

GROUPE FRANCE MUTUELLE

Statuts Règlement Intérieur Règlement Mutualiste

Édition Septembre 2010
conforme aux dispositions du Code de la Mutualité



I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Chapitre 1

Formation et objet de la Mutuelle

Article 1 : Dénomination et immatriculation

Il est constitué une Mutuelle dénommée Groupe France Mutuelle. Elle pourra également être désignée sous le sigle GFM. Elle est immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 784 492 084.

Article 2 : Forme

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.

Dans tous les actes et documents de la Mutuelle, et notamment ses Règlements, bulletins d'adhésion ou contrats collectifs ainsi que dans tous les documents à caractère contractuel ou publicitaire, la dénomination sociale doit être accompagnée de la mention "Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité".

Article 3 : Siège

Le siège de Groupe France Mutuelle est situé au : 56, rue de Monceau 75008 PARIS.

Il peut être transféré en tout autre endroit du même département ou d'un département limitrophe par simple décision du Conseil d'Administration qui est dans ce cas expressément habilité à modifier corrélativement les Statuts, sous réserve de ratification par la plus proche Assemblée Générale et sous réserve des dispositions légales en vigueur.

Article 4 : Mission - Objet

Dans le respect des valeurs mutualistes, la Mutuelle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par les Statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. La Mutuelle a pour objet, conformément aux dispositions légales relatives au cumul des activités :

- 1 de réaliser les opérations d'assurance suivantes :
 - couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, correspondant aux branches 1 (Accidents) et 2 (Maladie),
 - contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (branche 20 Vie/Décès) et des engagements ayant pour objet le versement d'une prime en cas de mariage ou de naissance d'enfant (branche 21 Nuptialité/Natalité),
- 2 d'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées,
- 3 de mettre en œuvre une action sociale, dans le respect de l'article L.111-1 III du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut conclure avec d'autres mutuelles ou unions de mutuelles régies par les dispositions du livre II (partie Législative) du Code de la Mutualité, avec des institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale ou relevant de l'article L.727-2 du Code rural ou avec des entreprises d'assurance régies par le Code des Assurances des contrats de coassurance ou de réassurance pour les opérations mentionnées au 1° du présent article.

La Mutuelle peut accepter en réassurance les risques et engagements mentionnés au 1° du I de l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

Elle peut également, à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement ou partiellement (agrément par branche d'activité) à ces organismes, dans les conditions prévues par la réglementation pour la délivrance de ces engagements.

Elle peut encore souscrire tout contrat ou convention auprès d'une mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance, afin d'assurer au profit de ses membres participants la couverture des risques ou la constitution d'avantages mentionnés à l'article L.111-1 du Code de la Mutualité et soit les proposer à l'adhésion de ses membres participants, soit en rendre l'affiliation obligatoire à l'ensemble de ses membres ou certaines catégories d'entre eux, par décision du Conseil d'Administration de la Mutuelle ratifiée par son Assemblée Générale conformément aux

dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme d'assurance et avoir recours à des intermédiaires en assurance ou en réassurance pour la distribution de ses produits. Elle peut également déléguer la gestion de ses contrats collectifs selon les principes définis par son Assemblée Générale.

La Mutuelle peut passer convention avec toute mutuelle ou union de mutuelles régie par les dispositions du livre III du Code de la Mutualité afin de faire bénéficier ses membres participants ainsi que leurs ayants droit de leurs services.

Elle peut décider, avec d'autres mutuelles, de créer une autre union. Elle peut adhérer à un groupe mutualiste au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité.

Chapitre 2

Règlements

Article 5 : Règlement Intérieur

Un Règlement Intérieur, établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, détermine les conditions d'application des présents Statuts.

Tous les membres sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux Statuts et autres textes mutualistes à caractère légal ou réglementaire.

Le Conseil d'Administration peut apporter au Règlement Intérieur toutes modifications qu'il juge utiles dans le respect de la législation en vigueur. Ces modifications sont d'application immédiate mais doivent être présentées pour ratification à la plus proche Assemblée Générale.

Article 6 : Règlements Mutualistes

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, les Règlements Mutualistes adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration définissent le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle, notamment en matière de prestations et de cotisations.

Ces Règlements doivent impérativement comporter les mentions obligatoires fixées par la loi.

Article 7 : Respect de l'objet des mutuelles

Les organes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

II - RELATIONS ENTRE LA MUTUELLE ET SES MEMBRES

Chapitre 3

Catégories de Bénéficiaires

Article 8 : Membres

La Mutuelle se compose de membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires.

S'agissant des membres participants, la Mutuelle intervient au profit des ressortissants français et de leurs ayants droit résidant régulièrement sur le territoire français.

Les ressortissants français et leurs ayants droit résidents ou détachés à l'étranger peuvent également être pris en charge dès lors qu'ils cotisent à la Caisse des français de l'étranger ou volontairement à une Caisse obligatoire française d'Assurance Maladie.

Les travailleurs étrangers résidant régulièrement en France et ceux ayant leur résidence à l'étranger et leur lieu de travail permanent en France (dès lors qu'il a été passé dans ce cas une convention avec leur pays d'origine) bénéficient, pour eux et leurs ayants droit, des dispositions de l'Assurance Maladie et peuvent être, à ce titre, couverts par la Mutuelle.

La Mutuelle a également vocation à proposer ses services aux ressortissants d'un État membre de la Communauté Européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen.

Enfin la Mutuelle peut également intervenir au profit des frontaliers, dès lors que leur Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ressort au droit français, indépendamment de leur lieu de résidence.

Article 9 : Ayants droit

Est considérée comme ayant droit toute personne rattachée à un membre participant à l'un des titres suivants :

- conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité,

Par concubinage on entend « l'union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ».

Peuvent être considérés comme bénéficiaires les personnes à charge ou conjoints ou concubins majeurs de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le Régime Obligatoire et fournissent les justificatifs requis.

- enfant pris en charge sous le numéro d'immatriculation de l'un ou l'autre des deux parents : soit le participant lui-même ou son conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, dès lors qu'il en est ayant droit ; ceci vaut que les enfants soient légitimes, naturels, reconnus, adoptifs ou recueillis ; ces enfants doivent être mineurs de moins de 16 ans ; cette limite d'âge peut être portée à 21 ans révolus pour les apprentis ou 26 ans révolus pour les enfants justifiant d'une inscription dans un établissement scolaire ou universitaire.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la Mutuelle.

Lorsque l'enfant est issu d'un ayant droit mineur, l'adhésion initiale est postérieurement scindée de façon à conférer la qualité de membre participant à l'ayant droit. Dès lors, le nouveau-né ou le conjoint ou le concubin acquiert la qualité d'ayant droit.

Chapitre 4

Adhésions

Article 10 : Engagements réciproques

L'engagement réciproque du membre participant ou du membre honoraire et de la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion pour le premier ou, pour le second, de la souscription d'un contrat collectif.

Article 11 : Adhésions individuelles

Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion, dans les conditions définies par le Règlement Mutualiste et reçoit gratuitement copie des Statuts et Règlements. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts et des droits et obligations définis par les Règlements. Tous actes ou délibérations ayant pour objet une modification des Statuts sont portés à la connaissance de chacun des membres participants, notamment au moyen du magazine bimestriel adressé à tous les membres participants.

Article 12 : Adhésions à caractère collectif

Les adhésions à caractère collectif peuvent correspondre à une opération facultative ou à une opération obligatoire.

Dans le cadre de contrats collectifs à adhésion facultative, la qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des Statuts, du Règlement Mutualiste et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale ayant souscrit et la Mutuelle.

Dans le cadre de contrats collectifs à adhésion obligatoire, la qualité de membre participant 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.

Chapitre 5

Résiliations, radiation, exclusion

Article 13 : Résiliations faites auprès de la Mutuelle

A) Opérations individuelles

La résiliation de l'adhésion à une garantie soumise à un Règlement de la Mutuelle s'effectue dans les conditions, formes et délais fixés par ledit Règlement. Sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, la résiliation de l'adhésion à la

garantie entraîne, à la date d'échéance fixée au Règlement, la perte de la qualité de membre participant.

B) Opérations collectives

1) Résiliation de l'adhésion à une garantie, à un Règlement collectif ou à un contrat collectif.

La résiliation de l'adhésion à un Règlement collectif ou à un contrat collectif s'effectue dans les conditions, formes et délais fixés par le Règlement ou le contrat. Elle entraîne, à la date d'échéance prévue au Règlement ou au contrat, la perte de la qualité de membre honoraire pour l'employeur ou la personne morale et, pour les membres participants affiliés, la perte de la qualité de membre participant, sous réserve, pour ces derniers, des dispositions du Règlement ou du contrat permettant la poursuite, à titre individuel, de tout ou partie de la couverture.

2) Démission du membre participant adhérent à un contrat collectif.

Sauf lorsqu'il continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, perd la qualité de membre participant celui qui ne remplit plus les conditions posées par le bulletin d'adhésion à un Règlement collectif ou par un contrat collectif pour pouvoir en bénéficier.

Article 14 : Radiation à l'initiative de la Mutuelle

En cas de non paiement des cotisations ou de fausse déclaration, la Mutuelle peut, après avoir fait application des dispositions des articles L.221-7, L.221-8, L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité, radier un membre participant ou un membre honoraire. La radiation prend effet selon les modalités et délais prévus par ces articles.

Article 15 : Modalités d'exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient porté volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est envisagée est convoqué par le Conseil d'Administration dans les conditions fixées au Règlement Intérieur pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

La décision du Conseil d'Administration est notifiée selon les modalités stipulées au Règlement Intérieur. Elle est d'application immédiate du jour de sa notification.

Article 16 : Conséquences de l'exclusion

L'exclusion n'emporte pas renonciation par la Mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en vigueur à l'encontre du membre exclu. L'exclusion ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

III - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre 6

Assemblée Générale

Article 17 : Composition

L'Assemblée Générale est composée de Délégués, à raison d'un Délégué pour 1 000 membres ou fraction de 1 000 membres participants ou honoraires. Les Délégués sont élus pour 6 ans par correspondance. Conformément aux dispositions de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité, il peut être désigné des Délégués représentant les personnes morales ayant souscrit des contrats collectifs en tant que membres honoraires et des Délégués représentant leurs salariés membres participants.

En cas de vacance en cours de mandat par démission, décès ou toute autre cause d'un Délégué, celui-ci est remplacé par le Délégué suppléant figurant sur la même liste immédiatement après le dernier candidat élu et qui a obtenu le plus grand nombre de voix et à égalité au plus jeune.

La perte de la qualité de membre entraîne celle de Délégué ou de Délégué suppléant.

Article 18 : Modalités d'élection des Délégués

Les élections ont lieu par correspondance, à bulletins secrets selon le mode de scrutin uninominal à un tour. Pour le déroulement du scrutin, les membres de la Mutuelle sont organisés en sections de vote, déterminées par le Conseil d'Administration. Chaque section de vote élit les Délégués titulaires et les Délégués suppléants par tranche de 1 000 membres, conformément aux dispositions de l'article 17. Les appels de candidatures auprès des membres, les conditions de dépôt de celles-ci et les modalités de vote sont fixées dans le Règlement Intérieur.

Article 19 : Réunions

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration. La convocation est faite par lettre simple sur papier à en-tête de Groupe France Mutuelle quinze jours au moins avant la date de sa réunion. L'ordre du jour doit être joint à la convocation.

Elle peut également être convoquée dans les conditions prévues par l'article L.114-8 du Code de la Mutualité.

À 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 20 : Ordre du jour

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par le Président.

L'Assemblée ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour. Toutefois, les Délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolution dans les conditions fixées par décret. L'Assemblée peut en toutes circonstances 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.

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

Article 21 : Attributions de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale procède obligatoirement chaque année à l'examen et à la révision des cotisations et des prestations pour l'exercice civil suivant, décide de la reconduction, de la modification ou de la suppression de chaque garantie, se prononce sur le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y attachent, sur les comptes combinés ou consolidés de l'exercice le cas échéant ainsi que sur le rapport de gestion du groupe et sur le rapport spécial du Commissaire aux Comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité.

Elle procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration.

Elle est appelée à se prononcer sur :

- les modifications des Statuts,
- les activités exercées,
- le montant des droits d'adhésion,
- le montant du fonds d'établissement,
- le contenu du Règlement Mutualiste défini par l'article L.114-1, 5^e alinéa du Code de la Mutualité,
- l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en 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 du Code de la Mutualité,
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les livres II et III (partie Législative) du Code de la Mutualité, auquel est joint le rapport du Commissaire aux Comptes prévu à l'article L.114-39 du même Code,
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

En outre, l'Assemblée Générale :

- procède à la nomination des Commissaires aux Comptes,
- décide de la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- fixe les conditions dans lesquelles les délégations de pouvoir sont prévues à l'article 23 des présents Statuts,
- définit les principes devant être respectés par les délégataires de gestion dans le cadre d'une délégation de gestion de contrats,

- décide des apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité,
- se prononce sur l'allocation d'indemnités au Président du Conseil d'Administration et aux autres membres du Conseil auxquels des attributions permanentes ont été confiées.

Article 22 : Modalités de vote et délibérations

Chaque Délégué dispose d'une voix à l'Assemblée Générale.

Tous les votes se font à main levée sauf en ce qui concerne les élections qui font l'objet de vote à bulletins secrets. Toutefois, le Président doit organiser un vote à bulletins secrets lorsque, ayant invité l'Assemblée Générale à s'exprimer à main levée, à la majorité simple des votes exprimés, celle-ci demande sur tel ou tel sujet soumis à son approbation un vote à bulletins secrets.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des Statuts, les activités exercées, les délégations de pouvoir prévues à l'article 23 des présents Statuts, les montants ou taux des cotisations et des prestations, le transfert de portefeuilles, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une 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.

À défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibère valablement si le nombre de ses Délégués présents est au moins égal au quart du total des Délégués.

Lorsque l'Assemblée se prononce sur des questions autres que celles visées à l'article ci-dessus, elle ne délibère valablement que si le nombre de ses Délégués présents est au moins égal au quart du total des Délégués.

À défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibère valablement quel que soit le nombre des Délégués présents.

Exception faite des modifications statutaires qui sont adoptées à la majorité des deux tiers des Délégués présents, les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Article 23 : Délégations

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. Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par la plus proche Assemblée Générale.

