

STATUTS

ET

REGLEMENT MUTUALISTE

OPERATIONS INDIVIDUELLES

Partie I :

STATUTS

SOMMAIRE

TITRE I FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE	6
CHAPITRE 1 FORMATION ET OBJET DE LA MUTUALITE	6
Article 1 Dénomination	6
Article 2 Siège social	6
Article 3 Objet	6
Article 4 Règlement intérieur	6
Article 5 Règlement mutualiste	6
Article 6 Opérations collectives	7
Article 7 Respect de l'objet mutualiste	7
Article 7 bis Adhésion à une fédération	7
CHAPITRE 2 CONDITIONS D'ADHESION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION	7
Section I Conditions d'adhésion	7
Article 8 Droits d'adhésion	7
Article 9	7
9.1 Catégorie de membres	7
9.2 Champ de recrutement	7
Article 10 Adhésion individuelle	8
Article 11 Adhésion dans le cadre de contrats collectifs	8
Section II Démission, radiation, exclusion	8
Article 12 Démission	8
Article 13 Radiation	8
Article 14 Exclusion	9
Article 15 Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion	9
TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	9
CHAPITRE 1 ^{ER} ASSEMBLEE GENERALE	9
Section I Composition et élections	9
Article 16 Section de vote	9
Article 17 Composition de l'assemblée générale	9
Article 18 Election des délégués par section	9
Article 19 Vacance en cours de mandat d'un délégué de section	10
Article 20 Empêchement	10
Section II Réunion de l'assemblée générale	10
Article 21 Convocation	10
Article 22 Communication des documents pour l'assemblée générale	10
Article 23 Modalités de convocation de l'assemblée générale	10
Article 24 Ordre du jour	11
Article 25 Compétences de l'assemblée générale	11
Article 26 Feuille de présence, bureau de l'assemblée et procès verbaux	11
Article 27 Quorum et vote	12
Article 28 Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale	12
Article 29 Délégation de pouvoir de l'assemblée générale	12

CHAPITRE 2 CONSEIL D'ADMINISTRATION	12
Section I Composition et élections	12
Article 30 Composition	12
Article 31 Présentation des candidatures	12
Article 32 Conditions d'éligibilité	12
Article 33 Incompatibilités	13
Article 34 Modalités de l'élection et durée du mandat	13
Article 35 Renouvellement	13
Article 36 Vacance	13
Sections II Réunions	14
Article 37 Réunions	14
Article 38 Représentation des salariés au conseil d'administration	14
Article 39 Délibérations	14
Sections III Attributions du conseil d'administration	14
Article 40 Compétences du conseil d'administration	14
Article 41 Délégations d'attributions par le conseil d'administration	15
Article 42 Nomination de dirigeant(s) salarié(s)	15
Article 43 Délégations de pouvoir au(x) dirigeant(s) salarié(s)	15
Section IV Statut des administrateurs	16
Article 44 Indemnités et remboursements de vrais versés aux administrateurs	16
Article 45 Situation et comportements interdits	16
Article 46 Existence de conventions, obligation d'autorisation et conséquences	16
Article 47 Autres interdictions	17
Article 48 Responsabilités des administrateurs	17
Article 49 Obligations des administrateurs et des dirigeants salariés	17
CHAPITRE 3 PRESIDENT ET BUREAU	17
Section I Election, composition et réunions	17
Article 50 Election du Président	17
Article 51 Vacance du Président	18
Article 52 Missions du Président	18
Article 53 Election du bureau et vacances	18
Article 54 Composition du bureau	18
Article 55 Réunions	18
Article 56 Délibérations	18
Section II Attributions des membres du bureau	19
Article 57 Le(s) Vice(s)-président(s)	19
Article 58 Le secrétaire	19
Article 59 Le secrétaire adjoint	19
Article 60 Le trésorier	19
Article 61 Le trésorier adjoint	19

CHAPITRE 4 ORGANISATION FINANCIERE	19
Section I Recettes et dépenses	19
Article 62 Comptes annuels et exercice social	19
Article 63 Produits	20
Article 64 Charges	20
Article 65 Fonds social	20
Article 66 Vérifications préalables	20
Article 67 Apports et transferts financiers	20
Section II Modes de placement et de retrait des fonds et règles de sécurité financière	20
Article 68 Placement et retraits des fonds	20
Article 69 Règles prudentielles	20
Article 70 Système de garantie	20
Section III Commissaires aux comptes	21
Article 71 Commissaires aux comptes	21
Article 72 Fonds d'établissement et fonds de garantie	21
Titre III INFORMATION DES ADHERENTS	21
Article 73 Etendue de l'information	21
Titre IV DISPOSITIONS DIVERSES	22
Article 74 Dissolution volontaire et liquidation	22
Article 75 Redressement et liquidation judiciaire	22
Article 76 Fonds de développement et émission de titres	22
Article 77 Réassurance et coassurance	22
Article 78 Médiation	22
Article 79 Pouvoirs	22

TITRE 1^{er}

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er}

FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 - Dénomination

Il est constitué une mutuelle dénommée MUTUELLE INTERGROUPE D'ENTRAIDE dont le sigle est MIE.

La mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité et inscrite au registre national des mutuelles sous le numéro : 784 275 885

Article 2 - Siège social

Le siège social de la mutuelle est situé à l'adresse suivante :

21, rue de Choiseul 75109 PARIS Cedex 02

Article 3 - Objet

La mutuelle a pour objet de couvrir les risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie.

La mutuelle peut accepter ces mêmes risques et engagements en coassurance ou réassurance et accomplir toute opération de substitution ou être substituée dans la limite de son objet social. Elle peut céder tout ou partie de ces risques et engagement à un ou plusieurs organismes relevant du code de la mutualité, du code des assurances ou du code de la Sécurité sociale.

La mutuelle est agréée pour les branches d'activités suivantes :

- 1 N°1 - accidents
- 2 N°2 - maladie

La mutuelle peut intervenir en tant qu'intermédiaire dès lors que cette activité reste limitée, pour présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme assureur habilité.

Elle peut donc souscrire tout contrat ou convention auprès d'une mutuelle, Union, Institution de Prévoyance ou Compagnie d'Assurance afin d'assurer au profit de ses membres participants la couverture des risques complémentaires ou la constitution d'avantages mentionnés à l'article L 111-1 du code de la mutualité. La mutuelle pourra conclure des contrats collectifs dans le cadre de l'article L. 221-3 du code de la mutualité.

Elle peut également pour son développement ou le bénéfice de ses membres, avoir recours à des intermédiaires en assurance ou réassurance.

Elle peut, pour les contrats collectifs qu'elle assure, en déléguer de manière totale ou partielle, la gestion.

L'assemblée générale définit les principes que doivent respecter les délégations de gestion.

La mutuelle peut confier sa gestion à des organismes constitués à cette fin. Elle peut prendre en charge la gestion administrative, technique, informatique ou financière d'organismes régis le code de la mutualité, le livre IX ou code de la Sécurité sociale ou le Code des Assurances.

Elle peut décider de créer une autre mutuelle ou une union. Elle peut adhérer à une ou plusieurs unions ou fédérations. Elle peut créer, participer et adhérer à toute Union de Groupe Mutualiste ou tout groupement comprenant des organismes régis par le Code de la mutualité, le livre IX du code de la Sécurité sociale ou le Code des Assurances.

La mutuelle peut mettre en œuvre, à titre accessoire une action sociale dans le strict respect de l'article 111-1 III du code de la mutualité.

Article 4 - Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le conseil d'administration. Il a pour unique objet de déterminer les conditions d'application des présents statuts sans pouvoir en modifier l'application ou créer des conditions nouvelles. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlement mutualiste, le règlement intérieur leur étant transmis en même temps que les statuts.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement.

Article 5 - Règlement mutualiste

En application de l'article L. 114-1 du code de la mutualité, un ou des règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(nt) le contenu et la durée des engagements existants entre les membres participants ou honoraires et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

L'assemblée générale peut apporter aux règlements les modifications qu'elle estime nécessaires.

Toute modification du ou des règlements est décidée par l'assemblée générale de la mutuelle statuant aux conditions de quorum et de majorité prévues par la loi et sera portée à la connaissance des adhérents par la mutuelle.

Article 6 - Opérations collectives

Par dérogation à l'article 5, les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

Article 7 - Respect de l'objet mutualiste

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers à son objet et aux buts de la mutualité tels que les définit l'article L.111.1 du Code de la mutualité.

Article 7bis - Adhésion à une fédération

La mutuelle est adhérente à la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

CHAPITRE 2 CONDITIONS D'ADHESION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

Section I Conditions d'Adhésion

Article 8 - Droits d'adhésion

Un droit d'adhésion peut être versé par chacun des membres. Le principe de son versement et son montant sont déterminés par l'assemblée générale. Son montant est dédié au fonds d'établissement.

