation particulières :

Elles concernent :

- Le bénéficiaire de la garantie dont les prestations incluent des actes de prévention, qui doit pour la liquidation des prestations concernées, spécifier le nom de cette garantie au moment de la demande de remboursement.
- Le bénéficiaire d'une garantie "frais de santé" intervenant en complément de garanties souscrites auprès d'un autre organisme que la Mutuelle, qui doit pour être remboursé, présenter la prescription médicale et le décompte émis par l'organisme complémentaire qui l'assure en premier lieu. Le décompte doit faire apparaître le montant payé, le montant pris en charge et payé par le régime obligatoire de Sécurité sociale. Si la prestation n'a pas fait l'objet d'une prise en charge par l'organisme complémentaire qui l'assure en premier lieu, le bénéficiaire doit fournir l'original de la prescription médicale et de la facture, une copie de sa carte Mutuelle. Le remboursement de la Mutuelle interviendra sur le montant restant à charge de l'adhérent dans la limite des frais engagés correspondant aux prestations et forfaits de la garantie.

Article 20.4 – Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

Dans ce cas, le montant dû est directement payé aux établissements hospitaliers ou aux professionnels de santé. La Mutuelle assure ainsi directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le membre participant ou, le cas échéant, par ses ayants droit.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leurs cartes pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ouverts. La Mutuelle peut, le cas échéant, ne pas délivrer la carte de tiers payant si les cotisations ne sont pas à jour.

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire ou auprès de la Mutuelle, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte. En cas de non remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

Article 21 – Modalités de remboursement des prestations

Les prestations dues au titre de la garantie santé sont versées soit au bénéficiaire s'il a fait l'avance des frais, soit au professionnel de santé ou à l'établissement de soins si le bénéficiaire a été dispensé de l'avance des frais.

L'adhérent qui percevrait de la part de la Mutuelle une somme indue, s'engage à la reverser à la Mutuelle dans les délais les plus brefs.

Le professionnel de santé qui percevrait de la part de la Mutuelle une somme indue, s'engage à la reverser à la Mutuelle dans les délais les plus brefs.

Article 22 – Limite des remboursements des prestations

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit, après les

remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date d'adhésion. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la 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 la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Le bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle est tenu d'en faire la déclaration auprès de la Mutuelle dans les huit (8) jours du reçu de cette somme. En outre, le bénéficiaire sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le bénéficiaire est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, la Mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par la police dans la limite de ses bases de remboursement et des clauses de ses statuts.

Le membre participant s'engage à signaler dans le bulletin d'adhésion s'il est déjà garanti par un autre organisme complémentaire intervenant avant la Mutuelle pour que cette dernière soit ainsi en mesure de l'informer et de respecter son obligation de conseil. En cas de perception de prestations d'un autre organisme par le membre participant, la Mutuelle intervient alors en complément du régime obligatoire et de celui du premier organisme complémentaire. La Mutuelle ne peut indemniser des frais déjà remboursés par le premier organisme. Si tel était le cas, le bénéficiaire serait dans l'obligation de reverser à la Mutuelle le montant des prestations indûment versées.

Article 23 – Évolution de l'assurance maladie

En cas de modification des bases de remboursement ou des taux de remboursement de la Sécurité sociale entraînant une augmentation du montant du ticket modérateur ainsi qu'en cas de changement de nomenclature des actes et produits médicaux, la Mutuelle peut décider de la modification, de la création ou de la suppression d'une prestation ainsi que l'adaptation du montant ou du taux de cotisation.

CHAPITRE II – PRÉVOYANCE EXAMENS

Article 24 – Définition

La garantie "Prévoyance Examens" s'exprime sous la forme du versement d'une indemnité.

Lorsque le membre participant est dans l'impossibilité de passer ses examens, VITAVI lui verse, sur présentation de justificatifs et à condition de déclarer l'événement dans les cinq (5) jours qui suivent ce dernier, une indemnité d'un montant maximum de six-mille (6 000) euros. Cette indemnité correspond au remboursement des frais de scolarité et d'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur pour redoubler l'année concernée par la non-présentation aux examens (enseignement identique).

Un examen correspond à une épreuve ou série d'épreuves, portant sur un ensemble d'enseignements, que l'on fait subir à un candidat dans le but d'évaluer ou de contrôler ses capacités et ses connaissances en vue de la sanction des études. Le succès à ses examens permet à un étudiant d'obtenir un diplôme ou d'accéder à un niveau d'enseignement supérieur. Un concours d'entrée dans une école ou visant à un recrutement ne peut être assimilé à un examen.