Chapitre 7

Conseil d'Administration

Article 24 : Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration comptant au moins 10 et au maximum 21 membres. Il est composé au moins pour les deux tiers de membres participants. Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'Administrateurs exerçant des fonctions d'Administrateurs, de dirigeants 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 25 : Présentation des candidatures

Tout membre participant ou honoraire de la Mutuelle peut présenter sa candidature aux fonctions d'Administrateur de la Mutuelle. Ces candidatures doivent être adressées au siège de la Mutuelle au plus tard à la date indiquée sur l'appel des candidatures.

Article 26 : Conditions d'éligibilité - Limite d'âge

Pour être éligible au Conseil d'Administration, les membres doivent être âgés de 18 ans révolus et ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection. Ils ne doivent avoir fait l'objet d'aucune condamnation selon les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité. Le nombre de membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 75 ans ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration. Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les Administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'Administrateur le plus âgé. Lorsqu'il prend son origine dans l'élection d'un nouvel Administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'Administrateur nouvellement élu.

Toutefois, dans le cas où la proportion de membres participants et honoraires de la Mutuelle ayant dépassé l'âge légal de la retraite serait

supérieure au plafond fixé par décret en Conseil d'État, la Mutuelle serait libérée de cette obligation de limite d'âge à due concurrence. Dans le cas où le rapport ci-dessus viendrait à s'inverser, le Président doit prendre toutes dispositions afin de respecter les limites d'âge en matière de composition du Conseil d'Administration et cela dès la plus proche Assemblée Générale.

Article 27 : Élection des Administrateurs

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents Statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletins secrets par l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale parmi les membres participants et honoraires de la Mutuelle ayant réglé leur cotisation au jour du dépôt de leur candidature, au scrutin uninominal.

En cas de pluralité de candidatures, sont considérés comme élus les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, et ce dans la limite des postes à pourvoir.

Lors des procédures électorales des membres du Conseil d'Administration par l'Assemblée Générale, les résultats sont communiqués aux Délégués soit en séance, soit ultérieurement par correspondance.

Dans le cas où la proportion de membres participants et honoraires de la Mutuelle retraités deviendrait inférieure à la majorité des membres participants, le Président prendra toute disposition afin de respecter les limites d'âge en matière de composition du Conseil d'Administration et cela dès la plus proche Assemblée Générale.

Article 28 : Renouvellement

Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les 2 ans, les membres sortants étant rééligibles. Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration ou en cas de renouvellement total, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 29 : Vacance et remplacement - Cooptation

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un Administrateur, il est procédé provisoirement par le Conseil d'Administration à la cooptation d'un Administrateur sous réserve de ratification par la plus proche Assemblée Générale. Si la nomination faite par le Conseil d'Administration n'est 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.

Article 30 : Durée du mandat

Les Administrateurs sont élus pour une durée de six ans. Les membres qui ont été élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leur fonction lorsqu'ils perdent la qualité de membres participants ou honoraires de la Mutuelle ou lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge dans les conditions mentionnées à l'article 26.

Les Administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Ils cessent également leur fonction lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité relatives au cumul des mandats. Ils doivent alors présenter leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article.

Ils cessent également leur fonction 3 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.

Dans le cas où le nombre d'Administrateurs est inférieur au minimum prévu par les Statuts du fait d'une ou de plusieurs vacances, l'Assemblée Générale est convoquée par le Président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux Administrateurs.

Article 31 : Gratuité des fonctions d'Administrateur

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites. Toutefois, 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.

Article 32 : Réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président au moins 4 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 au moins 5 jours francs avant la date de réunion sauf en cas d'urgence. Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil qui délibère préalablement sur cette présence.

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

Les Administrateurs, ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration, sont tenus à la confidentialité des informations données par le Président ou les dirigeants.

Article 33 : Représentants des salariés au Conseil d'Administration

Deux représentants des salariés de la Mutuelle, élus dans les conditions définies au Règlement Intérieur, assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration. Ils ne peuvent assister aux délibérations ou questions concernant un Administrateur ou un salarié de la Mutuelle.

Article 34 : 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 bulletins secrets pour l'élection du Président et des autres membres du Bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un Administrateur ou un salarié. Il est établi un procès verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

Article 35 : Attributions du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toutes questions intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration élit, parmi ses membres, le Président de la Mutuelle pour un mandat d'une durée maximale de 6 ans par vote à bulletins secrets, la durée du mandat de Président n'excédant pas celle de son mandat d'Administrateur.

Le Conseil d'Administration adopte annuellement le budget prévisionnel de la Mutuelle. À 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 du Code de la Mutualité,
- de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114-26 du même Code ; 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,
- dans le cas où le Conseil d'Administration a nommé un ou plusieurs dirigeants salariés, de l'ensemble des rémunérations qui leur sont versées,
- de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des Administrateurs de la Mutuelle,
- des transferts financiers entre la Mutuelle et d'autres mutuelles et unions de mutuelles.

Le Conseil d'Administration établit le rapport de solvabilité prévu à l'article L.212-3 du Code de la Mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus values latentes, prévu à l'article L.212-6 du même Code.

Le Conseil d'Administration rédige un rapport dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion. Il présente ensuite ce rapport à l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration établit le rapport du contrôle interne prévu par les textes en vigueur.

Plus généralement, le Conseil d'Administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicables aux mutuelles.

Article 36 : Délégations

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Président, soit au Bureau, soit à un ou plusieurs Administrateurs, soit à une ou

plusieurs Commissions. Le Conseil d'Administration peut confier au Président ou au Bureau les attributions suivantes :

- les décisions et formalités d'acquisitions et d'aliénations des biens immobiliers,
- l'acceptation des dons et legs,
- l'embauche et le licenciement des salariés ainsi que la fixation de leur rémunération,
- la passation et l'exécution de contrats ou types de contrats qu'il détermine,
- et plus généralement, toutes attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'Administration par la loi.

Dans le cas où le Conseil d'Administration nomme un ou plusieurs dirigeants salariés au sens de l'article L. 114-19 du Code de la Mutualité, il leur délègue ses pouvoirs en séance du Conseil d'Administration pour une durée limitée à un an maximum.

Le Conseil d'Administration consent au Directeur les délégations de pouvoirs nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et sous son contrôle, le fonctionnement de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration peut à tout moment retirer l'une ou plusieurs de ces attributions qui auront fait l'objet d'un vote en séance du Conseil d'Administration.

Chapitre 8

Bureau et Commissions

Article 37 : Composition du Bureau

Le Bureau est composé du Président du Conseil d'Administration et de deux Vice-Présidents, d'un Secrétaire et d'un Secrétaire Adjoint, d'un Trésorier et d'un Trésorier Adjoint.

Article 38 : Élection des membres du Bureau

Les membres du Bureau sont élus parmi les membres du Conseil d'Administration, à bulletins secrets, dans les conditions fixées par le Règlement Intérieur.

Le Président élu par le Conseil d'Administration est membre de droit pour la durée de son mandat. Il est rééligible. Le Conseil d'Administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du Président.

Les autres membres sont élus pour une durée de deux ans, jusqu'à la tenue du Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale statuant sur les comptes de l'exercice au cours duquel prend fin leur mandat.

Article 39 : Le Président

Le Président convoque le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale, selon les modalités stipulées aux présents Statuts, et en établit l'ordre du jour. Il organise et dirige les travaux de celui-ci, dont il rend compte à l'Assemblée Générale. Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les Administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées. Il informe enfin le Conseil d'Administration des mesures engagées en application des articles L.510-1 du Code de la Mutualité et L.612-2 du Code Monétaire et Financier.

Le Président engage les dépenses.

Le Président représente la Mutuelle en justice tant en défense qu'en action, ainsi que dans tous les actes de la vie civile.

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Directeur de la Mutuelle, mais également à toute autre personne nommément désignée du Conseil d'Administration, l'exécution de tout ou partie des tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 40 : Vacance de la Présidence

Le ou les Vice-Présidents secondent, selon l'ancienneté dans la fonction, le Président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'Administrateur du Président du Conseil d'Administration, la vacance est assurée par intérim par le Vice-Président le plus ancien dans la fonction, charge à ce dernier de convoquer, dans les conditions prévues aux présents Statuts, un Conseil d'Administration en vue de procéder à l'élection d'un nouveau Président.

Article 41 : Le Secrétaire Général

Le Secrétaire Général est responsable des travaux administratifs relatifs aux Conseils d'Administration et Assemblées Générales, de la rédaction des procès verbaux et de l'accomplissement de toutes les formalités légales rendues obligatoires dans le respect de la réglementation applicable à la Mutuelle.

Le Secrétaire peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Directeur de la Mutuelle, mais également à toute autre personne nommément désignée par le Conseil d'Administration, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

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

Article 42 : Le Trésorier

Le Trésorier est responsable de l'ensemble des opérations financières et comptables de la Mutuelle.

Il est chargé du paiement des dépenses préalablement ordonnancées par le Président ou toute autre personne nommément désignée par le Conseil d'Administration et dûment habilitée à cet effet.

Il présente enfin à l'Assemblée Générale un rapport annuel sur la situation comptable et financière de la Mutuelle. Le Trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Directeur mais également à toute autre personne nommément désignée par le Conseil d'Administration l'exécution de tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

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

Article 43 : Commission de Consultation

La Commission de Consultation est composée de 4 à 9 membres désignés par le Conseil d'Administration. La Commission de Consultation, sur invitation du Président, assiste aux séances du Conseil d'Administration.

Chapitre 9

Organisation des sections locales ou d'entreprises

Article 44 : Création de sections locales ou d'entreprises

Le Conseil d'Administration peut créer des sections locales ou d'entreprises.

Article 45 : Administration des sections locales ou d'entreprises

Chaque section locale ou d'entreprise est administrée par une Commission de Gestion spéciale à laquelle le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs.

Cette Commission est composée de membres désignés par le Conseil d'Administration de la Mutuelle, en accord avec celui de la Mutuelle absorbée, le cas échéant, ou le représentant de la section désignée par la Mutuelle. Elle est présidée par le Président du Conseil d'Administration de la Mutuelle ou son Délégué.

Article 46 : Règles de fonctionnement

Les règles de fonctionnement propres à chacune des sections figurent dans le Règlement Intérieur.

Les cotisations et prestations spécifiques à chacune des sections sont identifiées dans les Règlements Mutualistes, adoptées par l'Assemblée Générale de la Mutuelle, et les opérations correspondantes de chaque section concernée font l'objet de comptes séparés.

IV - ORGANISATION FINANCIÈRE ET RÈGLES PRUDENTIELLES

Chapitre 10

Gestion technique et financière

Article 47 : Comptabilité

L'exercice social commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre de chaque année. La comptabilité des opérations de la Mutuelle est

tenue conformément aux dispositions du Code de la Mutualité et, notamment, à celles du plan comptable applicable aux Mutuelles.

Article 48 : Fonds d'établissement

Le montant du fonds d'établissement est fixé à 381 100 euros.

Article 49 : Droits d'adhésion

L'Assemblée Générale instaure, dans les conditions fixées aux Règlements, la mise en place d'un droit d'adhésion versé par chacun des membres participants et en fixe le montant. Ce droit d'adhésion est dédié au fonds d'établissement.

Article 50 : Marge de solvabilité

La Mutuelle dispose à tout moment pour l'ensemble des opérations qu'elle assure d'une marge de solvabilité calculée et constituée conformément aux articles L.212-1, R.212-10 et A.212-1 du Code de la Mutualité.

Article 51 : Fonds de garantie

La Mutuelle satisfait aux obligations légales en matière de constitution du fonds de garantie.

Article 52 : Provisions

La Mutuelle garantit, par la constitution de provisions suffisantes représentées par des actifs équivalents, le règlement intégral, pour la période de vie de la garantie, des engagements pris envers ses membres participants et de leurs ayants droit.

Les provisions techniques sont déterminées conformément aux articles L.212-1, L.212-26, R.212-23, A.212-4, A.212-9 et A.212-13 du Code de la Mutualité. Les placements de la Mutuelle sont effectués conformément aux articles A.212-15 à A.212-24-1 du Code de la Mutualité.

Article 53 : Cotisations et prestations

Les Règlements, les bulletins d'adhésion et les contrats collectifs indiquent le montant des cotisations et des prestations.

Article 54 : Adhésion au Système Fédéral de Garantie

La Mutuelle adhère au Système Fédéral de Garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

Chapitre 11

Contrôle des Comptes

Article 55 : Nomination du Commissaire aux Comptes

En vertu des dispositions 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.822-1 du Code de Commerce, pour une durée de six ans.

Le Président convoque le ou les Commissaires aux Comptes à toute Assemblée Générale.

Article 56 : Mission du Commissaire aux Comptes

Le Commissaire aux Comptes mène sa mission conformément aux dispositions des articles L.225-218 et suivants du Code du Commerce, sous réserve des dispositions spécifiques relevant du Code de la Mutualité.

À ce titre, il porte notamment à la connaissance de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code de Commerce et signale à celle-ci dans les meilleurs délais tout fait ou décision concernant la Mutuelle mentionnée à l'article L.612-44 du Code Monétaire et Financier dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa mission.

Il fournit également à ladite Autorité, sur demande de celle-ci, tout renseignement sur l'activité de la Mutuelle, le Commissaire aux Comptes est alors délié à l'égard de l'Autorité de Contrôle Prudentiel du secret professionnel.

Le Commissaire aux Comptes 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 union régie par le livre III du Code de la Mutualité.

V - DISPOSITIONS DIVERSES

Chapitre 12

Interprétation

Article 57 : Hiérarchie des Textes

Les Statuts, le Règlement Intérieur, les Règlements Mutualistes, les contrats éventuels avec une personne morale souscriptrice et le bulletin d'adhésion, sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Chapitre 13

Arbitrage et attribution de compétence judiciaire

Article 58 : Arbitrage

Dans le cas où un différend ou un litige viendrait à survenir entre Groupe France Mutuelle et l'un de ses membres dans le cadre des présents Statuts, qui ne pourrait être résolu de façon satisfaisante directement par les parties concernées, celui-ci sera soumis à la procédure d'arbitrage régie par les articles 1447 à 1491 du nouveau Code de Procédure Civile. Le Tribunal arbitral siègera à Paris.

Article 59 : Attribution de compétence

Toute contestation qui pourra s'élever concernant l'exécution des présents Statuts sera portée devant le Tribunal compétent du Siège de Groupe France Mutuelle.