Article 9

9.1. Catégorie de membres

La mutuelle se compose des membres participants et de membres honoraires.

Les membres honoraires sont :

- soit des personnes physiques qui, versent des cotisations, des contributions ou font des dons à la mutuelle sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle ;
- - Soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif auprès d'elle.

Le conseil d'administration de la mutuelle accepte librement de donner ou non la qualité de membre honoraire.

Les membres participants sont des personnes physiques qui, en échange du paiement régulier de leurs cotisations, acquièrent ou font acquérir à leurs ayants droit vocation aux avantages assurés par la mutuelle. Sont également membres participants, les salariés ou les adhérents de la personne morale souscriptrice tels que définis à l'article L.221-2-III du code de la mutualité.

A 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.

L'adhésion à la mutuelle peut résulter d'un contrat de travail, d'une convention collective, d'un accord d'établissement ou être souscrite par tout groupement habilité à cette fin à représenter les intéressés. Ceux-ci sont membres participants à titre individuel de la mutuelle.

9.2. Champ de recrutement

Peuvent adhérer à la mutuelle :

- En qualité de membres participants :
 - Catégorie I « Groupes » : les adhérents d'un contrat collectif souscrit par une entreprise, une section d'entreprise, une association, fédération ou syndicat,
 - Catégorie II « Individuels » : les adhérents d'un contrat individuel ;

La mutuelle ne peut instituer, en faveur de ses membres participants, aucun avantage particulier qui ne serait pas justifié par le revenu, la durée d'appartenance à la mutuelle, le régime de Sécurité sociale d'affiliation, le lieu de résidence, le nombre d'ayant droits ou l'âge des membres participants.

La mutuelle ne saurait instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'en raison des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

Le bénéfice des prestations peut être, conformément au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif, étendu aux personnes suivantes :

- Le conjoint

Est assimilé au conjoint, d'une part le concubin de l'assuré dont le concubinage est établi notoirement, que ce dernier soit à la charge ou non de l'adhérent, et d'autre part, la personne liée à l'adhérent par un pacte civil de solidarité,

- Les enfants de l'adhérent ou de son conjoint. tel que défini ci-dessus,
- Les ascendants à charge au sens fiscal.

Article 10 - Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies aux articles 9 et 10 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le (ou les) règlement(s) mutualiste(s) et éventuellement des conditions particulières figurant sur le bulletin d'adhésion.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

Article 11 - Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I - Opérations collectives facultatives :

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

II - Opérations collectives obligatoires :

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la mutuelle et ce en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

Section II

Démission, radiation, exclusion

Article 12 - Démission

Le membre participant pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle au moins deux mois avant la fin de l'année civile.

Dans le cadre des contrats collectifs mis en place sur la base d'un accord, d'un référendum, d'une décision unilatérale, la démission doit être accompagnée d'une copie de la notification faite aux représentants du personnel de la modification apportée à la couverture des salariés.

La mutuelle peut, dans des conditions identiques, résilier le contrat collectif à l'exception des opérations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L112-1. La durée de l'engagement inscrite dans le contrat collectif est librement déterminée par la mutuelle et le souscripteur.

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'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 professionnelle.

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

En tout état de cause, le délai de dénonciation de l'adhésion ou de démission sera rappelé sur les appels de cotisations.

Article 13 - Radiation

Les radiations sont prononcées par le conseil d'administration.

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions d'admission prévues aux présents statuts.

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L.221-7, L.221-8 et L.221-17 du code de la mutualité, sous réserve des dispositions de l'article L 221-8 III.

Sont également radiés les membres participants qui n'ont pas payé leur cotisation et, le cas échéant, leur droit d'adhésion, 10 jours après le délai d'expiration du délai de trente jours après la mise en demeure du participant prévue à l'article L.221-7.

Il peut toutefois être sursis par le conseil à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation ou, le cas échéant, le droit d'adhésion.

Article 14 - Exclusion

Sous réserve des dispositions propres aux mutuelles du livre II du code de la mutualité, peuvent être exclus, par le conseil d'administration, les membres qui auraient porté volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle.

Les modalités en sont définies par la loi et les réglementations en vigueur.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué 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. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion est prononcée par le conseil d'administration.

Article 15 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées ni des droits d'adhésion, sous réserve des dispositions législatives et réglementaires à ce sujet et sauf stipulations contraires, ces cas de figure étant prévus aux règlements mutualistes.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies, notamment le versement des cotisations.

TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} ASSEMBLEE GENERALE

Section I Composition et élections

Article 16 - Section de vote

Tous les membres participants et honoraires sont répartis en sections de vote et élisent les délégués siégeant à l'assemblée générale.

Article 17 - Composition de l'assemblée générale

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote. Ces dernières sont constituées comme suit :

- Section A : catégorie I « Groupes » : de 1 à 100 membres participants et honoraires ;
- Section B : catégorie I « Groupes » : au-dessus de 100 membres participants et honoraires. Aucun groupe ne peut avoir la majorité à lui seul ;
- Section C : catégories II « Individuels ». Les membres participants et honoraires relevant de ces catégories sont regroupés en une seule section de vote.

Article 18 - Election des délégués par section

Les membres participants et honoraires de chaque section élisent ou désignent parmi eux le ou les délégués à l'assemblée générale de la mutuelle. Les délégués sont élus ou désignés pour trois ans.

Les élections ou la désignation des délégués ont lieu selon les modalités suivantes :

- Section A : L'élection est faite par correspondance, au scrutin uninominal majoritaire à un tour, à raison de : 1 délégué par 100 membres participants et honoraires, plafonné à 25 délégués pour l'ensemble de la section, après appel de candidatures auprès des entreprises, associations, fédérations, syndicats composant la section, réalisé selon les modalités définies au règlement intérieur.

Les candidats élus sont ceux ayant obtenu le plus grand nombre de voix dans la limite des sièges à pourvoir.

Les candidats non élus ayant obtenu le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par le nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

- Section B : Chaque entreprise, association, fédération, syndicat composant la section désigne ses délégués, selon les modalités de son choix, à raison de 1 délégué par 100 membres participants et honoraires + 1 délégué supplémentaire par tranche de 500, plafonné à 25 délégués par organisme.

Pour chaque délégué titulaire désigné, l'organisme désigne également un délégué suppléant.

- Section C : l'élection est faite par correspondance, au scrutin uninominal majoritaire à un tour, à raison de : 1 délégué par 100 membres participants et honoraires + 1 délégué supplémentaire par tranche de 500, plafonné à 25 délégués **pour l'ensemble de la section**, après appel à candidature réalisé auprès des membres participants et honoraires composant la section, selon les modalités définies au règlement intérieur.

Les candidats élus sont ceux ayant obtenus le plus de voix.

Les candidats non élus ayant obtenu le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par le nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

Quelle que soit la section, chaque délégué dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

Pour l'ensemble des délégués : la perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué ou de délégué suppléant.

L'effectif des membres participants et honoraires sera arrêté au 31 décembre de l'année (N-1), afin de déterminer le nombre de délégués qui seront ainsi convoqués à l'Assemblée Générale se déroulant au cours de l'année (N).

Article 19 - Vacance en cours de mandat d'un délégué de section

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour tout autre cause d'un délégué de section, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant venant à l'ordre de suppléance et ce, jusqu'au terme de son mandat.

En l'absence de délégué suppléant pour la section concernée, il est procédé, avant la prochaine assemblée générale, si elle n'est pas encore convoquée, selon la section concernée, à la désignation ou à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

Article 20 - Empêchement

Le délégué titulaire empêché d'assister à l'assemblée générale est remplacé dans ses fonctions par un délégué suppléant.

Section II Réunion de l'assemblée générale

Article 21 - Convocation

L'assemblée générale se réunit au moins 1 (une) fois par an sur convocation du Président du conseil d'administration.

A défaut, le président du tribunal de grande instance, statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil,
- le(s) commissaire(s) aux compte(s),
- l'Autorité de Contrôle Prudentiel, mentionnée à l'article L. 510-1 du code de la mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participants,
- un administrateur provisoire nommé par la commission de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 du code de la mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- le(s) liquidateur(s).

A défaut, le président du tribunal de grande instance, statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 22 - Communication des documents pour l'assemblée générale

La liste et les modalités de mise à disposition des documents dont les membres composant l'assemblée générale doivent disposer avant celle-ci sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

A défaut de communication des documents prévus à l'alinéa précédent, le président du tribunal de grande instance, statuant en référé, peut enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de les communiquer ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette communication et, le cas échéant, de reporter la date de l'assemblée générale.