Le membre participant est considéré comme étant dans l'impossibilité de passer ses examens en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- décès accidentel, dans les quinze (15) jours qui précèdent la dernière session de l'examen, d'un des deux parents, d'un frère ou d'une sœur, du conjoint ou concubin ou personne liée au membre participant par un PACS, ou des enfants (tel que défini dans l'article 3.1) ;
- hospitalisation de plus de trois (3) jours du membre participant pendant la dernière session des examens rendant impossible la présence de l'étudiant à l'examen ;

- accident survenant au membre participant le jour ou la veille de la dernière session de l'examen, entraînant une hospitalisation d'au moins vingt-quatre (24) heures.

Article 25 – Exclusions

La garantie ne couvre pas :

- les suites et conséquences d'accident, d'infirmité ou de maladies antérieures à la date d'effet de l'adhésion,
- l'aliénation mentale, une attaque de paralysie, d'apoplexie, d'épilepsie, la psychose, névrose, maladie de parkinson, syndrome cérébelleux, les atteintes dégénératives, ruptures d'anévrismes, ulcères, congestions, insulations et, d'une façon générale, toute affection organique dont le processus de développement a provoqué seul les dommages,
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide ainsi que toute lésion provoquée intentionnellement par le membre participant,
- l'usage, par le membre participant, de stupéfiants ou de drogues non prescrits par une autorité médicale compétente,
- les accidents résultant d'un état d'ivresse du membre participant lorsque le taux est supérieur au taux prévu par la législation en vigueur au moment de l'accident, ainsi que les accidents résultant de l'usage de stupéfiants,
- l'utilisation ou la manipulation, par le membre participant, d'un engin de guerre dont la détention est interdite,
- la navigation aérienne en qualité de personnel navigant, l'usage d'un aéronef privé, les vols d'essais ou de prototypes,
- les sports aériens, les sports pratiqués à titre professionnel, le saut à l'élastique, l'ascension en montagne et l'alpinisme sans guide professionnel, le saut à ski, le skéléton, le bobsleigh, la luge sur piste, le hockey sur glace, la pratique du yachting à plus de cinq miles des côtes, la plongée sous-marine avec appareil autonome, la spéléologie, le polo, les exhibitions acrobatiques, les sports pratiqués avec un véhicule à moteur, le combat avec ou sans arme, les épreuves de neige ou de glace donnant lieu à un classement international, national ou régional,
- la guerre civile et étrangère, déclarée ou non, les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage auxquels le membre participant aurait participé,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation du noyau de l'atome ou de la radioactivité ainsi que des radiations par accélération artificielle de l'atome ou de la radioactivité ainsi que des radiations par accélération artificielle de particules, sauf quand ces événements se sont déroulés lors des activités d'enseignements ou dans le cadre de stages ayant fait l'objet d'une convention entre l'établissement et l'organisme d'accueil et que ces stages font partie intégrante du cursus d'enseignement,
- les rayons X, le radium et ses composants, sauf si les dommages résultent, pour le membre participant, au cours d'un stage, d'une fausse manipulation des instruments,
- la participation du membre participant à une rixe, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- les attentats et émeutes sont exclus si le membre participant y prend une part active.

CHAPITRE III - GARANTIES MIXTES FRAIS DE SANTÉ - PRODUITS D'ASSURANCE

SECTION 1 – ASSURANCE ÉTUDIANT VITTA VI

Article 26 – Définition

L'Assurance Étudiant Vittavi est destinée à couvrir le membre participant contre tout risque pouvant lui arriver ou qu'il pourrait occasionner à un tiers.

Article 27 – Composition de la garantie

L'Assurance Étudiant Vittavi est composée des produits suivants :

- une individuelle accident (invalidité permanente) : co-assurée par Vittavi et Ace European Group Limited,
- une responsabilité civile / responsabilité civile médicale : risque porté par AXA France IARD,
- une assurance décès consécutif à un accident : risque porté par Ace European Group Limited,
- une prévoyance examens : risque porté par Vittavi,
- un Pass'Sport (capital invalidité en cas d'accident de sport) : risque porté par la Mutuelle des Sportifs,
- une rente éducation : risque porté par Ace European Group Limited,
- une assistance rapatriement : risque porté par Ressources Mutuelles Assistance,
- une protection juridique professionnelle médicale : risque porté par AXA France IARD.