Chapitre 14

Dissolution volontaire

Article 60 : Modalités de dissolution volontaire

En dehors des cas prévus par les lois et Règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions de quorum et de majorité prévues en cas de modification des Statuts.

La Mutuelle en informe immédiatement l'Autorité de Contrôle Prudentiel.

À défaut de réunion de l'Assemblée Générale malgré deux convocations successives, la dissolution peut être prononcée par l'Autorité précitée.

Article 61 : Conséquences de la dissolution

La dissolution volontaire comporte pour la Mutuelle l'engagement de ne plus réaliser, pour l'ensemble des agréments qui lui ont été accordés, de nouvelles opérations. Dans le mois de la décision constatant la caducité de l'agrément, elle soumet à l'Autorité de Contrôle Prudentiel un programme de liquidation précisant notamment les délais prévisibles et les conditions financières de la liquidation ainsi que les moyens en personnel et matériels mis en œuvre pour la gestion des engagements résiduels.

Lorsque la gestion des engagements résiduels est déléguée à un tiers, le projet de contrat de délégation et un dossier décrivant la qualité du délégataire et de ses dirigeants, son organisation, sa situation financière et les moyens mis en œuvre sont communiqués à l'Autorité de Contrôle Prudentiel qui peut, dans les conditions mentionnées aux articles L.510-1 du Code de la Mutualité et L.612-2 et L.612-26 du Code Monétaire et Financier, réaliser tous contrôles sur pièces et sur place du délégataire, jusqu'à liquidation intégrale des engagements. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 22 des présents Statuts à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes mentionnés à l'article L.421-1 du Code de la Mutualité.

Chapitre 15

Adhésion aux Fédérations

Article 62 : Adhésion à la FNMF

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

Article 63 : Adhésion à la FNMI

La Mutuelle est adhérente de la Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle (FNMI).

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le présent Règlement Intérieur, établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, complète les dispositions des Statuts, en précisant certaines modalités d'application.

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 1 : Élection des Délégués - Appel à candidatures

Quarante cinq jours au moins avant la date fixée pour les élections, la Mutuelle fait appel à candidatures auprès des membres participants ou honoraires. Cet appel précise les conditions d'éligibilité à remplir et l'adresse de retour du dépôt de candidature.

Les candidatures doivent parvenir à la Mutuelle avant la date limite portée sur l'envoi et fixée, en principe, à un mois de date à date, avant la date du scrutin.

Article 2 : Modalités d'élection des Délégués

Chaque bulletin de vote permettant l'élection des Délégués comporte les mentions suivantes : le nom de la Mutuelle, l'objet du vote : "Élection des Délégués à l'Assemblée Générale du...", s'il y a lieu, la dénomination de la section, la liste des candidats sortants comportant nom, prénom, date de naissance, profession, date d'adhésion à la Mutuelle, avec inscription dans l'ordre alphabétique, la liste des candidats nouveaux comportant les mêmes indications, le nombre de sièges à pourvoir et le cas échéant, le nombre de candidats à rayer sur la liste. Les candidats élus sont informés par courrier de leur élection.

Article 3 : Vacances de postes et empêchement de Délégués

Dans le cas où le nombre de Délégués titulaires, par suite de vacances successives, atteindrait moins du tiers des Délégués élus, le Président, sur décision du Conseil d'Administration, organise de nouvelles élections.

En application de l'article 17 des Statuts, lorsqu'un Délégué est absent à deux réunions d'Assemblée Générale consécutives, il est démis d'office de ses fonctions. Le Conseil d'Administration l'en informe par courrier recommandé avec accusé de réception. Le Délégué ainsi démis de ses fonctions peut contester l'application de cette mesure en invoquant et en justifiant son absence pour cause de maladie ou d'accident. Le Conseil d'Administration décide alors à la majorité de ses membres du maintien ou non de la démission d'office.

Article 4 : Modalités de décisions de l'Assemblée Générale

Il est procédé en début de séance d'Assemblée Générale à la nomination de 2 scrutateurs assistant le Secrétaire ou à défaut le Secrétaire Adjoint.

Ils sont chargés du bon déroulement des opérations concernant les différents scrutins et notamment du décompte exact des Délégués votants.

Ils disposent d'une liste nominative des Délégués inscrits. En cas de vote à bulletin secret, chaque Délégué présent reçoit un ou plusieurs bulletins de vote sur présentation de sa carte de Délégué. Au moment du vote, les scrutateurs émergent à la fois la liste électorale et la carte du Délégué votant.

DISPOSITIONS RELATIVES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 5 : Élection des Administrateurs

Les bulletins de vote doivent comporter : le nom de la Mutuelle, l'objet du vote : "Élection d'Administrateur(s) à l'Assemblée Générale du...", le nombre de sièges à pourvoir et éventuellement le nombre de candidats à rayer, la liste des candidats sortants comportant nom, prénom, date d'adhésion à la Mutuelle, date de naissance et profession avec inscription dans l'ordre alphabétique, la liste des candidats nouveaux comportant les mêmes indications.

Ces mêmes bulletins doivent être utilisés si l'élection a lieu par correspondance.

Article 6 : Conditions d'éligibilité des Administrateurs

Pour l'examen des conditions d'éligibilité, l'âge du candidat est apprécié au jour du scrutin. En application du 1^{er} alinéa de l'article 30 des Statuts, tout Administrateur, à la fin de la période de 6 ans, reste en poste jusqu'à sa réélection ou l'élection de son successeur.

Article 7 : Programme de formation des Administrateurs

Tout candidat au poste d'Administrateur s'engage à suivre la formation qui lui sera proposée par la Mutuelle, en application de l'article L.114-25 du Code de la Mutualité.

Article 8 : Ordre du jour

Tout Administrateur peut demander, dans les 10 jours précédant le Conseil d'Administration, l'inscription de telle ou telle question particulière.

Article 9 : Empêchement d'un Administrateur

En application de l'article 29 des Statuts, lorsqu'un Administrateur est absent deux fois consécutives aux séances du Conseil d'Administration, il est démis d'office de ses fonctions. Le Conseil d'Administration l'en informe par courrier recommandé avec accusé de réception. L'Administrateur ainsi démis d'office de ses fonctions peut alors contester l'application de cette mesure en invoquant et en justifiant son absence pour cause de maladie ou d'accident. Le Conseil d'Administration décide alors à la majorité de ses membres du maintien ou non de la démission d'office. En cas de maintien de la mesure, son poste fera alors l'objet d'une cooptation ratifiée lors de la prochaine Assemblée Générale.

Article 10 : Exclusion d'un membre adhérent

Conformément à l'article 15 des Statuts et à l'article 12 du Règlement Mutualiste, le membre dont l'exclusion est envisagée est convoqué par le Conseil d'Administration par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai d'au moins 15 jours avant la date de réunion du Conseil, pour y être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas à la date indiquée, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée d'office par le Conseil d'Administration. La décision du Conseil d'Administration sur l'exclusion ou non du membre adhérent lui est communiquée par lettre recommandée avec accusé de réception dans les 15 jours de son audition.

Article 11 : Élections des représentants des salariés au Conseil d'Administration

Afin d'assurer la représentation des salariés auprès du Conseil d'Administration, il est organisé l'élection de 2 représentants des salariés de la Mutuelle, dans les conditions suivantes :

a) Il est procédé au sein du personnel titulaire, âgé de 18 ans révolus au 1^{er} janvier précédant la date de désignation et ayant au moins 12 mois d'ancienneté, au jour du scrutin, à l'institution de 2 collèges électoraux, l'un pour le personnel cadre et agent d'encadrement, l'autre pour le personnel employé.

b) La Direction est chargée de la procédure de l'organisation matérielle des élections dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Les élections ont lieu dans le délai de 45 jours précédant la date de l'Assemblée Générale.
- Les candidatures écrites concernant chacun des deux collèges sont reçues par le Directeur Général ou son représentant dans les 15 premiers jours de ce délai et affichées.
- Dans les 10 jours qui suivent, il est procédé dans chaque collège à un vote séparé à bulletins secrets, selon un scrutin à la majorité relative à un tour, étant entendu que 2 membres du personnel par collège électoral se proposeront comme scrutateurs. En cas de partage des voix, le candidat ayant la plus grande ancienneté dans la Mutuelle est déclaré élu.
- Le procès verbal signé du Directeur Général et des 4 scrutateurs enregistre les résultats du vote qui sont communiqués au Président et au personnel.
- Les deux candidats désignés sont élus pour 4 ans renouvelables. Ils reçoivent à cet effet, durant leur mandat, le procès verbal dressé lors de chaque réunion du Conseil d'Administration.

Article 12 : Obligations de réserve des représentants des salariés au Conseil d'Administration

Les représentants des salariés doivent respecter l'obligation de réserve en ce qui concerne les débats au sein du Conseil d'Administration. Ils ne peuvent assister aux délibérations concernant un Administrateur,

un membre de la Mutuelle ou portant sur des questions d'ordre individuel ou collectif concernant le personnel de la Mutuelle.

Article 13 : Délégations au Directeur par le Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration délègue au Directeur Général tous pouvoirs pour assurer la gestion courante de la Mutuelle.

Celui-ci, sous sa responsabilité, peut déléguer à son tour, pour des tâches définies, tous pouvoirs à tel ou tel membre du Comité de Direction, lequel à son tour peut, sous sa responsabilité, accorder des pouvoirs limités à tel ou tel responsable de service.

Article 14 : Élection du Bureau

L'élection des membres du Bureau s'établit selon les modalités suivantes : le dépôt des candidatures s'effectue par lettre adressée au Président au moins 3 jours avant la réunion du Conseil d'Administration.

Pour chaque poste du Bureau, il est établi des bulletins de vote portant les noms et prénoms des candidats. Le vote s'effectue par bulletins secrets, à la majorité absolue au 1^{er} tour, à la majorité relative au 2^e tour ; en cas de partage des voix, le candidat le plus ancien dans la Mutuelle est déclaré élu. Le résultat des votes est prononcé sur le champ par le Président assisté de 2 scrutateurs.

Article 15 : Communications à l'Assemblée Générale

Le Conseil d'Administration présente à l'approbation de l'Assemblée Générale les différents rapports prévus par la loi dont notamment le rapport de gestion, le rapport sur l'intermédiation et le rapport du contrôle.

Article 16 : Instauration des Commissions

Le Conseil d'Administration peut instituer en son sein toute Commission, temporaire ou permanente, qu'il juge utile.

Chaque Commission élit son Président lors de la tenue de la 1^{ère} réunion constitutive, celle-ci étant convoquée par le Président du Conseil d'Administration, membre de droit de chaque Commission. Les Commissions règlent elles-mêmes l'ordre de leurs travaux.

À la demande du Président du Conseil d'Administration, le Président de chaque Commission informe le Conseil d'Administration de l'avancement de ses travaux.

Article 17 : Commission de Consultation

Conformément à l'article 43 des Statuts, la Commission de Consultation peut être consultée par le Président en séance. Elle peut se voir confier par le Président toute étude que celui-ci jugera nécessaire. Le renouvellement des membres de la Commission s'effectue tous les deux ans, au moment du renouvellement par tiers des membres du Conseil d'Administration. La Commission élit son Président lors de sa première réunion.

Dans le cas où un membre de la Commission de Consultation est absent par deux fois consécutives, aux réunions de la Commission, il est d'office démis de ses fonctions. Le Conseil d'Administration l'en informe par courrier recommandé avec accusé de réception. Le

membre de la Commission ainsi démis de ses fonctions peut contester l'application de cette mesure en invoquant et en justifiant son absence pour cause de maladie ou d'accident. Le Conseil d'Administration décide alors à la majorité de ses membres du maintien ou non de la démission d'office.

Article 18 : Commission des Finances

Il est institué une Commission des Finances présidée de droit par le Trésorier. Elle examine et établit notamment les budgets prévisionnels annuels, les bilans, situations et comptes financiers de l'exercice, les rapports de gestion et de solvabilité qu'elle soumet au Conseil d'Administration. Elle peut recevoir du Conseil d'Administration des pouvoirs limités pour statuer, le cas échéant, sur des questions d'ordre financier ou afférentes aux placements.

Elle est consultée sur les délégations de signatures visées à l'article 36 des Statuts. Elle rend compte de ses avis lors du plus prochain Conseil d'Administration.

Article 19 : Comité Spécialisé

Le Comité Spécialisé prévu par les dispositions de l'ordonnance du 8 décembre 2008 est composé de membres du Conseil d'Administration désignés par celui-ci et possédant les compétences requises pour mener à bien sa mission. Il se réunit au moins deux fois par an. Il a notamment pour mission de s'assurer du bon fonctionnement du dispositif de contrôle interne de la Mutuelle instauré par le décret du 19 mai 2008, d'en fixer les grandes orientations et d'en assurer le suivi.

Article 20 : Honorariat

L'honorariat peut être conféré par le Conseil d'Administration à tout ancien Administrateur qui reste informé des délibérations du Conseil d'Administration.

Article 21 : Secours exceptionnels

Il peut être attribué sur le budget spécifique voté chaque année par l'Assemblée Générale des secours exceptionnels aux membres participants ou honoraires par le Conseil d'Administration, lequel peut déléguer ses pouvoirs, pour ce faire, à la Commission d'Action Sociale.

DISPOSITIONS PROPRES À LA DÉLÉGATION DE GESTION ET À L'INTERMÉDIATION

Article 22 : Principes de la délégation de gestion

En application de l'article 4 des Statuts, les délégataires gestionnaires de contrats collectifs ou individuels (notamment dans le cas des partenariats mutualistes ou de distribution de contrats Groupe France Mutuelle par des intermédiaires commissionnés tels que les courtiers) devront justifier pour ce qui les concerne du respect des dispositions issues de la loi du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance et de ses décrets d'application.

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent Règlement Mutualiste comprenant les dispositions générales applicables à l'ensemble des garanties, produits et services de Groupe France Mutuelle est adopté par l'Assemblée Générale, sur proposition du Conseil d'Administration de la Mutuelle, conformément à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité.

Il définit les engagements contractuels réciproques existant entre chaque membre et la Mutuelle, tant en ce qui concerne la durée des engagements nés du contrat ou de l'adhésion, que du contenu de ceux-ci. Il s'applique à l'ensemble des bénéficiaires de l'adhésion ou du contrat, c'est-à-dire au membre participant et à ses ayants droit, cotisants ou non.