Article 23 - Modalités de convocation de l'assemblée générale

La convocation de l'assemblée générale indique entre autre les jour, heure et lieu de la tenue de l'assemblée, son ordre du jour ainsi que les règles de quorum et de majorité applicables aux délibérations correspondantes. Sous réserve des questions diverses qui doivent ne présenter qu'une importance mineure, les questions inscrites à l'ordre du jour sont libellées de telle sorte que leur contenu et leur portée apparaissent clairement sans qu'il y ait lieu de se rapporter à d'autres documents. En tout état de cause, l'assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion sur première convocation, six jours au moins sur deuxième convocation. L'assemblée générale est réunie au siège social ou en tout autre lieu, situé sur le territoire métropolitain, indiqué dans la convocation.

Article 24 - Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois les délégués peuvent, s'ils représentent le quart des membres de l'assemblée, requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution.

L'assemblée ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour ; lequel ne peut être modifié sur deuxième convocation.

Toutefois, l'assemblée générale peut, en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend, en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la mutualité.

Article 25 - Compétences de l'assemblée générale

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration.

Elle statue sur :

- les modifications des statuts,
- les activités exercées,
- l'existence et le montant des droits d'adhésion,
- le montant du fonds d'établissement,
- les montants ou taux de cotisations, ainsi que les prestations offertes par le(s) règlement(s) mutualiste(s) défini(s) par l'article L. 114-5ème alinéa du code de la mutualité,
- Le contenu du ou des règlement(s) mutualiste(s),
- l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou d'une union,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance,
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L.114-45,
- tout emprunt ou titre émis pour la constitution du fonds de développement, du fonds de garantie et de la marge de solvabilité,
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire,
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L.114-34,
- le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les livres II et III du code auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39,
- les principes que doivent respecter les délégations de gestion,
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'assemblée générale décide également de :

- la nomination des commissaires aux comptes,
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- les délégations de pouvoir prévues aux présents statuts,
- les apports faits aux mutuelles créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité.

Article 26 - Feuille de présence, bureau de l'assemblée et procès verbaux

A chaque assemblée générale il est tenu une feuille de présence constatant les indications prescrites par la loi et règlements en vigueur.

Cette feuille de présence est émarginée par les délégués présents. Elle est certifiée exacte par le bureau de l'assemblée.

Les assemblées sont présidées par le président du conseil d'administration ou, en son absence, par un administrateur spécialement délégué à cet effet. En cas de convocation par une des personnes visées à l'article afférent aux convocations, l'assemblée est présidée par l'auteur de la convocation. A défaut, l'assemblée élit elle-même son président pris parmi les administrateurs de la mutuelle.

Le président désigne deux scrutateurs acceptant cette fonction. Le bureau ainsi composé désigne un secrétaire qui peut ne pas être membre de la mutuelle. Les délibérations des assemblées générales sont constatées par des procès-verbaux signés par les membres du bureau.

Article 27 - Quorum et vote

Le quorum est calculé sur la totalité des délégués convoqués.

Le vote s'exprime à main levée, ou par appel nominal ou au scrutin secret selon ce qu'en décide le bureau de l'assemblée. Toutefois, pour l'élection des administrateurs, le vote a lieu à bulletin secret.

I - Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue aux présents statuts, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution ou la création de la mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du total des délégués.

A défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibèrera valablement si le nombre de ses délégués présents représente au moins le quart du total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués présents.

II - Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I ci-dessus, l'assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du total des délégués.

A défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibèrera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents.

Article 28 - Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale

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

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions éventuellement prévues au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 29 - Délégation de pouvoir de l'assemblée générale

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation est valable un an.

L'assemblée générale est tenue informée des décisions prises en application de cette délégation.

CHAPITRE 2 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section I Composition et élections

Article 30 - Composition

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 10 administrateurs au moins et de 19 au plus.

L'assemblée générale décide du nombre d'administrateurs à élire dans ces limites.

Le conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants.

Le conseil d'administration est composé de deux collèges :

- 1er collège : catégorie I « Groupes » avec 6 administrateurs au minimum et 12 administrateurs au maximum ;
- 2ème collège : catégorie II « Individuels » avec 4 administrateurs au minimum et 7 administrateurs au maximum.

Le conseil d'administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeant ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212.7 du code de la mutualité

Article 31 - Présentation des candidatures

Les déclarations de candidatures aux fonctions d'administrateurs doivent être adressées au siège social de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception reçue trente jours calendaires au moins avant la date de l'assemblée générale. Ces déclarations doivent comporter en sus l'ensemble des renseignements exigés par la loi et les règlements en vigueur.

Article 32 - Conditions d'éligibilité et limite d'âge

Pour être éligibles au conseil d'administration, les candidats doivent :

- Etre âgés de 18 ans révolus et de moins de 70 ans au 31 décembre de l'année de l'élection.

Par dérogation à cette règle des membres de plus de 70 ans peuvent être administrateurs mais sans que le nombre d'administrateurs âgés de plus de 70 ans soit supérieur au tiers du nombre d'administrateurs composant le conseil.

- N'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du code de la mutualité ;
- Etre à jour de ses cotisations à la date du dépôt de la candidature.

Le membre atteint par la limite d'âge est considéré comme démissionnaire d'office.

Article 33 - Incompatibilités

Un ancien salarié de la mutuelle ne peut être nommé administrateur de celle-ci pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

Un administrateur ne peut appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations.

Le président du conseil d'administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur dont au plus deux mandats de président du conseil d'administration d'une fédération, d'une mutuelle ou d'une union.

Dans le décompte des mandats, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L111-3 et L111-4.

Toute personne qui, lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec ces dispositions doit, dans les trois mois de sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats. A l'expiration de ce délai, elle est réputée s'être démise de son mandat le plus récent, sans que soit, de ce fait, remise en cause la validité des délibérations auxquelles elle a pris part.

Article 34 - Modalités de l'élection et durée du mandat

Les membres du conseil d'administration sont élus, pour une durée de 6 (six) ans, à bulletins secrets par l'ensemble des délégués de l'assemblée générale au scrutin uninominal majoritaire à 2 tours. Nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a pas réuni la majorité absolue des suffrages exprimés. Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative. Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus âgé.

La durée de la fonction d'administrateur expire à l'issue de l'assemblée générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les administrateurs élus en cours de mandat achèvent le mandat de l'administrateur qu'ils remplacent.

Les membres du conseil d'administration cessent leur fonction :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions prévues aux présents statuts ;
- lorsqu'ils ne respectent plus les dispositions de l'article L. 114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, ils se démettent ou sont déclarés démis d'office dans les conditions prévues à cet article ;
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du code de la mutualité.

Les administrateurs peuvent être révoqués à tout moment par l'assemblée générale.

Article 35 - Renouvellement

Le renouvellement du conseil a lieu par moitié tous les 3 (trois) ans. Les membres sortants sont rééligibles.

Lors de la constitution initiale du conseil d'administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 36 - Vacance

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un administrateur, il est pourvu provisoirement par le conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'assemblée générale.

Si la nomination faite par le conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables. L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs. A défaut de convocation, les dispositions prévues au I de l'article L. 114-8 s'appliquent.

Section II Réunions

Article 37 - Réunions

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins 3 (trois) fois par an.

Le président du conseil d'administration établit l'ordre du jour du conseil et le joint à la convocation qui doit être envoyée aux membres du conseil d'administration cinq jours calendaires au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. Les réunions se tiennent au siège social de la mutuelle. Elles peuvent toutefois se tenir en tout autre lieu ou localité, situé sur le territoire métropolitain, indiqué dans la convocation.

Le président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du conseil d'administration, qui délibère alors sur cette présence. Les dirigeants salariés participent de droit aux réunions du conseil d'administration.

Article 38 - Représentation des salariés au conseil d'administration

Lorsque la mutuelle emploie plus de 50 salariés, deux représentants de ceux-ci assistent, avec voix consultative, aux séances du conseil d'administration. Ils sont désignés par le CE en son sein.

Les représentants du personnel sont tenus à l'obligation de réserve sur les débats au sein du conseil. Ils ne peuvent assister aux délibérations portant sur des questions d'ordre individuel ou collectif concernant le personnel de la mutuelle.

Si elle emploie moins de 50 salariés, les délégués du personnel assistent aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative en application des dispositions de l'article 3-3 de la convention collective mutualiste.

Les conditions d'éligibilité et la durée du mandat sont les suivantes :

- Avoir plus d'un an d'ancienneté ;
- Durée du mandat : un an.

Les modalités de présentation de candidature, de vote et d'élection sont identiques à celles prévues pour l'élection des délégués du personnel

Article 39 - Délibérations

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Le conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du président, du ou des dirigeants salariés et des autres membres du bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administrations sont tenus à la confidentialité des informations données.