Les conditions générales ou notices d'information régissant les produits d'assurance portés par des organismes autres que la Mutuelle VITTA VI sont jointes au présent Règlement.

SECTION 2 – PACK SERVICES VITTA VI

Article 28 – Définition

Le Pack Services Vittavi est destiné à compléter la couverture complémentaire santé, souscrite auprès d'un organisme autre que VITTA VI afin d'offrir à l'étudiant des prestations spécifiques à ses activités.

Article 29 – Composition de la garantie

Le Pack Services Vittavi est composé des produits suivants :

- des forfaits prévention : risques portés par Vittavi,
- une individuelle accident (invalidité permanente) : co-assurée par Vittavi et Ace European Group Limited,
- une responsabilité civile / responsabilité civile médicale : risque porté par AXA France IARD,
- une assurance décès consécutif à un accident : risque porté par Ace European Group Limited,
- une prévoyance examens : risque porté par Vittavi,
- un Pass'Sport (capital invalidité en cas d'accident de sport) : risque porté par la Mutuelle des Sportifs,
- une rente éducation : risque porté par Ace European Group Limited,
- une protection juridique professionnelle médicale : risque porté par AXA France IARD,
- une assistance rapatriement : risque porté par Ressources Mutuelles Assistance.

Les conditions générales ou notices d'information régissant les produits d'assurance portés par des organismes autres que la Mutuelle VITTA VI sont jointes au présent Règlement.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

Article 30 – Contrôle

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent Règlement.

En tout état de cause, le membre participant dispose de la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son propre médecin traitant. Les honoraires du médecin de son choix ou de son médecin traitant seront à la charge du membre participant.

S'agissant de la délivrance des prestations, la Mutuelle se réserve le droit de faire procéder, à tout moment aux contrôles, qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. En tout état de cause, le membre participant dispose de la faculté de se faire assister par le médecin de son choix dont les honoraires seront à sa charge.

En cas de contestation sur les décisions de refus de versements liés à ces contrôles, les litiges peuvent, sans préjudice de l'exercice du recours aux voies judiciaires de droit commun, être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par le membre participant, le médecin-conseil de la Mutuelle ou tout autre médecin désigné par elle, et un médecin expert choisi en accord avec les deux premiers.

Dans le cas où un accord ne pourrait intervenir sur sa désignation, ce troisième médecin serait désigné, à la demande de la Mutuelle, par le Président du conseil départemental de l'ordre des médecins. Dans tous les cas de figure, ses honoraires seront à la charge de la partie dont les arguments auront été reconnus comme infondés.

Article 31 – Forclusion - Remboursements exclus

Article 31.1 – Forclusion

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de deux (2) ans à compter :

- du remboursement de la Sécurité sociale,
- de la date des soins.

Article 31.2 – Remboursements exclus

Concernant les garanties frais de santé, conformément aux règles des « contrats responsables » fixées à l'article L.871- 1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par la Mutuelle les dépenses suivantes :

- La participation forfaitaire mentionnée à l'article L.322-2 II du code de la Sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,
- Les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 III du code de la Sécurité sociale,
- La majoration du ticket Modérateur prévue par 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 médicale du médecin traitant (exclusion totale ou partielle),
- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par les spécialistes hors parcours de soins coordonné et hors protocole de soins (exclusion totale ou partielle).

En outre, à moins qu'ils ne soient pris en charge par le régime obligatoire du membre participant, ne sont pas garantis les remboursements d'actes, soins, hospitalisations, traitements, opérations ou autres découlant d'un événement caractérisant un cas de force majeure. Constitue un cas de force majeure tout événement imprévisible et irrésistible, notamment : les faits de guerre civile ou étrangère, d'attentats, d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme, d'interventions dans le cadre d'opérations internationales ; les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux de l'atome ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

En outre, à moins qu'ils ne soient pris en charge par le régime obligatoire du membre participant, ne sont pas garantis :

- les actes non pris en charge par les régimes obligatoires, à l'exception des prestations explicitement prévues dans la garantie choisie,
- la chirurgie (par interventions esthétiques, il faut comprendre celles qui restaurent la morphologie sans rétablir la fonction),
- les transports liés aux cures thermales,
- les frais afférents aux cures de rajeunissement et d'amaigrissement,
- les actes commis volontairement par le membre participant ou ses ayants droit sauf cas de légitime défense : mutilation, participation effective à une émeute ou à un soulèvement populaire, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe,
- les accidents résultant d'un état d'ivresse reconnu ou d'un abus de stupéfiants,

Les exclusions ne sauraient faire obstacle au dispositif prévu pour que le Règlement soit responsable.