I - CONDITIONS GÉNÉRALES

Chapitre 1

Adhésion

Article 1 : Objet

Le présent Règlement précise les conditions d'assurance des personnes physiques, des salariés ou membres d'une personne morale souscriptrice ainsi que, le cas échéant, leurs bénéficiaires ou ayants droit.

La Mutuelle intervient notamment en complément d'un Régime Obligatoire, de quelque nature qu'il soit. En cas de carence ou d'absence totale d'un Régime Obligatoire, elle peut intervenir au premier euro.

En cas de souscription d'un contrat collectif par un employeur ou une personne morale, seules pourront s'appliquer les dispositions auxquelles ledit contrat n'aura pas dérogé.

Article 2 : Définition des engagements contractuels

Les engagements contractuels correspondent à une opération individuelle ou à une opération collective.

Est qualifiée d'opération individuelle l'opération par laquelle une personne physique signe un bulletin d'adhésion à la Mutuelle.

Est qualifiée d'opération collective :

- l'opération facultative par laquelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat collectif souscrit par un employeur ou une personne morale, des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale adhèrent librement à la Mutuelle ;
- l'opération obligatoire par laquelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat collectif souscrit par un employeur, l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, des dispositions de la convention ou de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur, de s'affilier à la Mutuelle.

Article 3 : Catégories d'assurés

3.1 : Membres participants

Conformément à l'article 8 des Statuts, la Mutuelle est composée de membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires.

La Mutuelle intervient au profit des ressortissants français et de leurs ayants droit résidant régulièrement sur le territoire français.

Les ressortissants français et leurs ayants droit résidant ou étant détachés à l'étranger peuvent également être pris en charge dès lors qu'ils cotisent à la Caisse des français à l'étranger ou volontairement à une Caisse obligatoire française d'Assurance Maladie.

Les travailleurs étrangers résidant régulièrement en France et ceux ayant leur résidence à l'étranger et leur lieu de travail permanent en France (dès lors qu'il a été passé dans ce cas une convention avec leur pays d'origine) bénéficient, pour eux et leurs ayants droit, des dispositions de l'Assurance Maladie et peuvent être, à ce titre, couverts par la Mutuelle.

La Mutuelle a également vocation à proposer ses services aux ressortissants d'un État membre de la Communauté Européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen.

Enfin la Mutuelle peut également intervenir au profit des frontaliers, dès lors que leur Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ressort au droit français, indépendamment de leur lieu de résidence.

À leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants des mutuelles sans intervention de leur représentant légal.

L'ensemble des dispositions concernant l'adhésion ne s'applique pas aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire dans le cadre de l'article L.861-1 du Code de la Sécurité Sociale.

3.2 : Ayants droit

Est considérée comme ayant droit toute personne rattachée à un membre participant à l'un des titres suivants :

- conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité.

Par concubinage on entend « l'union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ».

Peuvent être considérés comme bénéficiaires les personnes à charge ou conjoints ou concubins majeurs de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le Régime Obligatoire et fournissent les justificatifs requis.

- enfant pris en charge sous le numéro d'immatriculation de l'un ou l'autre des deux parents : soit le participant lui-même ou son conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, dès lors qu'il en est ayant droit ; ceci vaut que les enfants soient légitimes, naturels, reconnus, adoptifs ou recueillis ; ces enfants doivent être mineurs de moins de 16 ans ; cette limite d'âge peut être portée à 21 ans révolus pour les apprentis ou 26 ans révolus pour les enfants justifiant d'une inscription dans un établissement scolaire ou universitaire.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la Mutuelle.

En ce qui concerne l'enfant issu d'un ayant droit mineur, il est prévu postérieurement à l'évènement entraînant la modification, de scinder l'adhésion initiale de façon à conférer la qualité de membre participant à l'ayant droit mineur. Dès lors, le nouveau-né ou le conjoint ou le concubin acquiert par suite la qualité d'ayant droit.

3.3 : Foyer

Constitue un foyer tel que visé par le présent Règlement Mutualiste le membre participant ainsi que ses ayants droit définis ci-dessus.

3.4 : Cas des tutelles et curatelles

Des adhésions peuvent également être réalisées à la demande des services sociaux pour des personnes relevant de l'aide sociale. Il en est de même pour ce qui relève des tutelles et curatelles. Les documents justificatifs doivent être joints lors de l'adhésion et renouvelés aux périodes prévues.

Article 4 : Adhésion

4.1 : Information et enregistrement de l'adhésion

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat collectif.

L'engagement réciproque d'un employeur, d'une personne morale ou d'une personne physique et de la Mutuelle résulte de l'adhésion à la Mutuelle, ainsi que de la mise à disposition des Statuts, du présent Règlement et de l'information des décisions régulièrement prises par le Conseil d'Administration ou l'Assemblée Générale de la Mutuelle, notamment sur l'évolution des prestations et des cotisations.

Pour les opérations individuelles, la Mutuelle remettra avant la signature, dans le respect du délai réglementaire, un bulletin d'adhésion, les Statuts et Règlements ou une fiche d'information sur les engagements contractuels décrivant précisément les droits et obligations réciproques des parties.

Dans le cadre des opérations collectives, la Mutuelle remettra au souscripteur une notice qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour

obtenir le versement de la prestation. Cette notice précisera, en outre, le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. Le souscripteur sera tenu, sous sa responsabilité, de remettre cette notice et les Statuts de la Mutuelle à chaque membre participant.

Le membre participant dispose du libre choix de sa garantie d'adhésion. L'âge du conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité le plus jeune détermine pour l'ensemble du foyer la tranche d'âge à l'adhésion, sauf indication contraire portée dans la notice ou dans la fiche d'information.

Le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif comporte notamment :

- la date d'effet de l'adhésion ;
- la définition de la ou des catégories de personnel visé ;
- la nature et le taux ou le montant des garanties ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- les montants de cotisations correspondant aux garanties prévues.

Au moment de l'adhésion, l'employeur ou la personne morale devra déclarer les salariés ou adhérents en arrêt de travail, total ou partiel.

L'adhésion est parfaite lors de l'encaissement des cotisations dues. Chaque nouveau membre se voit attribuer, dès la confirmation de son adhésion, un numéro de membre participant, référence unique et spécifique à Groupe France Mutuelle. Ce numéro est à rappeler obligatoirement dans toutes relations ou correspondances avec la Mutuelle.

La garantie souscrite prend effet le 1^{er} d'un mois et au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion signé, d'une copie de la pièce d'identité du membre participant, des attestations de Sécurité Sociale des personnes inscrites sur le dossier, d'un relevé d'identité bancaire et de l'encaissement du chèque du 1^{er} versement.

La Mutuelle prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la signature.

4.2 : Remise de la carte de membre participant

La carte d'adhérent remise à tout membre bénéficiaire est une carte personnelle délivrée par Groupe France Mutuelle lors de l'adhésion. Elle comporte le numéro d'identifiant du bénéficiaire.

La carte d'adhérent sécurisée à microprocesseur contient les informations nécessaires à la mise en œuvre des services proposés avec les garanties de l'adhérent, dont notamment le système de Remboursement Mutuelle Simultané, le tiers payant automatisé et le carnet de vaccination selon la formule souscrite.

La carte d'adhérent permet la connexion sécurisée au système de Remboursement Mutuelle Simultané (RMS) et permet de recueillir en direct auprès des professionnels de santé les informations utiles au versement des prestations de la Mutuelle.

La capacité technique du professionnel de santé ou assimilé à accepter la carte d'adhérent n'emporte aucun jugement de valeur sur les compétences professionnelles du praticien et n'engage pas la responsabilité de Groupe France Mutuelle.

4.3 : Délai de renonciation

Pour les opérations individuelles réalisées dans le cadre de la vente à distance, le délai de renonciation est fixé à 14 jours à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou du jour où le membre participant a reçu les conditions d'adhésion et les informations contractuelles. S'il fait usage de son droit de renonciation, le membre participant devra rembourser les prestations versées par la Mutuelle dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle s'engage à rembourser dans ce même délai les cotisations réglées.

Article 5 : Contrats bénéficiant d'une aide

5.1 : Contrats responsables

Les garanties proposées par Groupe France Mutuelle respectent les dispositions de la loi 2004-810 du 13 août 2004 réformant l'Assurance Maladie et plus particulièrement des articles L.322-2, L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale ainsi que toutes les règles relatives aux contrats bénéficiant d'une aide de l'État, dits « responsables ». En conséquence, le contrat ne prend pas en charge les éventuelles majorations de participation ni les dépassements d'honoraires visés explicitement par ces textes. Par ailleurs, les assurés reconnaissent expressément que les remboursements complémentaires prévus par leur contrat s'appliquent pour des consultations, prestations, soins et prescriptions délivrés dans le cadre

du parcours de soins coordonné tel que visé par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale.

L'observation de ces dispositions permet de bénéficier le cas échéant des avantages fiscaux et sociaux attachés aux contrats collectifs, obligatoires et responsables. Elle conditionne notamment la non-éligibilité du contrat à la taxe sur les conventions d'assurance et l'ouverture des droits à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Cependant, lorsque certaines garanties prévoient la prise en compte ou en charge ou excluent certaines prestations et actes susvisés, la précision en est apportée par la documentation spécifique attachée à ces garanties qui subissent la taxe. C'est ainsi que le décret du 29 septembre 2005 prévoit notamment la couverture obligatoire des consultations, des visites et de la pharmacie. Il s'ensuit que les options souscrites auprès des mutuelles en général et de Groupe France Mutuelle en particulier ne comprenant pas l'un des modules de prestations médicales subissent la taxe sur les conventions d'assurance et ne donnent pas droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

5.2 : Loi Madelin

Groupe France Mutuelle est souscriptrice auprès d'une association déclarée loi 1901, comportant un minimum de 1 000 membres exerçant ou ayant une activité non salariée non agricole, d'un contrat permettant aux membres participants de la Mutuelle concernés de bénéficier des dispositions de la loi n°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin ».

5.3 : Loi Fillon

Dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire et responsable, le souscripteur et/ou les assurés peuvent bénéficier des déductions sociales et des exonérations fiscales prévues par la loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, dite « loi Fillon », sous réserve du respect par ces derniers de la réglementation et des recommandations de l'administration fiscale et sociale en la matière.

Article 6 : Garanties souscrites par la Mutuelle pour tous ses membres

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, ceux-ci sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la Mutuelle.

Article 7 : Délais de carence

Les prestations sont délivrées en tenant compte des éventuels délais de carence.

Le nouveau membre participant est exempté des délais de carence indiqués sur le tableau des prestations lorsqu'il produit, à l'appui de son bulletin d'adhésion, un certificat de radiation du précédent organisme. Cette dispense, valable pour les risques précédemment couverts doit être réalisée au plus tard dans les 3 mois de la radiation du précédent organisme.

Dans les contrats collectifs, le nouveau membre participant peut être exempté de tous les délais de carence lorsque son adhésion intervient au plus tard dans les 3 mois, de date à date, suivant son embauche dans l'entreprise.

Les nouveaux mariés et les conjoints nouveaux mariés des membres participants, inscrits dans les 3 mois de leur mariage, acte faisant foi (date d'effet au 1^{er} jour du mois suivant le mariage), bénéficient de la dispense des délais de carence.

Sur demande écrite des parents, formulée dans les 90 jours suivant la naissance, les nouveau-nés n'ont aucun délai de carence à accomplir, à la condition que les parents aient satisfait eux-mêmes aux délais de carence. Dans ce cas, l'enfant né entre le 1^{er} et le 15 du mois sera inscrit au 1^{er} du mois en cours. S'il est né après le 15, il sera enregistré au 1^{er} du mois suivant.

Article 8 : Durée des engagements contractuels

• Principe

L'adhésion à la Mutuelle court à compter de la date d'effet fixée dans le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif pour expirer le 31 décembre de l'année qui suit. Elle se renouvelle ensuite d'année en année par tacite reconduction.

Par dérogation, le contrat collectif peut prévoir une durée différente.

Elle est maintenue tant que le membre participant s'acquitte de ses cotisations, quelle que soit la garantie souscrite.

• Échéance

Le membre participant pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale pour les opérations collectives à adhésion facultative, l'employeur pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à l'adhésion ou résilier le contrat collectif en fin d'année civile, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année civile en cours.

Pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au Règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuel de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste. Lorsque cette information ne lui a pas été adressée dans les conditions visées ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée avec accusé de réception, mettre un terme à son adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception du courrier par la Mutuelle.

Dans le cas des contrats collectifs, l'adhésion prend fin lorsque le groupe assuré a disparu. Le salarié perd également la qualité de membre participant lorsqu'il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel concernée.

• Effets

Le membre participant est tenu au paiement de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties. Des maintiens de couverture sont cependant prévus sous certaines conditions.

Sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, la résiliation de l'adhésion entraîne, à la date d'échéance, la perte de la qualité de membre participant.

Le membre participant s'engage à restituer sa ou ses carte(s) de membre participant et ayants droit et le cas échéant, sa ou ses carte(s) de tiers payant à la Mutuelle au plus tard dans les quinze jours suivant la date d'effet de la fin de son adhésion. Dans le cas de non restitution et d'utilisation frauduleuse de sa ou ses carte(s), le membre participant radié et ses ayants droit s'expose(nt) à des poursuites judiciaires.

• Dérogation

Il est dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle lorsqu'un membre participant présente tout justificatif de l'obligation d'adhésion à un régime d'assurance santé d'entreprise à adhésion collective et obligatoire. Dans ce cas, et sous réserve que le membre participant en fasse la demande par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les trois mois précédant son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire, la résiliation sera effective à la date d'effet de la nouvelle garantie collective. Cette résiliation entraînera la radiation du contrat du membre participant et l'éventuel trop perçu des cotisations lui sera remboursé par la Mutuelle.

Article 9 : Exécution des engagements contractuels

9.1 : Opérations individuelles

a) Suspension de la garantie

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure de l'adhérent.

La garantie reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payées la cotisation arriérée ou la fraction de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension et, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

b) Fin de l'adhésion

- À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours après la mise en demeure de l'adhérent. Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration précitée le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Tout adhérent radié pour cause de cotisations impayées peut demander à nouveau son adhésion à la Mutuelle dès lors qu'il régularise son passif vis-à-vis de la Mutuelle.