Il est établi un procès verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Section III Attributions du conseil d'administration

Article 40 - Compétences du conseil d'administration

Le conseil d'administration :

- détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application,
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle,
- propose aux administrateurs, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation à la gestion,
- établit le rapport annuel sur l'intermédiation
- plus généralement, le conseil d'administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

Le conseil d'administration peut notamment créer une ou plusieurs commissions permanentes ou temporaires, dont le dirigeant salarié est membre de droit, chargées de suivre les opérations générales ou particulières de la mutuelle.

En fonction de la décision de l'assemblée générale, le conseil d'administration peut recevoir délégation annuelle pour déterminer les montants ou les taux de cotisations et de prestations. Les décisions prises à ce sujet par le conseil d'administration sont portées à la connaissance de l'assemblée générale la plus proche.

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte :

- des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du code de commerce,
- de la liste des organismes avec lesquels la mutuelle constitue un groupe au sens de l'article L.212-7,

- de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L. 114-26 ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'assemblée générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- de l'ensemble des rémunérations versées aux dirigeants salariés,
- de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle,
- des transferts financiers entre la mutuelle et une ou plusieurs autres organismes mutualistes.

Le conseil d'administration établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, lorsque la mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L.212-7 et qui a été désigné à cet effet, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'assemblée générale.

Il établit également le rapport de solvabilité visé à l'article L. 212-3 et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L. 212-6.

Le conseil d'administration présente chaque année un rapport (selon des modalités fixées par arrêté) relatif aux opérations d'intermédiation et de délégation de gestion auxquelles a recours la mutuelle.

Le conseil d'administration adopte annuellement les budgets prévisionnels de la Mutuelle.

La compétence du conseil d'administration s'étend à tous actes et décisions qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale par la loi et par les présents statuts.

Le conseil d'administration peut consentir à tous mandataires de son choix toutes délégations de pouvoirs dans la limite de ceux qui lui sont conférés par la loi et par les présents statuts.

Le conseil d'administration approuve annuellement un rapport sur le contrôle interne qui est transmis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel.

Article 41 - Délégations d'attributions par le conseil d'administration

Le conseil peut, après délibération, confier l'exécution de certaines missions, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions existantes ou créées à cet effet par le conseil d'administration et dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

Le dirigeant salarié est membre de droit de toutes les commissions.

Sont notamment créées les commissions suivantes dont le fonctionnement est détaillé dans le règlement intérieur :

- la commission des engagements, des contrats, de gouvernance, des risques et des audits,
- la commission des placements,
- La commission sociale.

Plus généralement le conseil d'administration peut déléguer toutes attributions qui ne sont pas spécialement réservées au conseil d'administration par la loi. Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Sans préjudice des obligations des administrateurs et des dirigeants salariés, le conseil d'administration peut confier au président ou un administrateur nommé désigné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou type de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le président ou l'administrateur ainsi désigné agit sous le contrôle et l'autorité du conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis. Le conseil d'administration peut, sous sa responsabilité et son contrôle, confier à un ou des salariés, notamment le directeur général, les délégations de pouvoir nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et sous son contrôle, le fonctionnement de la mutuelle.

Article 42 - Nomination de dirigeant(s) salarié(s)

Le conseil d'administration peut nommer un (des) dirigeant(s) salarié(s) dont il détermine ses (leurs) attributions. Il en fait la déclaration auprès du Registre National des mutuelles. Il fixe sa (leur) rémunération. Le conseil d'administration peut le(s) révoquer à tout moment. Le(s) dirigeant(s) salarié(s) assiste(nt) de droit à chaque réunion du conseil d'administration et des commissions et, à l'invitation du président, aux réunions du bureau.

Article 43 - Délégations de pouvoirs au(x) dirigeant(s) salarié(s)

Les dirigeants salariés peuvent se voir déléguer par le président ou un administrateur, dans la limite de leurs attributions respectives, le pouvoir de passer en leur nom certains actes ou de prendre certaines décisions. Ces délégations doivent être autorisées par le conseil d'administration, par décision expresse, déterminées quant à leur objet et reportées dans un registre coté.

Le conseil d'administration peut également consentir, en cas d'empêchement du titulaire, une délégation au profit d'un autre salarié et notamment au directeur général. En aucun cas le président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi.

A l'égard des tiers, les dirigeants salariés, comme le président du conseil d'administration, engage la mutuelle même par les actes qui ne relèvent pas de son objet à moins qu'elle ne prouve que les tiers savaient que l'acte dépassait cet objet ou qu'ils ne pouvaient l'ignorer compte tenu des circonstances.

Section IV Statut des administrateurs

Article 44 - Indemnités et remboursements de frais versés aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Cependant, en raison de l'importance de la mutuelle, l'assemblée générale peut décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées. Les cas et conditions de cette indemnisation, notamment le seuil d'activité à partir duquel elle peut être allouée, sont définis par décret en conseil d'état.

L'organisme rembourse à l'employeur les rémunérations maintenues, pour permettre aux administrateurs salariés d'exercer leurs fonctions pendant le temps de travail, ainsi que les avantages et les charges y afférents. Une convention conclue entre l'organisme et l'employeur, fixe les conditions de ce remboursement.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleurs indépendants ont droit à des indemnités correspondant à la perte de leurs gains, dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité. La mutuelle rembourse également aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour, dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Le présent article est applicable aux agents publics dans les conditions fixées par les dispositions statutaires ou réglementaires qui le régissent.

Les indemnités versées pour l'exercice de leurs fonctions aux administrateurs ont le caractère de rémunération au sens de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale.

Article 45 - Situation et comportements interdits

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L. 114-26.

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat. Un ancien salarié de la mutuelle ne peut être nommé administrateur de celle-ci pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations de ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou à un dirigeant salarié. Il est également interdit à ces derniers de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Article 46 - Existence de conventions, obligation d'autorisation et conséquences

Sont soumises à l'autorisation préalable du conseil d'administration :

- toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeants salariés ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion,
- les conventions auxquelles un administrateur ou un dirigeant salarié est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle, par personne interposée, ainsi que des conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé si l'un des administrateurs, dirigeant salarié de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale,
- les conventions intervenant entre un administrateur ou un dirigeant salarié d'une mutuelle et l'une des personnes morales appartenant au même groupe au sens de l'article L. 212-7,
- lorsque le conseil d'administration de la mutuelle est composé, pour plus du tiers de ses membres, d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés issus d'une seule personne morale de droit privé ne relevant pas des dispositions du présent code, les conventions intervenant entre cette personne morale et un administrateur ou un dirigeant salarié de la mutuelle.

Cette autorisation n'est pas nécessaire pour les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, définies par décret en conseil d'état. Toutefois, elles doivent être communiquées par l'intéressé au président du conseil d'administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le président aux membres du conseil d'administration et aux commissaires aux comptes et font l'objet d'une communication à l'assemblée générale.

Le dirigeant intéressé, lorsqu'il s'agit d'un administrateur, ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée. Le président du conseil d'administration donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Les commissaires aux comptes présentent, sur ces conventions, un rapport spécial à l'assemblée générale sur lequel celle-ci statue. Le ou les intéressés ne prennent pas part au vote.

Les conventions conclues sans autorisation préalable du conseil d'administration peuvent être annulées si elles ont eu des conséquences dommageables pour l'organisme. Toutefois, la nullité peut être couverte par un vote de l'assemblée générale intervenant sur rapport spécial du commissaire aux comptes. Les conventions approuvées par le conseil d'administration, y compris lorsqu'elles ont été désapprouvées par l'assemblée générale, produisent leurs effets à l'égard des tiers, sauf lorsqu'elles sont annulées dans le cas de fraude.

Article 47 - Autres interdictions

Il est interdit aux administrateurs et aux dirigeants salariés de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur et de dirigeant salarié, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Cette interdiction ne s'applique pas aux dirigeants salariés lorsque ceux-ci sont susceptibles d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la mutuelle.

Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des dirigeants. La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes mentionnées au présent article ainsi qu'à toute personne interposée.

Article 48 - Responsabilités des administrateurs

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion. Si plusieurs administrateurs ont coopéré aux mêmes faits, le tribunal détermine la part contributive de chacun dans la réparation du dommage.

L'action en responsabilité contre les administrateurs, à titre individuel ou collectif, se prescrit par trois ans, à compter du fait dommageable ou, s'il a été dissimulé, de sa révélation.

Article 49 - Obligations des administrateurs et des dirigeants salariés

Les administrateurs et dirigeants salariés veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard.

Les dirigeants salariés sont tenus de déclarer au conseil d'administration, avant leur nomination, l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'ils entendent conserver, et de faire connaître après leur nomination les autres activités ou fonctions qu'ils entendent exercer. Les administrateurs et les dirigeants salariés sont tenus de faire connaître à la mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

CHAPITRE 3 PRESIDENT ET BUREAU

Section I Election, composition et réunions

Article 50 - Election du Président

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique. Il peut à tout moment être révoqué par celui-ci.