Article 32 – Fausses déclarations

Article 32.1 – Fausses déclarations intentionnelles

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant 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.

Article 32.2 – Fausses déclarations non intentionnelles

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. À défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après la notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport aux taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 33 – Usage frauduleux des tableaux de garanties

La Mutuelle intervient en complément des remboursements des régimes obligatoires et dans tous les cas dans les limites de remboursements des tableaux de garanties "frais de santé", indemnités journalières et décès existants.

Les remboursements se font sur la base des codifications d'actes prévus par les régimes obligatoires, définis par les statuts et Règlements des garanties de la Mutuelle, dans la stricte application des textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Toute utilisation frauduleuse des tableaux de garanties à l'initiative d'un professionnel de santé et/ou d'un membre participant et/ou d'un ayant droit peut entraîner un recours en justice et l'application de l'article 34 du présent Règlement des garanties.

Il est entendu par "utilisation frauduleuse" les comportements principaux suivants :

- non-respect de la nomenclature des régimes obligatoires ;
- non-respect des tarifs pratiqués habituellement par le professionnel de santé (ex. : tarification réalisée en fonction du tableau de garantie et non de l'acte en lui-même) ;
- utilisation des tableaux de garanties pour maximiser les conditions de prises en charge ;
- transmission et déclaration d'une facturation différente au régime obligatoire et à la Mutuelle ;
- non-respect de la prescription médicale (ex. : remboursement de lunettes solaires à la place de verres optiques).

Cette liste n'étant pas exhaustive, d'autres cas peuvent, le cas échéant, être concernés par le caractère frauduleux de l'usage des tableaux de garanties.

Article 34 – Loi applicable

La loi applicable aux présentes dispositions sera déterminée conformément à l'article L.225-2 du code de la Mutualité.

Article 35 – Désignation de l'organisme de contrôle

VITTAI, en raison de sa vocation statutaire, relève de la tutelle du Ministère de l'emploi et de la solidarité.

Conformément au code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9.

Article 36 – Contacts adhérents

Pour tout renseignement, le membre participant peut s'adresser :

→ **En agence** (voir liste complète sur www.vittavi.fr)

→ **Par téléphone** : 05 62 16 75 90 (métropole)
ou 0262 47 78 76 (Île de La Réunion)

→ **Par courrier** :

Métropole : Vittavi - Parc d'Activités de la Grande Plaine
2 impasse Henri Pitot - CS55876
31506 Toulouse cedex 5

Île de La Réunion : Vittavi - Bâtiment B - 16 bis rue Jean Chatel
97400 Saint-Denis

→ **Par e-mail** : via e-Vittavi, l'e-agence accessible sur www.vittavi.fr

→ **Par internet** : www.vittavi.fr

→ **Via les réseaux sociaux** : Facebook, Twitter

Article 37 – Réclamation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du Règlement mutualiste, le membre participant peut s'adresser aux points d'accueil de la Mutuelle (agences et centre d'appel), par tout canal de communication à sa disposition (courrier, fax, mail, téléphone).

Le membre participant peut également s'adresser au Service Consommateurs au siège social de la Mutuelle garante (Eovi Mcd mutuelle) au 173 rue de Bercy, 75012 Paris. Le dossier de réclamation doit comporter les éléments jugés indispensables à l'examen de la prétention dont la liste peut être transmise sur simple demande effectuée auprès du Service Consommateurs de la Mutuelle garante (Eovi Mcd mutuelle). De même, tout document supplémentaire nécessaire à l'étude du dossier par le Service Consommateurs devra être transmis par le membre participant au Service Consommateurs. Si nécessaire Eovi Mcd mutuelle transmet les demandes à la Mutuelle VITTA VI.