- Sous réserve des dispositions législatives en vigueur et dans le strict respect des conditions et délais fixés par décret, 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.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat intervient dans les trois mois de la date de l'évènement ou de la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après la réception de sa notification.

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de la cotisation qui correspond à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

9.2 : Opérations collectives

a) L'employeur ou la personne morale assure le précompte

À défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans sa lettre de mise en demeure, la Mutuelle informe l'employeur ou la personne morale des conséquences que ce défaut peut entraîner sur la poursuite de la garantie. Quant à l'adhérent, il est informé qu'à l'expiration du délai prévu ci-dessus, le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice peut entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il décide de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations arriérées.

Sauf décision contraire de la Mutuelle, la garantie reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension et, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

b) L'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte

Dans les opérations collectives facultatives, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre est envoyée dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu ci-dessus, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne fera pas obstacle au versement par la Mutuelle des prestations acquises en contrepartie des cotisations arriérées versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

c) Convention de branche ou accord professionnel ou interprofessionnel (article L.912-1 du Code de la Sécurité Sociale)

Les dispositions du paragraphe 9.2 ci-dessus ne sont pas applicables lorsque l'engagement contractuel résulte d'une convention de branche ou d'un accord professionnel ou interprofessionnel.

À défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, la mutuelle appliquera des pénalités de retard à la charge exclusive de l'employeur.

d) Situations diverses

• Autres événements

Les membres participants cessent d'être garantis lors de la survenance de l'un des événements suivants :

- départ du participant de l'entreprise ou de la catégorie de personnel visée ;
- décès du membre participant ou de son ayant droit.

En cas de décès du membre participant titulaire ou de ses ayants droit, les cotisations payées d'avance, pour les périodes postérieures au mois au cours duquel est survenu le décès, sont remboursées. En cas de décès du titulaire du dossier, le conjoint devient titulaire après acceptation et signature de l'avenant correspondant, la date d'effet étant le premier jour du mois suivant le décès du conjoint.

• Loi Evin

Le contrat d'adhésion collectif obligatoire, souscrit en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, prévoit les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats par lesquelles la Mutuelle maintient cette couverture :

1/ Au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

2/ Au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention prévoit que la garantie prenne effet, au plus tard, au lendemain de la demande. Les cotisations applicables aux personnes visées par le présent paragraphe peuvent être supérieures aux cotisations applicables aux salariés actifs dans les conditions fixées par décret.

Article 10 : Modification des engagements contractuels

10.1 : Par l'Assemblée Générale et/ou le Conseil d'Administration

Toute modification des Statuts, des Règlements et des garanties décidée par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration, prend effet à partir du moment où elle est portée à la connaissance des membres participants ou honoraires.

Chaque garantie peut être modifiée ou supprimée à tout moment par décision de l'Assemblée Générale ou, par délégation, par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

En matière de contrat collectif, les dispositions du contrat fixent les modalités de modification des garanties.

Pour les opérations collectives facultatives, tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

10.2 : Par le membre participant ou le souscripteur

Des modifications peuvent également intervenir à la demande écrite des intéressés (modification des bénéficiaires, changement de situations diverses, transformation de bénéficiaire en membre participant, etc.). Pour être régulièrement pris en compte, ces changements doivent être justifiés.

Sont également prises en compte les demandes de changement de garantie ou de modifications du contrat collectif qui doivent être acceptées par la Mutuelle.

Le membre participant ne peut demander sa mutation dans une autre garantie qu'au terme d'un délai minimum de 12 mois d'adhésion. Ce délai peut être réduit en cas de mutation vers une garantie à prestations supérieures. Dans ce cas, il ne pourra demander ensuite sa mutation vers une garantie à prestations inférieures qu'à l'expiration d'un délai de 12 mois.

Quelle que soit la durée minimum d'adhésion nécessaire avant tout changement de garantie, la demande de mutation dans une autre garantie ne peut intervenir qu'à la fin d'un trimestre civil afin qu'elle soit effective le trimestre suivant, sauf indication contraire portée dans la notice ou dans la fiche d'information.

Article 11 : Fausse déclaration - Nullité

1.- Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

- Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des Règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation.

À défaut d'accord du membre participant, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle lui restituera la fraction de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

- Si elle est constatée après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

2.- Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réclamation ou de fausse déclaration intentionnelle de sa part.

Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit, en outre, au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 12 : Radiation - Exclusion

En cas de non paiement des cotisations ou de fausse déclaration, la Mutuelle peut, après avoir fait application des dispositions légales, radier un membre participant ou un membre honoraire.

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle. Le membre dont l'exclusion est envisagée est convoqué par le Conseil d'Administration dans les conditions fixées au Règlement Intérieur pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. La décision du Conseil d'Administration est notifiée selon les modalités stipulées au Règlement Intérieur. Elle est d'application immédiate du jour de sa notification. L'exclusion n'empêche pas renonciation par la Mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en vigueur à l'encontre du membre exclu. L'exclusion ne donne pas droit aux remboursements des cotisations versées.

Chapitre 2 Cotisations

Article 13 : Droit d'adhésion

Le droit d'adhésion est payé avec la première cotisation ou fraction de cotisation. Son montant est de 8 euros par membre participant, quel que soit le nombre d'ayants droit. Ce droit d'adhésion versé lors de la constitution du dossier reste acquis à la Mutuelle.

Article 14 : Fixation des cotisations

La cotisation est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle.

À cette cotisation peuvent s'ajouter les cotisations spéciales destinées soit à un organisme fédéral, soit à des organismes techniques publics ou privés, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

En plus de sa cotisation, le membre participant s'acquiesce des impôts, taxes, prélèvements divers dans les conditions prévues par les textes législatifs et réglementaires et dont la Mutuelle est chargée du recouvrement.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle exigible d'avance. Son règlement peut être fractionné selon les modalités prévues à l'article 16 « Paiement » du présent Règlement Mutualiste.

Les montants ou taux de cotisation sont fixés aux conditions particulières du bulletin d'adhésion (fiches d'information) ou du contrat collectif.

Pour les opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, la Mutuelle ne peut moduler les montants des cotisations qu'en fonction du revenu, de la durée d'appartenance à cette dernière, du régime de Sécurité Sociale d'affiliation, du lieu de résidence, du nombre d'ayants droit, de l'âge des membres participants ou de leur situation familiale.

La Mutuelle s'interdit de recueillir des informations à caractère purement médical auprès de ses membres participants ou des personnes souhaitant adhérer dans le but de fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

Les montants ou taux de cotisation sont établis compte tenu notamment des dispositions fiscales en vigueur et des dispositions générales de la Sécurité Sociale et de ses bases de remboursement en vigueur à la date d'effet de l'engagement contractuel. Si ces éléments viennent à être modifiés en cours d'adhésion, la Mutuelle pourra

procéder sans délai à leur révision, conformément aux dispositions légales et statutaires. Les modifications votées par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'Administration sur délégation seront portées à la connaissance du membre participant, de l'employeur ou de la personne morale conformément aux dispositions de l'article 10 ci-dessus. Par leur notification, elles s'imposeront alors au membre participant.

S'agissant des opérations collectives, si l'employeur ou la personne morale souscriptrice refuse la modification du contrat collectif proposé par la Mutuelle, il pourra mettre fin immédiatement à son adhésion sans attendre le prochain renouvellement annuel et sans préavis.

Article 15 : Système Généfîl

Les membres participants peuvent bénéficier à tout moment du système Généfîl de modulation tarifaire (sauf indication contraire portée dans la notice ou dans la fiche d'information). Il repose sur la prise en compte du nombre de générations en filiation directe ou indirecte et souscriptrices de garanties qui le prévoient dans leur fiche d'information, regroupées sous le nom de famille Généfîl. La création de cette famille conditionne l'application, pour chacun de ses membres participants adultes, d'un tarif modulé spécifique pour chaque génération selon l'année de naissance du titulaire du dossier. On entend par filiation indirecte l'adhésion des beaux-parents du membre participant.

Les coefficients Généfîl sont liés au nombre de générations constaté dans la famille, puis au rang Généfîl du titulaire du dossier.

La nouvelle cotisation payée par le membre participant est obtenue en multipliant la tarification de sa garantie par le coefficient Généfîl correspondant à sa situation et à celle de sa famille.

Lorsque le membre participant demande la création d'une famille Généfîl, soit au moment de son adhésion, soit en cours de contrat, l'application du barème Généfîl sur les cotisations s'effectue au premier jour du mois suivant la réception de la demande du membre participant.

En cas de changement dans la composition de la famille Généfîl, changement de rang de tranche d'âge, modification du nombre de génération par départ de certains des membres, la nouvelle situation donne lieu à la révision des modulations tarifaires appliquées à chacun des membres.

Les bases et les taux de modulation tarifaires Généfîl sont présentés dans le document d'information "Livret d'Accueil".

Article 16 : Paiement

16.1 : Modalités de paiement

- Pour les opérations individuelles, les cotisations sont payées :

- au plus tard le 20 de chaque mois pour un paiement mensuel ;
- au plus tard le 20 du premier mois du trimestre ou du semestre.

Le paiement s'effectue par chèque bancaire, postal ou au moyen d'un prélèvement automatique sur le compte du membre participant.

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

- Pour les opérations collectives, les cotisations sont payables aux échéances fixées contractuellement. Chaque paiement doit être accompagné de la déclaration indiquant :

- le nombre de membres participants à la fin de la période contractuelle correspondante ; pour le membre participant nouvellement inscrit, la cotisation est due à compter de la date d'entrée dans le groupe et signalée par l'employeur ou la personne morale souscriptrice ; pour le membre radié, la cotisation est due jusqu'au jour où il cesse d'appartenir au groupe.
- éventuellement, l'assiette servant de base au calcul de la cotisation pour la période concernée.

16.2 : Bordereau annuel des membres participants

Pour les opérations collectives, l'employeur ou la personne morale souscriptrice fait parvenir à la Mutuelle, au plus tard le 31 janvier de chaque année, la liste des membres participants le concernant, précisant pour chacun d'eux : ses nom, prénoms, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale, situation de famille, éventuellement le salaire perçu au titre de l'année civile écoulée, sa date d'entrée et de sortie.

La Mutuelle pourra demander chaque trimestre les renseignements concernant les nouveaux membres participants, leur date d'entrée et de sortie. L'employeur ou la personne morale souscriptrice informera la Mutuelle de toute transformation intervenant dans sa situation

juridique ou économique (fusion, scission, apport partiel d'actif, location gérance, dissolution, mise en sommeil, etc.).

L'employeur tiendra ses états de salaires et de personnel à la disposition de la Mutuelle pour consultation éventuelle.

16.3 : Pénalités de retard - Frais

En cas de retard répété de paiement ou d'impayés, des pénalités peuvent, outre les frais de relance, être appliquées visant à *minima* à couvrir l'ensemble des frais engagés par la Mutuelle ou facturés à cette dernière.

Chapitre 3

Prestations

Article 17 : Montant ou taux et nature des prestations

Les montants ou taux des prestations concernant les différentes garanties de la Mutuelle sont présentés dans les fiches d'informations pour les opérations individuelles et dans les notices d'information et le contrat collectif pour les opérations collectives.

Conformément aux principes mutualistes, la Mutuelle n'instaure de différence dans le niveau de prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

L'ensemble des prestations accordées par la Mutuelle est versé exclusivement pour les événements survenus dans la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée.

Chaque garantie de la Mutuelle contient au minimum deux prestations de prévention fixées après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, notamment :

- le bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans
- le dépistage de l'hépatite B
- un détartrage dentaire annuel
- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures réalisé avant les 14 ans de l'enfant
- le dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les plus de 50 ans
- l'ostéodensitométrie, limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans
- certains vaccins

Le remboursement de ces prestations de prévention se fait sur présentation du décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie.

Article 18 : Caractère indemnitaire

Les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire. L'indemnité due par la Mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant effectivement à charge du membre participant au moment du sinistre.

Article 19 : Limites

Pour les garanties qui le prévoient et sur présentation des justificatifs :

- Consultation en neuropsychiatrie : la prise en charge de Groupe France Mutuelle est limitée à un maximum de 40 consultations par année civile.
- Traitement pédiatrie : la prise en charge de Groupe France Mutuelle est constituée d'un forfait annuel par année civile et s'effectue sur présentation du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie.
- En implantologie, optique, pour les lentilles de contact acceptées et refusées, le forfait journalier, le lit accompagnant et la chambre particulière en médecine : la prise en charge de Groupe France Mutuelle est limitée dans le temps et/ou dans son montant (forfait annuel).
- Les primes de mariage et de PACS, noces d'or, noces de diamant sont versées par foyer et uniquement une seule fois dans la vie du contrat.
- La prime de naissance est versée par foyer.

Article 20 : Justification et participations

Pour tous les dossiers, hors échanges CPAM et transaction RMS, l'original du décompte de la Sécurité Sociale ou de tout autre Régime Obligatoire ou encore le reçu des tickets modérateurs délivré par les centres de soins, dispensaires... doit être fourni. Aucune copie ne sera acceptée.

L'assuré doit transmettre à la Mutuelle ces justificatifs sur lesquels il lui appartient de faire figurer son numéro de membre participant.

En vue du règlement des prestations dans les limites des garanties souscrites, les pièces justificatives à fournir à la Mutuelle sont :

- les notes d'honoraires ou de frais, mémoires, ou factures acquittées, établis en bonne et due forme, datés et signés par le praticien ou l'établissement qui les a délivrés, mentionnant, d'une façon précise, les noms et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et, le cas échéant, la nature des actes pratiqués et n° ADELI ou FINESS ;
- le décompte original des prestations servies par la Sécurité Sociale ou, en cas de refus de prise en charge, une déclaration de cet organisme faisant connaître les raisons pour lesquelles il n'est pas intervenu.

Et notamment :

- Pour la prise en charge de la participation forfaitaire sur les actes médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à un montant ou à un coefficient fixé par la réglementation, présentation de la facture acquittée.
- Pour les prestations non prises en charge par la Caisse Maladie figurant dans les fiches et notices d'information, la facture acquittée établie par un praticien habilité et contenant la désignation de l'acte et du bénéficiaire.
- Pour les prothèses dentaires et implants, un accord préalable de prise en charge est nécessaire.