Le président est élu à bulletins secrets pour une durée de trois ans. Cette élection a lieu au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration. Cette élection a lieu à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

Il est rééligible. La déclaration des candidatures aux fonctions de président du conseil d'administration doit être reçue au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception, trente jours calendaires au moins avant la date de l'élection, accompagnée de toutes les déclarations exigées par la loi et les règlements en vigueur : il ne doit, notamment, pas exercer plus de 4 mandats, en plus de celui qu'il brigue.

Le président ne doit pas être âgé de plus de 70 ans. S'il vient à dépasser cet âge, il est réputé démissionnaire d'office à l'issue de l'assemblée générale qui suit son soixante dixième anniversaire et qui statue sur les comptes de l'exercice écoulé. Dans cette dernière hypothèse, comme en cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, le conseil d'administration est réuni sans délai, selon les modalités prévues à l'article ci-après afférent à la Vacance du Président, dans le but de pourvoir à son remplacement et sous réserve de la faculté de délégation donnée au conseil d'administration par les présents statuts.

Article 51 - Vacance du Président

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le premier vice-président ou par le deuxième vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le premier vice-président du conseil d'administration ou par le deuxième vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables également en cas d'absence, d'empêchement temporaire ou définitif du président

Article 52 - Missions du Président

Le président du conseil d'administration :

- organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale,
- informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L.510-8 et L.510-10 du code de la mutualité,
- veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées,
- convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour,
- donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées,
- engage les dépenses,
- représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile,
- est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Il pourra déléguer, au cas par cas, tout ou partie de ses pouvoirs à un administrateur.

Les décisions du conseil d'administration limitant ses pouvoirs sont inopposables aux tiers.

Dans ses rapports avec les tiers, le président engage la mutuelle même par les actes qui ne relèvent pas de l'objet social, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances. Sous cette réserve, le conseil d'administration peut déléguer à son président les pouvoirs qu'il juge nécessaires, avec faculté de substituer partiellement dans ces pouvoirs autant de mandataires qu'il avisera.

Article 53 - Election du bureau et vacances

Les membres du bureau, autre que le président du conseil d'administration, sont élus à bulletin secret pour une durée de 3 ans par le conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration.

Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le conseil d'administration.

En cas de vacance, et pour quelque cause que ce soit, le conseil d'administration, lorsqu'il est complètement constitué, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Article 54 - Composition du bureau

Le bureau est composé de la façon suivante :

- le président du conseil d'administration,
- un premier et un deuxième vice président,
- un secrétaire,
- éventuellement un secrétaire adjoint,
- un trésorier,
- éventuellement un trésorier adjoint.

Il doit comporter au moins les deux tiers d'administrateurs représentant les membres participants.

Article 55 - Réunions

Le bureau se réunit sur convocation du président, au moins deux fois par an et plus selon ce qu'exige la bonne administration de la mutuelle. La convocation est envoyée aux membres du bureau cinq jours calendaires au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. Le président peut inviter des personnes extérieures au bureau, dont le(s) dirigeant(s) salarié(s), à assister aux réunions du bureau qui délibère alors sur cette présence.

Article 56

Délibérations

Le bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Il est établi un procès verbal de chaque réunion qui est approuvé par le bureau lors de la séance suivante.

Section II Attributions des membres du Bureau

Article 57 - Le(s) Vice-président(s)

Le conseil d'administration de la mutuelle élit un premier et un deuxième vice-président. Ceux-ci secondent le président qu'ils suppléent, dans l'ordre ainsi défini, en cas de vacance ou d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 58 - Le secrétaire

Le secrétaire est responsable de la rédaction des procès verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents et de toutes les missions que lui délègue le conseil d'administration.

Sans préjudice de ce qui est dit à l'alinéa précédent, le secrétaire peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 59 - Le secrétaire adjoint

Le secrétaire adjoint seconde le secrétaire. En cas d'empêchement de celui-ci il supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 60 - Le trésorier

Le trésorier effectue ou fait effectuer les opérations financières de la mutuelle et fait tenir la comptabilité. Il s'assure de la régularité des opérations financières de la mutuelle, de l'encaissement des cotisations et du paiement des prestations. Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le président et fait encaisser les sommes dues à la mutuelle. Il fait procéder selon les directives du conseil d'administration à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à la discussion du conseil d'administration :

- les comptes annuels et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- le rapport prévu au paragraphe m) et le plan prévu au paragraphe n) de l'article L.114-9 du code de la mutualité,
- les éléments visés aux paragraphes a) c) d) et f) ainsi qu'aux deux derniers alinéas de l'article L.114-17 du code de la mutualité,
- un rapport synthétique sur la situation financière de la mutuelle.

Sans préjudice des délégations de pouvoirs au dirigeant salarié, le trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnancement, notamment le chef du service comptable, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 61 - Le trésorier adjoint

Le trésorier adjoint seconde le trésorier. En cas d'empêchement de celui-ci il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes les fonctions.

CHAPITRE 4 ORGANISATION FINANCIERE

Section I Recettes et dépenses

Article 62 - Comptes annuels et exercice social

Il est tenu une comptabilité régulière des opérations de la mutuelle et conforme au plan comptable des mutuelles. L'exercice social commence le premier janvier et se termine le trente et un décembre. A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration dresse l'inventaire des divers éléments d'actif et du passif existant à cette date.

Il dresse également le bilan décrivant les éléments actifs et passifs et faisant apparaître de façon distincte le montant du fonds d'établissement, les réserves de toutes natures, le compte de résultat récapitulatif des produits et des charges de l'exercice, l'annexe complétant et commentant l'information donnée par le bilan et le compte de résultat ainsi que tous documents exigés par les lois et règlements en vigueur.

Article 63 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent :

- s'il existe, le droit d'adhésion versé par les membres dont le montant est déterminé par l'assemblée générale. Son montant est dédié au fonds d'établissement,
- les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités de la mutuelle, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

Article 64 - Charges

Les charges comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants ainsi qu'à leurs ayants droit,
- les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
- les éventuels versements faits aux unions, fédérations ou autres groupements et organismes de toute nature,
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
- les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie de la FNMF,
- la redevance prévue à l'article L.951-1, 2° du code de la Sécurité sociale et affectée aux ressources de l'ACP pour l'exercice de ses missions,
- les sommes versées au titre du fonds social de la mutuelle,
- les sommes destinées au paiement des intérêts et au remboursement des emprunts ou à la constitution de la réserve pour amortissement des emprunts,
- plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités de la mutuelle.

Article 65 - Fonds social

Un fonds social dont le plafond est fixé chaque année par l'assemblée générale, est affecté à l'octroi de secours exceptionnels ainsi que d'aides réservés aux membres participants ainsi qu'à leurs ayants droit.

Une commission sociale issue du conseil d'administration définit les montants qui sont ratifiés par le conseil d'administration.

Article 66 - Vérifications préalables

Le responsable de la mise en paiement des charges de la mutuelle, ou son délégataire dûment habilité, s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la mutuelle.

Article 67 - Apports et transferts financiers

En cas de création de mutuelles ou d'unions définies par les articles L. 111-3 et L. 111-4 du code de la mutualité, la mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la mutuelle ou de l'union créée, à la condition que ces transferts ne remettent pas en cause les exigences de solvabilité définies à l'article L. 212-1 de ce code.

Elle peut en particulier effectuer des apports sous réserve que ceux-ci n'excèdent pas son patrimoine libre. Sa responsabilité est limitée au montant de cet apport.

Section II

Modes de placement et de retrait des fonds et règles de sécurité financière

Article 68 - Placements et retrait des fonds

Les placements et retraits des fonds sont effectués dans les conditions prévues par les dispositions légales en vigueur et notamment les dispositions des articles R 212-8 et suivants du code de la mutualité.

Article 69 - Règles prudentielles

Le conseil d'administration effectue toute opération relative à la constitution de la marge de solvabilité, à la couverture des engagements réglementés, et à la constitution des provisions réglementées, telles qu'elles découlent du texte du décret 2002-720 du 2 mai 2002 et de l'arrêté du 2 mai 2002, relatifs aux règles prudentielles applicables aux mutuelles et aux unions pratiquant des opérations d'assurance vie et de capitalisation.

Article 70 - Système de garantie

La mutuelle adhère au système fédéral de garantie de la fédération nationale de la mutualité française.

Section III Commissaires aux comptes

Article 71 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L.114-38 du code de la mutualité, l'assemblée générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 225-219 du code de commerce. Le président convoque le(s) commissaire(s) au compte(s) à toute assemblée générale.

Le ou les Commissaires aux Comptes portent à la connaissance du conseil d'administration les contrôles et vérifications auxquels ils ont procédé dans le cadre de leurs attributions prévues par la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales. Les articles L 225-218 à L 225-242 du code de commerce sont notamment applicables à leur mission.