Article 38 – Informatique et Libertés

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, relative à l'informatique et aux libertés, le membre participant peut demander à tout moment communication et rectification des informations le concernant figurant sur les fichiers à l'usage de la Mutuelle, en s'adressant au siège de la Mutuelle garante Eovi Mcd mutuelle à l'adresse de son siège social sis, 173 rue de Bercy, 75012 Paris. Si nécessaire, la demande est transmise par Eovi Mcd mutuelle à la Mutuelle VITTA VI.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle cédante (VITTA VI) et la Mutuelle garante (Eovi Mcd mutuelle) ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle. Pour la réalisation de l'objet défini à l'article 1, la Mutuelle peut mettre en œuvre un traitement de données personnelles permettant d'identifier, directement ou par recoupement, ses adhérents actuels ou potentiels. Ce traitement aura lieu uniquement sur le territoire français.

Ce traitement a été préalablement déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et répond aux caractéristiques ci-dessous :

- Les données collectées seront uniquement utilisées pour la prospection des adhérents potentiels, la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des primes ou cotisations, leur répartition éventuelle entre les co-assureurs, le commissionnement des intermédiaires...), le suivi des prestations de la Mutuelle (notamment la détermination et le paiement des indemnités et prestations et s'il y a lieu pour l'apériteur, leur collecte auprès des co-assureurs, l'exécution des dispositions prévues au contrat et l'exercice des recours...) ou à des fins statistiques.
- L'accès à ces données personnelles est réservé aux services de la Mutuelle qui sont en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, ainsi qu'aux adhérents ou bénéficiaires des prestations, organismes de Sécurité sociale, organismes administratifs et judiciaires définis par la loi, et organes de contrôle de la Mutuelle.
- Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat, ce contrat devant comporter l'engagement du sous-traitant d'assurer la sécurité des données et de ne les traiter que conformément aux instructions de la Mutuelle.

d) La Mutuelle informera les adhérents lors de chaque collecte, du caractère obligatoire ou facultatif des informations demandées.

Il est rappelé que l'adhérent, de même que toute personne concernée par les données, peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au siège de la Mutuelle. Le délai de réponse de la Mutuelle est fixé à deux mois, conformément à l'article 94 du décret du 20 octobre 2005. Toute personne peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.

Article 39 – Droit de rétractation en cas de démarchage

En cas d'adhésion par démarchage téléphonique ou hors établissement, le membre participant dispose d'un délai de rétractation de quatorze (14) jours, à compter de la signature de son adhésion. Il doit en formuler la demande à VITTA VI par lettre recommandée.

Sur présentation de la preuve de son adhésion, après avoir retourné à VITTA VI sa carte d'adhérent et, selon les cas, son attestation d'assurance Responsabilité Civile (pour les adhérents dont le produit inclut cette assurance – cf. chapitre III), et à la condition impérative qu'aucune prestation n'ait été versée, le membre participant recevra par courrier le remboursement intégral de son versement. Ce remboursement interviendra dans un délai d'un mois à compter de la demande.

En cas d'impossibilité de retourner sa carte d'adhérent à VITTA VI, le membre participant s'engage à ne pas en faire usage. Dans le cas contraire, il s'expose à des poursuites judiciaires.

Article 40 – Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance

Dans l'hypothèse où l'adhésion entre le membre participant et la Mutuelle a été conclue à distance et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation propre aux opérations d'assurance à distance (téléphone, télécopie, courrier, Internet ...), dans les conditions prévues par l'article L. 221-18 du code de la Mutualité. Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité. Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle VITTA VI – CS 55876 - 31506 TOULOUSE Cedex 5 - France,

Modèle de lettre recommandée avec accusé de réception, indiquant :

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse complète du membre participant :

déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du code de la Mutualité de renoncer à mon adhésion au Règlement complémentaire santé n°
et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.

À le/...../.....

Signature du membre participant.

La Mutuelle rembourse au membre participant au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, toutes les sommes perçues en application du Règlement. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

LA SÉCURITÉ SOCIALE DES ÉTUDIANTS

Mutuelle étudiante de proximité membre du Réseau national emeVia

Vittavi, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, Siren n° 775 584 980 est intégralement substituée par Eovi Mcd mutuelle, Siren n° 317 442 176. Vittavi fait partie de l'union Eovi Mcd. VRMI_0496_01_0716.
Siège social : Parc d'activités de la Grande Plaine - 2 impasse Henri Pitot - CS 55876 - 31506 Toulouse cedex 5.

Sécurité Sociale Étudiante



Réseau *emeVia*