L'accord préalable est obtenu après examen et acceptation du devis envoyé sous pli cacheté au dentiste consultant de la Mutuelle. Sans réponse écrite concernant le refus ou l'acceptation du devis dans un délai maximum de 20 jours à compter de la réception du devis par le dentiste consultant, l'accord sur le devis est réputé acquis.

Cependant :

- les implants et prothèses dentaires réalisés à l'étranger ne sont pas remboursés par Groupe France Mutuelle ;
- en cas de travaux réalisés sans accord préalable du dentiste consultant de la Mutuelle, un refus de prise en charge sera opposé. De même, s'il s'avère que les travaux ont été réalisés antérieurement à la date de remise sous pli cacheté du devis au dentiste consultant, la Mutuelle sera en droit de réclamer le remboursement des prestations qui auraient été versées ;
- tout devis dont la date est antérieure à l'adhésion à la Mutuelle sera refusé.

Le devis comprend nécessairement sa date d'établissement, la durée de validité, la description du traitement proposé et des actes, le montant des honoraires, la cotation des actes selon la nomenclature en vigueur ainsi que toute mention légale obligatoire.

Afin d'assurer le contrôle de ces prestations et, le cas échéant, avant exécution des travaux et prise en charge ou après leur réalisation, le dentiste consultant de la Mutuelle pourra demander la remise d'une radiographie panoramique sur film. Cette radiographie panoramique sur film sera remboursée par la Mutuelle dans les limites de la garantie souscrite.

Il pourra également soumettre l'adhérent qui s'y oblige à un examen clinique gratuit préalable ou portant sur la réalisation du devis à son cabinet. Lors de sa visite au dentiste consultant, l'assuré peut, s'il le souhaite, venir, à ses frais, assisté de son dentiste personnel.

- Pour l'orthodontie dentofaciale : les traitements doivent faire l'objet d'une demande d'entente préalable formulée à la Caisse d'Assurance Maladie avant le 16^e anniversaire de l'enfant. Ces traitements dispensés aux adultes et refusés par la Caisse d'Assurance Maladie sont pris en charge par la Mutuelle.
- Pour les frais d'optique, la facture détaillée de l'opticien mentionnant explicitement d'une part, la nature et le prix des verres, d'autre part, le prix de la monture.
- Pour les lentilles de contact refusées et les vaccins, la prescription ainsi que la facture acquittée avec la désignation de l'acte.
- Pour les auxiliaires médicaux exerçant leur pratique dans le cadre fixé par les ordres ordinaires, en cas de dépassement d'honoraires, la photocopie de la feuille de soins mentionnant « DE » ainsi que la facture correspondante.
- Pour les prestations médicales et médico-chirurgicales exécutées à l'étranger, le décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie française afférent à ces soins à l'étranger.

• Pour les frais d'appareillage et de fauteuil roulant, le décompte de la Caisse d'Assurance Maladie et la facture dûment acquittée justifiant l'achat.

• Pour le matériel acoustique, le décompte de la Caisse d'Assurance Maladie et la facture dûment acquittée justifiant l'achat, celle-ci est doublée en cas d'appareil stéréophonique.

• Pour la prise en charge hospitalière (sous réserve de l'encaissement de la cotisation) :

- En cas d'hospitalisation en établissement conventionné, médical, chirurgical, maison de repos ou de rééducation, le membre participant doit se mettre en rapport avec notre Mutuelle qui délivrera une prise en charge lui évitant l'avance des frais : ticket modérateur pour le séjour, éventuellement chambre particulière, forfait journalier dans la limite prévue dans sa garantie.

- S'il s'agit d'un établissement agréé par la Caisse d'Assurance Maladie, mais non conventionné, aucune prise en charge préalable ne peut être établie. Le membre participant devra acquitter l'intégralité des frais et faire parvenir à la Mutuelle les pièces justificatives habituelles (décomptes de la Caisse d'Assurance Maladie et factures originales dûment acquittées).

- En cas de dépassement d'honoraires, il devra remettre à la Mutuelle l'original de la facture de l'établissement hospitalier sur laquelle figurent les honoraires (bordereau E 615 pour les cliniques uniquement).

• Pour les maisons de repos, de convalescence ou de réadaptation, les frais de chambre particulière font l'objet d'une prise en charge pour la durée maximum prévue par la garantie, et par année civile, sous réserve de l'encaissement de la cotisation. S'il s'agit d'établissement agréé par la Caisse d'Assurance Maladie, mais non conventionné, aucune prise en charge préalable ne peut être établie. Le membre participant devra acquitter l'intégralité des frais et faire parvenir à la Mutuelle les pièces justificatives habituelles (décomptes de la Caisse d'Assurance Maladie et factures originales dûment acquittées).

• Pour les cures sans hospitalisation, les soins thermaux ainsi que le forfait de surveillance pris en charge par la Caisse d'Assurance Maladie, la part mutuelle est remboursée sur présentation du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie ou de la facture originale de l'établissement.

• Pour les cures de thalassothérapie : la prime est versée par la Mutuelle pour les cures d'une durée de 6 jours minimum et sur présentation de la facture originale de l'établissement (séjours en métropole uniquement).

• Pour les autres frais non pris en charge par la Caisse d'Assurance Maladie :

- Un forfait annuel est accordé notamment sur les frais pharmaceutiques (dont l'homéopathie), sur les frais de parodontologie et les frais de transport prescrits médicalement, sur présentation de la facture acquittée.

- La participation attribuée pour l'acquisition du scooter électrique, du télé agrandisseur ou loupe électronique et de l'orthèse d'avancée mandibulaire est versée sur présentation de la facture acquittée.

• Pour les frais d'obsèques, la participation de la Mutuelle est versée à la personne ayant effectivement engagé la dépense, sur présentation du bulletin de décès et de la photocopie de la facture des frais funéraires (valable en cas d'incinération du corps) établie et acquittée au nom du demandeur qui doit y joindre un RIB. Si les frais d'obsèques sont réglés par avance par le membre participant, celui-ci doit en informer la Mutuelle. Dans ce cas, la participation aux frais funéraires est versée au notaire chargé de la liquidation successorale du défunt.

Le membre participant est déchu de ses droits aux prestations si la demande accompagnée des pièces justificatives ne parvient pas à la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter du jour du règlement effectué par la Sécurité Sociale, ou le cas échéant de la date de la dépense engagée par le membre participant.

Tout membre participant bénéficiant de garanties souscrites en « sur complémentaire » doit présenter à la Mutuelle les originaux des décomptes de prestations payées par la Caisse d'Assurance Maladie ainsi que les décomptes originaux de l'assureur santé facultatif de premier niveau, pour obtenir le remboursement de ses prestations. Celles-ci sont versées compte tenu du paiement effectué par la Sécurité Sociale et par l'assureur santé facultatif de premier niveau.

Le membre participant s'engage, sur simple demande de la Mutuelle, à lui présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations

perçues au cours des 12 derniers mois. En outre, en cas de régularisation ultérieure de la Caisse d'Assurance Maladie, le membre participant s'engage à transmettre à la Mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la Mutuelle. Le membre participant s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la Mutuelle au titre de la répétition de l'indu.

Article 21 : Règlement

Le règlement des prestations s'effectue après enregistrement du décompte, par virement.

Article 22 : Télétransmission

Le système d'échanges dit NOÉMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) est une transmission automatique, par liaison informatique, des données de Sécurité Sociale du membre participant et de ses éventuels ayants droit, de la Caisse d'Assurance Maladie vers la Mutuelle.

Le bénéficiaire du système NOÉMIE n'a pas de justificatifs à fournir pour les actes courants. En revanche, certains types de soins nécessitent l'envoi de pièces justificatives afin que la Mutuelle puisse compléter les informations communiquées par la Caisse d'Assurance Maladie et calculer au mieux son remboursement. Il s'agit notamment des frais d'optique, de prothèses auditives et appareillages, de prothèse dentaire, d'hospitalisation et de cure thermale.

Article 23 : Subrogation

L'adhérent s'engage expressément à informer la Mutuelle de l'origine accidentelle des soins qui en découlent. Pour le paiement des prestations, la Mutuelle est subrogée dans les droits et actions de l'adhérent, victime d'un accident, contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 24 : Produits ou services

L'adhésion à la mutuelle ouvre notamment droit à :

- l'Assistance Santé au Quotidien,
- les renseignements par téléphone,
- l'abonnement au magazine de Groupe France Mutuelle,
- l'Action Sociale,
- l'indemnisation en cas d'invalidité grave, sauf indication contraire portée dans la notice ou dans la fiche d'information.

Les modalités de fonctionnement de ces produits ou services sont décrites dans les différents supports d'information.

Article 25 : Fonds social

Le fonds social de la Mutuelle peut attribuer des secours ou des aides aux membres participants ou à leurs ayants droit inscrits et dont la situation matérielle le justifie. Ce fonds est alimenté conformément aux dispositions des Statuts.

L'aide ménagère et l'aide familiale sont prises en charge par le Fonds Social. Les participations à l'aide ménagère et à l'aide familiale sont versées par foyer.

L'aide ménagère est accordée pour 30 heures maximum par mois, aux seules personnes qui bénéficient d'une participation financière du Service Social de leur localité ou de leur Caisse de Retraite, sur présentation d'une notification précisant la participation horaire à charge inférieure à 6,40 euros (classement en GIR 5 ou 6). Sont exclus les bénéficiaires de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (A.P.A.).

L'aide familiale est accordée pour 30 heures maximum par mois, aux seules personnes qui bénéficient d'une attribution de la Caisse d'Allocations Familiales, sur présentation des justificatifs de paiement accompagnés de la notification précisant la durée et le taux horaire à charge inférieure à 6,40 euros.

Article 26 : Informatique et Libertés

La sécurité concernant la circulation d'informations nominatives très réglementée est surveillée par la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés). Les systèmes d'échange de données informatisées touchant à la santé des Français sont tout particulièrement visés. Le système RMS (Remboursement Mutuelle Simultané) d'échange de données entre les professionnels de santé et les mutuelles, que le membre participant utilise librement avec sa carte Mutuelle à microprocesseur, ne permet pas l'identification du porteur des données échangées (pas d'utilisation du numéro d'identification national/numéro de Sécurité Sociale).

L'usage de la carte de membre participant et du système RMS emporte de facto l'autorisation expresse de transfert informatisé vers la Mutuelle des données de l'acte concerné.

Les informations collectées sont exclusivement celles nécessaires au traitement de votre demande et à l'envoi de documents commerciaux. Elles nous sont destinées ainsi qu'à nos partenaires contractuels. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations contenues dans son dossier. Il peut faire usage de ce droit en s'adressant à son agence de rattachement indiquée sur sa carte d'adhérent.

Article 27 : Prescription

Toutes les actions dérivant du présent Règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance sous réserve des précisions légales et réglementaires, concernant le point de départ de la prescription. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue pour une cause ordinaire d'interruption :

- par la désignation d'un expert ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au membre participant pour défaut de paiement de sa cotisation,

- ou par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 28 : Forme juridique

Pour la bonne exécution des Statuts et du Règlement de la Mutuelle ainsi que pour la bonne exécution des clauses et stipulations du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, la loi française est la seule applicable sous réserve des dispositions de l'article L.225-6 du Code de la Mutualité.

Article 29 : Médiateur

En cas de désaccord concernant l'application ou l'interprétation des Statuts, du Règlement Intérieur ou du présent Règlement Mutualiste, le membre participant utilisera les voies de recours internes de la Mutuelle. Après épuisement de ces voies de recours et si le litige persiste, le membre participant pourra demander, par lettre adressée au président de la Mutuelle, à saisir le médiateur compétent. Les coordonnées de ce dernier ainsi que les conditions de saisine lui seront alors communiquées.

Article 30 : Autorité de contrôle prudentiel

Conformément au Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel, située 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

II - CONDITIONS PARTICULIÈRES

SYSTÈME MODULAIRE OPTIONNEL (SMO)

Conditions générales d'adhésion

Les options d'adhésion des garanties modulaires doivent comporter au minimum deux modules de prestations.

Chapitre 4

Dispositions diverses

Article 1 : Conditions générales d'adhésion

Les membres d'un même foyer tel que défini dans les conditions générales relevant du Régime Général d'Assurance Maladie sont enregistrés sur le même dossier en FC Santé.

Tout nouveau membre participant à une garantie FC Santé doit attester qu'aucun membre de son foyer, couvert par le même Régime d'Assurance Maladie, n'est déjà inscrit à Groupe France Mutuelle.

Article 2 : Changement de garantie

Les souscripteurs des garanties FC Santé et FCM Santé ne peuvent demander leur mutation dans une autre garantie de la catégorie statutaire FC Santé et FCM Santé qu'au 31 décembre de chaque année. Celle-ci ne fait pas obstacle au remboursement du solde positif du compte caution de la garantie souscrite pour l'année écoulée. Cette demande de changement de garantie est formulée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre de chaque année.

Les nouveaux adhérents, quelle que soit la date d'adhésion, devront rester au minimum une année civile complète (1^{er} janvier au 31 décembre) dans la même garantie avant de pouvoir en changer.

Ils peuvent également demander au 31 décembre de chaque année leur mutation dans une autre catégorie statutaire. Ce changement de catégorie statutaire ne fait pas obstacle au remboursement du solde positif du compte caution mais ne pourra toutefois pas être accepté si le membre participant n'est pas à jour du paiement du montant de son versement. Cette demande de changement est formulée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

Toutefois, s'ils conservent la faculté de réintégrer la garantie FC Santé, il ne leur sera plus possible ultérieurement de changer de catégorie statutaire.

Article 3 : Contrats aidés

Bien que le membre participant et ses ayants droit puissent voir prendre en compte par la Mutuelle leurs dépenses de santé même dans le cas d'actes « hors parcours de soins », les garanties FC Santé sont exonérées de la taxe sur les conventions d'assurance.

En effet, le membre participant bénéficiant d'une couverture normale mais finançant lui-même ses premières dépenses de santé et celles de ses ayants droit bénéficiaires du contrat, à hauteur du montant de la caution familiale, ils peuvent décider au coup par coup de suivre ou non le parcours de soins coordonnés dans cette limite sans aucune conséquence fiscale.