Le commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le conseil d'administration et présenté à l'assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le conseil d'administration,
- prend connaissance de l'avis donné par le président du conseil d'administration sur toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du code de la mutualité,
- établit et présente à l'assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité,
- fournit à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel,
- signale sans délai à l'Autorité de Contrôle Prudentiel tous faits et décision mentionné à l'article L.510-6 du code de la mutualité dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du conseil d'administration les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le code de commerce,
- signale dans son rapport annuel à l'assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission,
- joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du livre III du code de la mutualité.

Article 72 - Fonds d'établissement et Fonds de garantie

Le fonds d'établissement de la mutuelle est fixé à la somme de 228 600 euros.

Son montant pourra être augmenté, du montant des droits d'adhésion reçus et, selon les besoins et sur proposition du conseil d'administration, par décision de l'assemblée générale.

Le montant du fonds de garantie de la mutuelle est égal au tiers de la marge de solvabilité. Il ne peut néanmoins être inférieur au montant prévu à l'article R 212-13.

TITRE III INFORMATION DES ADHERENTS

Article 73 - Etendue de l'information

La mutuelle met à disposition de tous ses membres les documents nécessaires pour leur permettre de se prononcer en connaissance de cause et de porter un jugement sur la gestion et le contrôle de la mutuelle.

La nature de ces documents ainsi que les conditions de mise à disposition sont déterminées par la loi et les règlements en vigueur.

En tout état de cause, toute personne qui souhaite être adhérente de la mutuelle fait acte d'adhésion en fonction des modalités prévues aux présents statuts. Par la signature du bulletin d'adhésion, tout membre s'engage au paiement régulier de sa cotisation.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et règlement intérieur de la mutuelle ainsi que des droits et obligations définis par le(s) règlement(s) mutualiste(s).

Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste qui le concerne. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

Les statuts, le règlement mutualiste, le bulletin d'adhésion, le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Il est informé :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès ;
- des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

Article 74 - Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements prononcée par l'assemblée générale dans les conditions prévues à l'article 27-I des présents statuts.

L'assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du conseil d'administration et qui jouiront des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif, sous réserve des pouvoirs dévolus par les statuts et par la loi à l'assemblée générale.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'assemblée générale à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds National de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L.421-1 du code de la mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du code de la mutualité.

Article 75 - Redressement et liquidation judiciaire

Le redressement ou la liquidation judiciaire institués par le livre VI du code de commerce ne peuvent être ouverts à l'égard des mutuelles et unions, régies par le présent livre qu'à la requête de l'Autorité de Contrôle Prudentiel.

Le tribunal peut également se saisir d'office ou, après avis conforme de l'Autorité de Contrôle Prudentiel, être saisi d'une demande d'ouverture de cette procédure par le procureur de la République.

Le président du tribunal ne peut être saisi d'une demande d'ouverture du règlement amiable institué par l'article L.611-3 du code de commerce à l'égard d'une mutuelle ou d'une union régie par le présent livre, qu'après avis conforme de la commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance.

Article 76 - Fonds de développement et émission de titres

La mutuelle peut créer un fonds de développement et procéder à l'émission de titres ou emprunts nécessaires à la constitution du fonds de garantie et de la marge de solvabilité prescrite par la loi et les règlements en vigueur.

Article 77 - Réassurance et coassurance

La mutuelle peut librement accepter les engagements mentionnés dans son objet social en réassurance ou coassurance.

La mutuelle peut se réassurer ou se co-assurer librement auprès d'entreprises régies ou non par le code de la mutualité. Pour se réassurer, elle pourra céder tout ou partie de son portefeuille en réassurance selon les modalités suivantes :

- opérations en quote-part pour des opérations comprises entre 0 et 100%,
- opérations en stop-loss ou en proportionnel,
- opérations en excès.

Toutefois, l'assemblée générale statuera sur les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de réassurance.

Article 78 - Médiation

Il est convenu qu'en cas de difficultés se rapportant à l'exécution ou à l'interprétation des présentes, tout sera mis en œuvre pour que le différend soit réglé à l'amiable.

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts, du règlement mutualiste ou du contrat collectif, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur désigné par la mutuelle. En cas de contestation persistante, l'exécution ou l'interprétation des présents statuts, du règlement mutualiste ou du contrat collectif sera de la compétence des tribunaux de PARIS.

Article 79 - Pouvoirs

Tous pouvoirs sont donnés au porteur d'un original ou d'une copie des présentes pour effectuer toutes les formalités prévues par la loi et les règlements et, notamment, l'immatriculation au Registre National des mutuelles.

Partie II :

REGLEMENT MUTUALISTE

OPERATIONS INDIVIDUELLES

SOMMAIRE

1 – Objet	25
2 – Bénéficiaire des prestations	25
3 – Adhésion	25
4 – Effet – Durée – Renouvellement de l'adhésion	26
5 – Démission – radiation – Exclusion	26
6 – Ouverture – Modification et cessation des garanties	27
7 – Bases de cotisation	28
8 – Paiement des cotisations	28
9 – Assiette des prestations	29
10 – Demandes de prestations	30
11 – Risques garantis	30
12 – Exclusions	31
13 – Fraude ou fausse déclaration	31
14 – Prescription	31
15 – Subrogation	31
16 – Forclusion	31
17 – Réclamation	31
18 – Informatique et Libertés	32
19 – Médiation	32
20 – Contrôle	32
21 – Fonds social	32
22 – Frais d'obsèques	32
23 – Dépendance	32
24 – MIE Assistance	32
25 – Dispositions particulières	33

1. Objet

Les dispositions du présent règlement mutualiste déterminent les conditions générales dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties "frais médicaux" au profit de ses membres participants dans le cadre d'opérations individuelles.

Les garanties "frais médicaux" ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer aux membres participants et éventuellement à sa famille, acte par acte, le remboursement 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.

Il peut être également décidé de rembourser les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire de Sécurité sociale.

Il peut également être décidé de verser une indemnité forfaitaire en cas de maladie, maternité, accident ou hospitalisation ou de couvrir les frais d'obsèques.

Les garanties sont précisées dans le bulletin d'adhésion et détaillées dans le tableau "LES GARANTIES".

2. Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires des prestations sont définis par le bulletin d'adhésion.

Ils peuvent être constitués, sauf dérogation prévue aux dispositions particulières,

- du membre participant, résidant en France métropolitaine et Départements d'Outre-mer, bénéficiaire de prestations en nature du régime d'assurance maladie obligatoire français,
- du conjoint, est assimilé au conjoint, d'une part, le concubin du membre participant sur présentation d'une déclaration sur l'honneur de domicile commun, que ce dernier soit à la charge ou non du membre participant et d'autre part, la personne liée au membre participant par un pacte civil de solidarité,
- des enfants du membre participant ou de son conjoint, tel que défini ci-dessus,
- des ascendants à charge au sens de la législation fiscale.

En cas de décès d'un membre participant, le conjoint peut devenir lui-même membre participant.

3. Adhésion

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

La Mutuelle doit avoir remis au membre participant ou au futur membre participant, avant la signature du contrat :

- le bulletin d'adhésion, les statuts et règlement mutualiste "opérations individuelles",
- ou une fiche d'information sur le contrat qui décrit précisément les droits et obligations réciproques.

Le bulletin d'adhésion indique notamment :

- la date d'adhésion,
- le nom de la garantie choisie,
- si le membre participant adhère précédemment à une autre mutuelle,
- l'identité du membre participant et des autres personnes à garantir,
- la périodicité de prélèvement de la cotisation.

Le bulletin d'adhésion doit être complété par les documents suivants :

- une copie de l'attestation délivrée avec la carte VITALE ainsi que celle de chaque bénéficiaire assuré social à titre personnel,
- le cas échéant, un certificat de radiation datant de moins de trois mois de la précédente mutuelle pour bénéficier de la non application de délais de stage prévu à l'article 4 du règlement mutualiste,
- un relevé d'identité bancaire (RIB, RIP ou RICE) pour le virement des remboursements,
- une demande et une autorisation de prélèvement dûment remplies et signées,
- ou un chèque bancaire pour la première échéance de cotisation dans l'hypothèse où le membre participant souhaite opter pour ce type de règlement.

Lorsqu'une personne handicapée, qui a été reconnue invalide avec un taux égal ou supérieur à 80 %, doit être rattachée à un membre participant, il convient de joindre également la carte nationale d'invalidité en cours, délivrée par la Préfecture ou tout autre organisme officiel.

4. Effet - Durée - Renouvellement de l'adhésion

Effet

L'adhésion prend effet :

- à la date de la réception par la Mutuelle de l'ensemble des documents nécessaires et sous réserve du paiement de la cotisation et de la déclaration à la Mutuelle des bénéficiaires,
- au 1^{er} jour du mois mentionné sur le bulletin d'adhésion, à défaut au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'adhésion. Cette date ne peut pas être antérieure à la date de réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle.

En cas de radiation d'une précédente mutuelle, l'adhésion prend effet, si la demande de radiation de la précédente mutuelle est de moins de trois mois au 1^{er} jour du mois qui suit cette radiation.

Durée, Renouvellement de l'adhésion

L'adhésion est annuelle et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Elle se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier.

5. Démission - Radiation – Exclusion

Démission

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative du membre participant.

Cette notification est faite par le membre participant, qu'il s'agisse de sa propre démission ou de celle d'un ayant droit affilié.

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle au moins deux mois avant le 1^{er} janvier de chaque année.

Sous réserve des dispositions législatives et réglementaire en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des évènements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

Lorsqu'un membre participant a donné sa démission pour convenance personnelle, il ne peut souscrire une nouvelle adhésion, sans demander sa réinscription soumise à l'appréciation du Conseil d'Administration et en tout état de cause aux dispositions statutaires et réglementaires relatives à toute nouvelle adhésion.

Radiation- Exclusion

La radiation des membres participants peut également intervenir en cas de non-paiement des cotisations prévues à l'article 8.

L'exclusion des membres participants qui auraient porté atteinte aux intérêts de la mutuelle s'effectuera conformément aux dispositions de l'article 14 des statuts.

6. Ouverture - Modification et Cessation des garanties

6.1 - Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet du bulletin d'adhésion ou de la notification de la modification des garanties apportées par l'assemblée générale.

Les garanties choisies par le membre participant s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires qui lui sont rattachés. Le remboursement des frais relatifs aux actes d'orthopédie, de prothèse auditive, de prothèse dentaire, d'inlay, d'orthodontie, d'optique est soumis à un délai de carence de 6 mois. Pour l'allocation naissance ou d'adoption, le délai de carence est de 10 mois. Sauf en cas de production d'un certificat de radiation d'une complémentaire santé datant de moins de trois mois.

En cas d'accident, les délais de carence sont supprimés.

Les garanties peuvent également être modifiées à la demande du membre participant.

➤ **Modification de l'option choisie**

- a) Lorsque l'option demandée est d'un niveau supérieur à celle choisie précédemment l'acceptation du changement, qui ne peut intervenir qu'au terme d'un délai minimum d'adhésion d'un an dans l'option précédente, est soumise pour le différentiel de prestation, à l'accomplissement des éventuels délais de stage et à l'application des plafonds de garantie le cas échéant.

Le transfert d'une option inférieure vers une option supérieure "pour convenance personnelle" ne peut s'effectuer que deux fois pendant la période d'adhésion à la Mutuelle.

- b) Lorsque l'option demandée est d'un niveau inférieur à celle choisie précédemment la demande de modification ne peut être prise en compte qu'à partir de la date de fin d'ouverture des droits de l'ancienne formule.

➤ **Adjonction d'un bénéficiaire**

En cas de mariage, de déclaration de vie maritale, de naissance et d'adoption, l'adhésion des membres de la famille doit être exprimée dans les trois mois de la date de l'évènement, dans le cas contraire le délai de carence est applicable.

Pour les autres catégories de bénéficiaires, il convient de se référer à l'article 3 du présent règlement.

6.2 - Les garanties cessent à la date d'effet de la suspension des garanties ou de la résiliation de l'adhésion.

Le non paiement de la cotisation visé à l'article 8 ci-dessous emporte suspension de la garantie. Les frais médico chirurgicaux dont la date de soins se situe durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat ni au bénéfice du tiers payant.

En cas de départ à l'étranger, l'affiliation du membre participant est suspendue, à sa demande, pendant la durée de son absence. Les membres de la famille restant domiciliés sur le territoire national peuvent rester garantis sous réserve du paiement de leur cotisation.

L'adhésion cesse en tout état de cause ses effets pour tous les membres participants et ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion :

- au décès du membre participant
- en cas d'adhésion dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire sur production d'un justificatif.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies, notamment le versement des cotisations.

7. Bases de cotisations

Les cotisations sont déterminées sur la base d'un forfait annuel exprimé en euros.

Elles sont payables d'avance et peuvent être appelées, selon le choix du membre participant.

- annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement par prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou par chèque

La carte du membre participant ouvrant droit au tiers payant est éditée pour l'année.

Les cotisations sont fixées :

- par tranche d'âge
Elles sont fonction de l'âge à l'adhésion et peuvent évoluer ultérieurement régulièrement en fonction de l'âge.

Ou

- selon la composition familiale.
Elles peuvent être familiales ou individuelles, selon les options retenues lors de l'adhésion.

Elles intègrent le prélèvement lié à la couverture maladie universelle.

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

Si ces éléments venaient à être modifiés en cours d'année ou en cas de sinistralité anormale, les cotisations pourraient être modifiées en cours d'année par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'Administration s'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Elles sont fixées en fonction de l'évolution des dispositions fiscales et des dispositions générales de la Sécurité sociale et de ses bases de remboursement en vigueur, ainsi que des résultats techniques de la MIE.

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

8. Paiement des cotisations

Le paiement de la cotisation intervient à l'échéance définie au bulletin d'adhésion.

En cas de paiement par prélèvement automatique

Le membre participant devra transmettre à la Mutuelle une autorisation de prélèvement bancaire accompagnée d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

En cas d'incidents de paiement répétés (2 rejets consécutifs de prélèvements), la Mutuelle se réserve le droit d'appliquer des pénalités fixées chaque année par le Conseil d'administration, de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées. Elle pourra exiger le paiement annuel de la cotisation.

En cas de rejet de prélèvement pour notamment le motif suivant «compte insuffisamment approvisionné», il sera imputé au membre participant des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire chaque année.

Le membre participant réglant ses cotisations par prélèvement sur compte bancaire et souhaitant annuler cette procédure devra en faire la demande par écrit. Il lui faudra alors s'acquitter du solde des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours par tout autre moyen à sa convenance.

Le bulletin d'adhésion peut prévoir le versement d'un acompte à l'adhésion.

En cas de paiement par chèque

Le paiement de la cotisation par chèque doit parvenir à la Mutuelle à compter de l'échéance prévue au bulletin d'adhésion.

En cas d'incidents de paiement répétés (2 rejets consécutifs de chèques), la Mutuelle se réserve le droit :

- d'appliquer les pénalités fixées chaque année par le Conseil d'administration,
- de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées,
- d'exiger le paiement annuel de la cotisation.

En cas de rejet d'un chèque pour notamment le motif suivant «compte insuffisamment approvisionné», il sera imputé à l'adhérent des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire.

Non paiement des cotisations

Les frais d'impayés sont à la charge des membres participants défaillants.

En cas de rejet de prélèvement, un courrier est adressé au membre participant afin d'obtenir de sa part le paiement par chèque du prélèvement rejeté, dans un délai de dix jours. Passé ce délai, la procédure de mise en demeure est mise en œuvre.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, indépendamment du droit pour la MIE de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, et après mise en demeure par lettre recommandée la garantie sera suspendue 30 jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une fraction de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La MIE a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

L'exclusion ne libère pas le membre participant du paiement des cotisations dues et la mutuelle se réserve la faculté de procéder à leur recouvrement par toute voie de droit.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payés à la MIE la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Les personnes handicapées rattachées à un membre participant ou les bénéficiaires handicapés devenant eux-mêmes membres participants sont exonérés du paiement de leur cotisation, quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient titulaires d'une carte nationale d'invalidité en vigueur (taux d'invalidité supérieur ou égal à 80 %), délivrée par la préfecture ou tout autre organisme officiel.

Pour bénéficier de cette règle, les enfants handicapés, doivent adhérer en même temps que le membre participant (tuteur légal ou autre) auquel ils sont rattachés et aux mêmes garanties ou dans les délais impartis définis à l'article 6 en cas d'adjonction d'un bénéficiaire.

9. Assiette des prestations

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

Seules les prestations dont la date de soins (date de l'engagement de la dépense) est postérieure à la date de prise d'effet du contrat et à la date d'adhésion, peuvent donner lieu à prise en charge.

Les frais pris en compte, sauf justification par une facture, sont ceux qui figurent sur le décompte de la Sécurité sociale ou dans le fichier télétransmis. Le remboursement ou l'indemnisation des frais ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant après déduction des remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Le règlement des prestations est normalement effectué par virement, sur compte bancaire ou postal domicilié en France, à l'ordre du membre participant, sauf accord particulier pris avec son assentiment pour ses ayants droits.

Les plafonds et cumuls mentionnés par le tableau des garanties s'apprécient toujours dans le cadre de l'année civile (sauf dérogations prévues aux conditions particulières).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les prestations sont conformes aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871 - 2 du code de la Sécurité sociale ("Contrat responsable").

La mutuelle ne prend pas en charge :

- la majoration de ticket modérateur imposée au patient qui consultera un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (hors parcours de soins),
- la majoration de la participation de l'assuré qui refusera à un professionnel de santé d'accéder ou de compléter son dossier médical personnel,
- la franchise appliquée aux dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques lorsqu'ils sont réalisés hors parcours de soins.

Pour les dépassements au-delà de cette franchise, le remboursement s'effectuera dans la limite des garanties souscrites.

- La franchise laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pris en charge par l'assurance maladie suivants :
 1. les médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
 2. les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
 3. les transports mentionnés au 2° de l'article L.321-1 du Code de la Sécurité sociale, effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.
- La participation forfaitaire obligatoire (L.322-2 II du code de la Sécurité sociale), [1 € au 01/01/2005]

Par ailleurs, seront obligatoirement prises en charge les prestations prévues par l'article L.871-1 précité dans les conditions fixées par l'article R.871-2. C'est-à-dire :

- 30% du tarif opposable des consultations du médecin traitant et de celles du médecin consulté sur prescription du médecin traitant, 30% du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments prescrits par le médecin traitant ou le médecin consulté sur prescription du médecin traitant autres que ceux mentionnés à l'article R.322-1 6° et 7°,
- 35% du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ou le médecin consulté sur prescription du médecin traitant,
- Enfin, au moins deux des prestations de prévention énumérées à l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale (JO du 18 juin 2006) sont prises en charge et sont répétées dans le tableau de prestations : [dépistage Hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351), détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum (SC12)].

10. Demandes de prestations

10.1- Garantie frais médicaux

Les prestations sont payées, soit dans le cadre d'un accord de télétransmission, soit sur présentation d'un décompte original établi par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire français d'assurance maladie, éventuellement accompagné des justificatifs suivants :

- la facture détaillée sur papier à en-tête du professionnel de santé avec mention du bénéficiaire des soins, en ce qui concerne les frais d'optique, les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'orthopédie et les prothèses auditives, les analyses non remboursées,
- la note d'honoraires des chirurgiens et anesthésistes,
- la prescription et la facture en ce qui concerne la pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale mais inscrite au Vidal consultable sur Internet,
- la facture des hôpitaux et cliniques avec la mention "acquitté", sauf accord de prise en charge,
- le cas échéant, le décompte des organismes complémentaires qui sont intervenus.

Les prestations sont versées uniquement par virement bancaire ou postal.

Sont couverts tous les actes et frais ayant fait l'objet d'un remboursement du régime de base de Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Sont également couverts tous les actes et frais qui ne font pas l'objet d'un remboursement du régime de base de Sécurité sociale, mais qui sont expressément prévus dans le tableau de garanties.

Les prestations sont basées sur le tarif de base de remboursement selon la législation de Sécurité sociale en vigueur ou sur des montants indiqués dans la garantie, déduction faite du remboursement du régime obligatoire.

Si les remboursements 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.

Le membre participant conserve néanmoins la possibilité de demander, dans les 30 jours suivants les propositions de la mutuelle, la résiliation du contrat sans délai de préavis.

La résiliation prend alors effet le 1er jour du mois civil suivant la demande du participant ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure au jour précité.

Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur la base en vigueur avant lesdites modifications.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à la charge du membre participant, après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires et ne prennent pas en charge les majorations de participations liées au non respect des dispositions relatives au contrat responsable.

Les garanties délivrées sont en conformité avec le dispositif «contrat responsable» prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

10.2- Soins à l'étranger

Pour les soins dispensés dans un pays relevant de l'Union Européenne :

Les remboursements de la Mutuelle obéiront aux règles définies par le régime obligatoire français, les dispositions du contrat souscrit étant applicables dans l'Union Européenne.

Pour les soins dispensés dans un pays extérieur à l'Union Européenne :

Une prise en charge par le régime obligatoire français est indispensable. Les demandes de remboursement seront étudiées sur présentation des justificatifs des dépenses et du décompte de remboursement.

11. Risques garantis

Les garanties couvrent les frais médicaux, chirurgicaux et maternité, reconnus par le régime obligatoire français d'assurance maladie et inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ainsi qu'à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Les frais non pris en charge ou considérés hors nomenclature par le régime obligatoire français ne donneront lieu à aucun remboursement, sauf ceux pour lesquels il a été expressément défini une prestation selon les garanties annexées au présent règlement mutualiste.

12. Exclusions

Sont exclus des soins pris en charge par la Mutuelle, sauf cas prévus aux conditions particulières :

- les actes non remboursés par le régime d'affiliation obligatoire français de l'assurance maladie,
- les actes hors nomenclature,
- Les dépenses non directement liées à une maladie, une maternité ou un accident telles que les cures de rajeunissement, amaigrissement, traitements esthétiques, transformations sexuelles,
- Les dépenses concernant les traitements psychothérapeutiques,
- les dépenses engagées pendant la durée de l'éventuel délai de carence.

13. Fraude ou fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette fraude 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 acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommage et intérêts.

14. Prescription

Toutes actions dérivant du contrat ou du bulletin d'adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Les délais de prescription sont fixés :

- à 10 ans pour les garanties en cas de frais d'obsèques.
- à 2 ans pour les garanties de frais de soins de santé à compter de la date de soins.

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, ce délai ne court, en cas de réalisation du risque que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

15. Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposé, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part de l'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice d'esthétique et d'agrément. De même qu'en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

16. Forclusion

Les demandes de remboursement des prestations doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 12 mois à compter, soit de la date d'établissement du décompte de la Sécurité Sociale ou de la Caisse d'Assurance Obligatoire, soit de la date de paiement de la facture, soit de la date de l'évènement. Ce délai s'applique, à compter de la date de paiement, aux dépenses non prises en charge par le régime obligatoire, figurant aux conditions particulières et remboursées par la Mutuelle sur présentation de la facture acquittée.

17. Réclamation

Toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de 6 mois, après l'établissement du titre de paiement, ou après la demande de documents complémentaires pour traiter le dossier, ou de la décision de refus de paiement des prestations.

18. Informatique et libertés

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés, le membre participant peut obtenir auprès de la Mutuelle communication et rectification des informations le concernant et figurant dans les fichiers informatiques de la Mutuelle et de tous les organismes qui interviennent dans la gestion.

19. Médiation

Il est convenu qu'en cas de difficultés se rapportant à l'exécution ou à l'interprétation des présentes, tout sera mis en œuvre pour que le différend soit réglé à l'amiable.

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts, du Règlement mutualiste, le membre participant peut avoir recours au service du médiateur désigné par la Mutuelle. En cas de contestation persistante, l'exécution ou l'interprétation des présents statuts, du règlement mutualiste sera de la compétence des juridictions françaises selon les règles qui leur sont applicables.

20. Contrôle

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel, (A.C.P) située :

61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09

21. Fonds social

Indépendamment des prestations, objet du présent contrat, l'adhésion au présent règlement offre la possibilité aux membres participants de demander à bénéficier du fonds social dans le cas où ils se trouvent dans des conditions sociales difficiles. Les membres participants peuvent ainsi demander l'intervention du fonds social de la Mutuelle, en application des dispositions statutaires (article 65). La décision d'acceptation ou du refus d'intervention est étudiée par la Commission Sociale de la Mutuelle et est sans appel.

22. Frais d'obsèques

Les adhérents de la mutuelle qui bénéficient d'une garantie frais d'obsèques (résiliable et révisable annuellement) le sont en application de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, grâce à la souscription d'un contrat collectif n° 2003/01 souscrit auprès d' : UNIMIE, 21 rue de Choiseul, 75109 PARIS CEDEX 02,

Union de Mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 390 325 090.

En tout état de cause, en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, les frais d'obsèques sont limités aux dépenses supportées.

23. Dépendance

La garantie "dépendance" est couverte par un contrat collectif souscrit par la mutuelle auprès de :

CNP Assurances SA 4 place Raoul Dautry 75105 PARIS

Entreprise régie par le Code des assurances

RCS Paris 341 737 062

24. MIE Assistance

La garantie assistance est couverte par un contrat collectif n°621 499 souscrit par la mutuelle auprès de :

Mondial Assistance France 54 rue de Londres 75394 PARIS Cedex 08.

25. DISPOSITIONS PARTICULIERES

Descriptif des garanties actuellement diffusées

GAMME DIRECTE

AXIO Solution Santé

SALTO Solution Santé Salto + Solution Santé

AXIO TNS Solution Santé

GAMME COURTAGE

MIE ACTIF Solution Santé

MIE SENIOR Solution Santé

MIE TNS Solution Santé

MASANTEMIE

Commercialisation d'une nouvelle gamme santé individuelle composée d'une garantie de base (à choisir parmi 3) et d'un complément facultatif (à choisir parmi 3), soit douze combinaisons possibles.