Cependant, dès que les dépenses de santé du membre participant et de ses ayants droit bénéficiaires du contrat sont supérieures au montant de la franchise, la Mutuelle rembourse les prestations du membre participant et de ses ayants droit dans le cadre des dispositions communes. Ainsi, les restrictions susvisées s'appliqueront de plein droit une fois la caution épuisée. C'est à cette condition que ce type de contrat est exonéré de taxe et donne droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Il est précisé que les versements, successivement opérés à présentation des justificatifs des dépenses de santé, s'imputent chronologiquement, dans cet ordre sur la caution, qu'ils soient afférents ou non à un acte pratiqué en ou hors parcours de soins et dans le respect ou non du dispositif du contrat aidé, dit « responsable ».

Article 4 : Principe des garanties FC Santé et FCM Santé

Les remboursements de prestations prévus au contrat sont assortis d'une franchise annuelle globale.

Les membres participants de la garantie FC Santé et de la garantie FCM Santé s'acquittent, pour souscrire à l'une des garanties proposées, d'une cotisation restant définitivement acquise à la Mutuelle, à laquelle s'ajoute un versement porté sur le compte « caution »

du membre participant. Ce versement est égal au montant de la franchise exprimée annuellement. Le versement au compte caution est intégralement reversé au membre participant, soit au fur et à mesure du financement de ses premières dépenses de santé, soit en fin d'exercice pour son solde créditeur.

Le paiement de la somme versée au compte « caution » bénéficie du même fractionnement (mensuel, trimestriel) que le paiement de la cotisation.

Pour les membres d'un même foyer, enregistrés sur le même dossier, la cotisation et la caution sont calculées en fonction du nombre de bénéficiaires cotisants inscrits sur le dossier.

Article 5 : Effet et modalités de fonctionnement des garanties

Les prestations dont bénéficient les membres participants et leurs ayants droit aux garanties FC Santé et FCM Santé sont assorties d'une franchise familiale annuelle globale.

Cette franchise est cependant couverte au moyen d'une somme remboursable fixée à la même hauteur, exprimée annuellement et versée par le membre participant pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat sur un compte « caution » familial. Toutes les dépenses de santé exposées par les bénéficiaires du contrat sont déduites du compte « caution » familial, sauf exceptions éventuellement prévues dans les garanties.

Au-delà du montant de la caution, la Mutuelle prend en charge, dans les limites des garanties souscrites, les dépenses de santé du membre participant et de ses ayants droit au titre de la mutualisation.

Au cas où le montant des remboursements intervenus sur l'année civile se trouverait être inférieur au montant de la caution mutualiste versée par le membre participant, le solde de son compte caution lui est restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante, sous réserve que ses prises en charge hospitalières soient soldées.

Si aucun remboursement n'est intervenu dans l'année civile, l'intégralité de la caution mutualiste versée par le membre participant lui est restituée dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante, sous réserve que ses prises en charge hospitalières soient soldées.

Dans le cas où le versement d'un remboursement devrait intervenir au titre d'un exercice après restitution du solde du compte caution afférent audit exercice, la franchise trouve pleinement à s'appliquer, le remboursement étant en conséquence diminué du montant de la caution déjà restituée.

Le membre participant est tenu informé périodiquement du montant du solde de son compte caution familial au moyen de ses décomptes ou relevés de prestations. La cotisation de même que la caution ne peuvent être individualisées dans un contrat.

Article 6 : Non paiement des cotisations

Pour les souscripteurs des garanties FC Santé et FCM Santé, la résiliation pour non paiement des versements ne fait pas obstacle à la restitution de tout ou partie de la caution.

Article 7 : Décès du souscripteur ou de son ayant droit

En cas de décès du titulaire en cours d'année, si la cotisation et la caution ont été payées intégralement le mois ou le trimestre au cours duquel est survenu le décès, les ayants droit peuvent prétendre aux remboursements dus. Les cotisations et cautions afférentes au mois ou au trimestre non entamé sont remboursées. Le solde du compte caution, s'il est positif, est lui-même restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante, si la cotisation et la caution ont été réglées partiellement, les ayants droit doivent payer le montant dû jusqu'à la fin du mois ou du trimestre au cours duquel est survenu le décès pour prétendre aux remboursements prévus au dossier. Le solde du compte caution, s'il est positif, est restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante.



STATUTS

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
Mutuelle immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 422 801 910
Assemblée Générale du 24 juin 2010

I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

1 - Formation et objet de la Mutuelle

Article 1

Une Mutuelle appelée « MUTUELLE DES SPORTIFS » (M.D.S.) est établie à Paris.

Elle est régie par les dispositions du Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

Son siège établi au 2/4 rue Louis David pourra être déplacé à Paris ou dans un département limitrophe par simple décision du Conseil d'Administration. Cette décision devra être soumise à la ratification de la plus proche Assemblée Générale.

Article 2

La Mutuelle, personne morale de droit privé à but non lucratif, a pour objet, dans l'intérêt de ses membres et de leur famille, de mener une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide lors de la survenance de maladies ou d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, culturelles, touristiques, amicales ou de loisirs et, plus généralement, de la vie courante.

Dans ce cadre, l'assuré est adhérent de la Mutuelle. Il est son propre assureur et assureur des autres adhérents.

À ce titre, elle peut :

- 1°) Réaliser des opérations d'assurance en branches 1 et 2 en vue de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie.
- 2°) Accepter les engagements visés ci-dessus en réassurance.
- 3°) À la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues à l'article L.211-5 du Code de la Mutualité.
De même, elle peut céder en substitution une ou plusieurs branches de son activité.
- 4°) Présenter ou souscrire pour le compte de ses membres des garanties d'assurance qu'elle ne couvre pas.
- 5°) Avoir recours à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.
- 6°) Déléguer partiellement ou totalement la gestion d'un contrat collectif à un intermédiaire désigné par la personne morale souscriptrice.
- 7°) Assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées dépendantes ou handicapées et mettre en œuvre une action sociale, dans les conditions de l'article L.111-1 III du Code de la Mutualité.
- 8°) Développer ses activités par toute société commerciale ou non, dont les services seraient utiles à la réalisation de ses buts.
Dans cette hypothèse, l'apport fait par la Mutuelle à la société concernée ne peut excéder le montant de son patrimoine libre. De même, les transferts financiers opérés au profit de ladite société ne peuvent pas remettre en cause les exigences de solvabilité définies à l'article L.212-1 du Code de la Mutualité
- 9°) Adhérer sur décision de son Assemblée Générale à une union de groupe mutualiste, à un groupement paritaire de prévoyance ou s'affilier à une société de groupe d'assurance.

2 - Conditions d'admission, de démission, de radiation et d'exclusion

Conditions d'admission

Article 3

La Mutuelle admet dans les conditions définies à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité :

- des membres participants,
- des membres honoraires.

Elle admet en outre dans les conditions définies par les présents Statuts des membres d'honneur.

Article 4

Les membres participants sont les personnes physiques qui adhèrent individuellement et directement aux présents Statuts et qui bénéficient des prestations de la Mutuelle ou les personnes physiques qui bénéficient d'un contrat collectif auprès de la Mutuelle.

Les membres participants adhérant individuellement ont pour seuls ayants droit les bénéficiaires désignés du capital décès lorsque cette garantie a été souscrite.

Les membres participants d'un contrat collectif peuvent avoir des ayants droit, lesquels sont alors définis dans le dit contrat collectif.

Les membres honoraires peuvent être :

- des personnes physiques qui versent des cotisations, des contributions ou font des dons à la Mutuelle sans bénéficier de ses prestations,
- des personnes morales souscrivant des contrats collectifs.

Les membres honoraires doivent être agréés par le Conseil d'Administration et s'engagent à payer la cotisation particulière arrêtée par décision de l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration peut s'opposer à une adhésion, pour juste motif et dans le respect des valeurs mutualistes. Le Comité spécialisé visé à l'article 50 des présents Statuts est informé de cette décision.

Les membres d'honneur sont des personnes physiques dont le mandat d'Administrateur au sein de la Mutuelle des Sportifs a pris fin ou n'est pas renouvelé et à propos desquelles le Conseil d'Administration, reconnaissant les services rendus par elles à la Mutuelle, souhaite pouvoir continuer à bénéficier de leur expertise. Les membres d'honneur assistent, sur invitation du Président, aux réunions des instances de la Mutuelle avec voix consultative.

Article 5

Les membres participants personnes physiques qui adhèrent individuellement et directement aux présents Statuts remplissent et signent un bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des présents Statuts et des droits et obligations définis par le ou les Règlements Mutualistes.

Les engagements contractuels résultant du ou des Règlements Mutualistes peuvent être modifiés par l'Assemblée Générale dans les conditions prévues aux présents Statuts.

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

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle, lequel constitue le Règlement Mutualiste.

Une notice d'information ainsi que les Statuts de la Mutuelle sont

remis gratuitement à chaque membre participant par la personne morale souscriptrice.

Démission, radiation, exclusion

Article 6

La démission d'un membre est donnée par écrit. Elle ne dispense pas du paiement de la cotisation pour l'année en cours, sous réserve des dispositions prévues pour les opérations individuelles à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité.

Article 7

Sont radiés les membres honoraires ayant cessé de payer leurs cotisations ainsi que les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L.221-7, L.221-17, L.221-8 et L.221-10 du Code de la Mutualité.

Article 8

Peuvent être exclus les membres participants et honoraires dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la Mutuelle ou bien encore ceux qui volontairement auraient causé aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour un des motifs ci-dessus visés 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 vient encore à s'abstenir d'y déférer, son exclusion peut être prononcée sans autre formalité.

L'exclusion est prononcée par le Conseil d'Administration. Le membre exclu a le droit, sur sa demande, d'être entendu par la plus prochaine Assemblée Générale et de développer ses moyens de défense.

Article 9

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, de la radiation ou bien de l'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit à prestation étaient antérieurement réunies.

II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

1 - Assemblée Générale

Composition, élection

Article 10

Les membres de la Mutuelle sont répartis en sections de vote. L'ensemble des membres participants à titre individuel constitue une section de vote.

Chaque souscripteur d'un contrat collectif constitue une section de vote des membres participants au titre du contrat.

Les membres honoraires personnes morales et physiques constituent une section de vote.

Article 11

L'Assemblée est composée par les Délégués des sections de vote.

Article 12

Les membres participants et honoraires de chaque section élisent les Délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Ils élisent de la même façon les Délégués suppléants. Les Délégués et leurs suppléants sont élus pour une durée d'un an.

Chaque Délégué d'une section de vote dispose dans les votes à l'Assemblée Générale d'un nombre de voix égal au nombre des membres de la section.

Les contrats collectifs précisent les modalités d'élection des Délégués titulaires et des Délégués suppléants.

Le vote des membres participants individuels et des membres honoraires s'effectue par correspondance selon les modalités précisées au Règlement électoral établi par le Conseil d'Administration et adressé à chacun de ces membres.

Un formulaire de vote par correspondance est remis ou adressé à tout membre qui en fait la demande reçue au siège, au plus tard six jours avant la date de clôture du scrutin ; il y est joint la liste des candidats avec leur nom, prénom usuel, ainsi que les fonctions qu'ils exercent dans une ou des mutuelle(s) ou union(s) appartenant au même groupe

ou ayant passé une convention avec la Mutuelle et les fonctions qu'ils ont exercées au cours des cinq dernières années dans une mutuelle ou union, une institution de prévoyance ou une entreprise régie par le Code des Assurances.

Le formulaire comporte la possibilité d'exprimer un vote favorable, défavorable ou d'abstention et l'indication que toute abstention exprimée ou résultant d'une absence d'indication de vote sera assimilée à un vote défavorable ; il comporte l'indication de la date statutaire avant laquelle il doit être reçu, pour être pris en compte.

Il ne sera pas tenu compte des votes reçus moins de deux jours avant la date de clôture du scrutin.

Article 13

Sous réserve des dispositions légales et réglementaires applicables, en cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou empêchement durable du Délégué de section, celui-ci est remplacé par le Délégué suppléant figurant sur la même liste que le Délégué titulaire. Ce nouveau Délégué achève le mandat de son prédécesseur.

En l'absence de Délégué suppléant, il est procédé, avant la prochaine Assemblée Générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau Délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

Article 14

Le Délégué titulaire empêché d'assister à l'Assemblée Générale est remplacé dans ses fonctions par son Délégué suppléant, désigné en application de l'article 13 des présents Statuts.

Le Délégué titulaire, à défaut le Délégué suppléant, vote dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur et les présents Statuts.

Il est notamment interdit au Délégué titulaire ou suppléant de voter par correspondance.

Réunion de l'Assemblée Générale

Article 15

Sous réserve des dispositions légales et réglementaires en vigueur, l'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an, dans les six mois suivant la clôture de l'exercice, sur convocation du Président du Conseil d'Administration.

L'Assemblée Générale peut se réunir en tout lieu du territoire français.

Le Conseil d'Administration détermine le lieu de cette réunion.

Article 16

Les Délégués sont convoqués par lettre simple quinze jours au moins avant la réunion, sur première convocation et six jours au moins sur deuxième convocation, rappelant la date de la première Assemblée n'ayant pu délibérer faute de quorum.

La convocation, sur papier à entête de la Mutuelle, contient l'ordre du jour, fixé par le Conseil d'Administration et les règles de quorum applicables aux décisions correspondantes.

Les demandes d'inscription à l'ordre du jour doivent être adressées par lettre recommandée avec accusé de réception cinq jours au moins avant la réunion, au Président qui en accuse réception, les inscrit à l'ordre du jour et les soumet au vote, sauf lorsqu'elles ne rentrent pas dans l'objet social.

Article 17

L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

De façon plus générale, elle est appelée à se prononcer sur toutes questions et à prendre toutes décisions relevant de sa compétence en application de l'article L.114-9 du Code de la Mutualité et des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 18

I - Lorsque l'Assemblée Générale se prononce sur la modification des Statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations, le montant du fonds d'établissement, la délégation de pouvoirs prévue à l'article 20 des présents Statuts, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle, la création d'une mutuelle ou d'une union ou de toute filiale, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses Délégués présents représente au moins la moitié du total des voix des membres de la Mutuelle.

À défaut, une seconde Assemblée peut être convoquée et délibèrera valablement si le nombre de Délégués présents représente au moins

le quart du total des voix des membres de la Mutuelle.

Les décisions sont adoptées à la majorité des 2/3 des suffrages exprimés ; les abstentions ou refus de vote sont assimilés à des votes défavorables.

Il - Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées au I du présent article, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses Délégués présents représente au moins le quart du total des voix des membres de la Mutuelle.

À défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses Délégués présents.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés ; les abstentions ou refus de vote sont assimilés à des votes défavorables.

Article 19

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres, sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au Code de la Mutualité.

Article 20

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 n'est valable qu'un an.

2 - Conseil d'Administration

Composition, élections

Article 21

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé d'au moins 15 et d'au plus 22 Administrateurs, élus dans le respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Le nombre de membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les Administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'Administrateur le plus âgé. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel Administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'Administrateur nouvellement élu.

Article 22

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'Administrateurs doivent être adressées au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception. Elles doivent être reçues au siège de la Mutuelle 2 mois au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

Article 23

Les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée Générale pour une durée de quatre ans.

Les membres du Conseil sont élus par l'ensemble des Délégués au scrutin majoritaire à deux tours (majorité absolue au premier tour – majorité relative au second tour). Si les candidats obtiennent au second tour un nombre égal de suffrages l'élection est acquise au plus jeune.

Le Conseil se renouvelle entièrement tous les quatre ans.

Les membres sortants sont rééligibles.

Article 24

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un Administrateur, il peut être pourvu provisoirement, sous réserve du respect des dispositions statutaires, légales et réglementaires, par le Conseil d'Administration à la nomination d'un Administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification de cette cooptation par la prochaine 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.

Réunions

Article 25

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins trois fois par an. La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart au moins des membres du Conseil.

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 francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration.

Le dirigeant salarié participe de droit aux réunions du Conseil d'Administration.

Article 26

Un représentant du personnel de la Mutuelle assiste avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration.

Il est élu pour quatre ans par l'ensemble des salariés.

Les modalités du scrutin sont fixées par le Conseil d'Administration.

Il est tenu au même devoir de réserve et de discrétion que tous les Administrateurs.

Article 27

Le Conseil 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 de séance est prépondérante.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante. En cas d'urgence, une consultation par correspondance des membres du Conseil peut être mise en œuvre pour approbation du procès-verbal.

Article 28

Les membres du Conseil d'Administration peuvent, par décision de ce Conseil, être valablement démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances sur une période de douze mois. Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale.

En outre et en sus des cas prévus par la réglementation applicable, les membres du Conseil cessent leur fonction lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle.

Les Administrateurs sont également révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Attributions du Conseil d'Administration

Article 29

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.

Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Article 30

Le Conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs dans un domaine déterminé soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs Administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion dont les membres sont choisis parmi les Administrateurs de la Mutuelle.

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.

Article 31

Le Conseil d'Administration nomme le dirigeant salarié et détermine ses attributions. Il en fait la déclaration auprès du Registre National des Mutuelles. Il fixe sa rémunération. Le Conseil d'Administration peut le révoquer à tout moment.

Le dirigeant salarié assiste à chaque réunion du Conseil d'Administration et du Bureau.

Article 32

En outre, le dirigeant salarié peut se voir déléguer par le Président ou les Administrateurs, dans la limite de leurs attributions respectives, le pouvoir de passer en leur nom certains actes ou prendre certaines décisions. Ces délégations doivent être autorisées par le Conseil d'Administration, par décision expresse, déterminées quand à leur

objet et reportées dans un registre côté.

Le Conseil d'Administration peut également consentir en cas d'empêchement du titulaire une délégation au profit d'un autre salarié.

En aucun cas le Président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi.

Obligations des Administrateurs

Article 33

Les Administrateurs et le dirigeant salarié 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 connaître 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.

Le dirigeant salarié est tenu de déclarer au Conseil d'Administration, avant sa nomination, l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'il entend conserver, et de faire connaître après sa nomination les autres activités ou fonctions qu'il entend exercer.

Les Administrateurs et le dirigeant salarié 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.

3 - Président et Bureau

Élection, composition, réunions

Article 34

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 quatre ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'Administrateur. Il est rééligible.

Article 35

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de membre de la Mutuelle 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 l'un des Vice-Présidents. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le Vice-Président le plus âgé.

Article 36

Le Président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

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

Il engage les dépenses.

Il représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'agir en justice ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Il exerce toutes attributions qui relèvent de sa compétence en vertu des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Attributions des membres du Bureau

Article 37

Le Bureau est composé du Président, d'un ou plusieurs Vice-Présidents, du Secrétaire général, du Trésorier, du Secrétaire général adjoint et du Trésorier adjoint.

Article 38

Les membres du Bureau sont élus à bulletins secrets parmi les membres du Conseil d'Administration, au cours du premier Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale électorale. Les membres du Bureau sont élus pour quatre ans.

En cas de vacance en cours de mandat pour décès, démission ou toute autre cause, d'un membre du Bureau, il est pourvu par le Conseil à son remplacement.

Le membre du Bureau ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Article 39

Les Vice-Présidents secondent le Président, qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes les fonctions.

Article 40

Le Secrétaire général veille au respect des procédures administratives et des dispositions statutaires.

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

Article 41

Le Trésorier contrôle la bonne tenue des opérations financières et comptables de la Mutuelle.

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

Article 42

Le Bureau se réunit sur convocation du Président selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

Le dirigeant salarié assiste aux réunions du Bureau.

Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau.

Article 43

Le Conseil d'Administration doit s'assurer que la réunion d'un ensemble de délégations données à la même personne ne peut avoir pour effet de concentrer entre les mêmes mains des responsabilités normalement en opposition de fonctions, sans que des règles adaptées de procédure de contrôle interne ne soient mises en place.

Le Comité spécialisé visé à l'article 50 des présents Statuts peut procéder à toutes les investigations jugées utiles afin de s'assurer des conditions effectives d'application et d'usage des délégations ainsi données.

Relevant du droit du mandat, les délégations données sont modifiables et révocables à tout moment, sans préavis ou formalisme particulier.

4 - Organisation financière

Ressources et charges

Article 44

Les ressources de la Mutuelle comprennent :

- les cotisations de ses membres participants et honoraires,
- les produits résultant de son activité,
- le remboursement des charges de gestion conjointes effectivement exposées pour compte de tiers,
- et plus généralement, toutes autres ressources non interdites par la loi.

Article 45

Les charges de la Mutuelle comprennent :

- les charges des prestations résultant des engagements pris envers les membres participants,
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
- celles prévues par la législation en vigueur,
- et plus généralement, tous autres emplois non interdits par la loi.

Article 46

Les dépenses de la Mutuelle sont ordonnancées et payées par le Président et/ou par le dirigeant salarié. Ils veillent à subdéléguer leurs fonctions de payeurs à un ou plusieurs salariés de la Mutuelle et à mettre en place toute procédure permettant de respecter la séparation des pouvoirs entre l'ordonnateur et le comptable.

Ils rendent compte des sécurités mises en place au Comité spécialisé.

Le ou les responsable(s) de la mise en paiement des charges de la Mutuelle s'assure(nt) préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la Mutuelle.

Modes de placement et de retrait des fonds

Règles de sécurité financière

Article 47

Dans le respect des dispositions réglementaires applicables, le Conseil d'Administration décide du placement et du retrait des fonds de la

Mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'Assemblée Générale.

Article 48

La Mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, dont elle est membre en qualité de mutuelle nationale.

Article 49

La Mutuelle peut se réassurer auprès d'entreprises non régies par le Code de la Mutualité, sur décision du Conseil d'Administration adoptée à la majorité des deux tiers des membres présents. Le Président rend compte des traités de réassurance passés à l'Assemblée Générale.

Comité spécialisé et Commissaires aux comptes

Article 50

Conformément à la loi, un Comité spécialisé est constitué.

Pour la première fois, les membres du Comité sont nommés à la première réunion du Conseil d'Administration suivant l'Assemblée Générale qui aura approuvé le présent article.

Ils sont nommés pour un an jusqu'à l'Assemblée Générale de juin 2011.

Par la suite, à chaque première réunion suivant une Assemblée Générale ayant procédé à l'élection des membres du Conseil d'Administration dont le mandat vient à terme, le Conseil d'Administration constitue le Comité spécialisé.

Le Comité spécialisé constitué conformément à la loi, agissant sous la responsabilité exclusive et collective des membres chargés de l'administration, assure le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières.

Il est composé de deux membres du Conseil d'Administration et de deux personnes extérieures au Conseil reconnues dans les domaines concernés. Le Président du Conseil d'Administration n'est pas membre du Comité, il peut cependant assister à toutes ses réunions.

Sans préjudice des compétences des organes chargés de l'administration, de la direction et de la surveillance, ce Comité est notamment chargé d'assurer le suivi :

- a) Du processus d'élaboration de l'information financière ;
- b) De l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques ;
- c) Du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant, des comptes combinés par les Commissaires aux comptes ;

d) De l'indépendance des Commissaires aux comptes.

Il émet une recommandation sur les Commissaires aux comptes proposés à la désignation par l'Assemblée Générale.

Il rend compte régulièrement au Conseil d'Administration de l'exercice de ses missions et l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

Article 51

L'Assemblée Générale désigne pour six exercices, en se conformant aux dispositions de l'article L.114-38 du Code de la Mutualité un ou deux Commissaires aux comptes titulaires et un Commissaire aux comptes suppléant.

Le Président convoque les Commissaires aux comptes à toute Assemblée Générale.

Le Commissaire aux comptes exerce toutes les attributions relevant de sa compétence conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Article 52

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 10 millions d'euros.

Son montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant sur proposition du Conseil d'Administration.

Article 53

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 18 I des présents Statuts.

L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être désignés parmi les membres du Conseil d'Administration.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des Administrateurs et des membres du Comité spécialisé.

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 statuant dans les conditions prévues à l'article 18 I des présents Statuts à d'autres mutuelles ou unions 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.

CONTRAT N° 1674

Applicable au 1^{er} septembre 2010

Contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire souscrit par Groupe France Mutuelle auprès de la Mutuelle des Sportifs conformément à l'article L.221-3 du Code de la Mutualité

Notice d'information

Article 1 : Objet du contrat

Il a pour objet de garantir aux adhérents individuels ayant souscrit à une garantie « Autres Primes et Participations » ou « Prestations supplémentaires » ainsi qu'aux adhérents collectifs de Groupe France Mutuelle, dans les conditions définies ci-après, le règlement d'un forfait immédiat invalidité grave lors de la survenance d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante.

Article 2 : Définitions

2.1 : Activités garanties

Ce sont toutes les activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante, à l'exclusion de toute activité ou pratique professionnelle.

Par activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante, il faut entendre toute activité non lucrative, pratiquée à domicile ou à l'extérieur, exercée librement, hors les temps des sujétions professionnelles.

Sont notamment couverts : les activités scolaires et universitaires, les sorties culturelles, le bricolage, le jardinage, la cuisine, etc.

L'activité garantie peut être pratiquée 7 jours/7, 24 h/24 et dans le monde entier, sous réserve que les séjours à l'étranger n'excèdent pas 90 jours. Les séjours et/ou stages à l'étranger organisés dans un cadre institutionnel scolaire et/ou universitaire sont néanmoins admis dans la limite de 12 mois consécutifs.

2.2 : Accidents garantis

Ce sont les accidents corporels survenus pendant les activités garanties ci-dessus définies.

Par accident corporel, il faut entendre toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

L'accident corporel se distingue ainsi de la maladie qui n'entre jamais dans le champ d'application du contrat.

Par extension, l'accident médical survenant à l'occasion de soins consécutifs à un accident garanti peut ouvrir droit également aux prestations dudit contrat.

Il y a accident médical lorsqu'un acte ou un ensemble d'actes de soins, de prévention ou d'exploration pratiqués par des médecins ou auxiliaires médicaux visés au livre IV du Code de la Santé publique ou, s'agissant d'un acte accompli hors de France, par des praticiens autorisés à exercer par la réglementation du pays où l'acte a été effectué, a eu sur la santé de l'assuré des conséquences dommageables anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état de santé antérieur.

Par extension également, les attentats, infractions ou catastrophes naturelles dont peut être victime l'assuré sont assimilés à des accidents.

Article 3 : Garanties

3.1 : Garantie forfait immédiat invalidité grave pour les adhérents individuels ayant souscrit à une garantie « Autres Primes et Participations » ou « Prestations supplémentaires » et les adhérents collectifs à adhésion facultative

En cas d'accident survenu pendant les activités garanties et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident peut entraîner des conséquences graves et irréversibles (notamment tétraplégie, paraplégie) et/ou des séquelles de traumatismes crâniens graves, et/ou des séquelles d'accidents cérébro-vasculaires, et que dans ces conditions le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 51 %, la M.D.S. lui verse un capital forfaitaire immédiat de 80 000 €.

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle prévisible. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

• Consolidation

Le forfait de 80 000 € est attribué une seule fois à titre forfaitaire et définitif et ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 51 %.

En revanche, si le blessé a connu une aggravation de son état et s'il atteint le taux de 51 % à sa consolidation le forfait de 80 000 € lui est alors versé.

La M.D.S. cesse en tout état de cause ses prestations à la consolidation du blessé.

• Expertise médicale

Dans tous les cas d'invalidité grave et préalablement à tout versement, une expertise médicale est diligentée par le médecin conseil désigné par la M.D.S. dans un délai maximal de 4 mois après la survenance de l'accident.

En cas de désaccord entre les conclusions du médecin de l'assuré et de celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné par protocole signé d'un commun accord par les parties.

À défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal de grande instance.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par chacune des deux parties afin que soient garanties son indépendance et son impartialité.

3.2 : Garantie forfait invalidité grave pour les adhérents collectifs à adhésion obligatoire

Le souscripteur au contrat collectif à adhésion obligatoire peut opter pour deux options de garanties, l'option 1 permettant la déductibilité de la participation de l'employeur sous réserve du respect des conditions imposées par la réglementation, l'option 2 sans déduction fiscale.

3.2.1 OPTION 1 : Régime Déductible

En cas d'accident survenu pendant les activités garanties et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident a entraîné à la consolidation du blessé une invalidité reconnue comme absolue et définitive ou correspondant à une perte totale et irréversible d'autonomie visée au 3^e de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale, la M.D.S. lui verse un capital forfaitaire de 80 000 €.

En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

• Expertise médicale

Dans tous les cas d'invalidité absolue et définitive ou d'invalidité correspondant à une perte totale et irréversible d'autonomie visée au 3^e de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale et préalablement à tout versement, une expertise médicale est diligentée par le médecin conseil désigné par la M.D.S.

En cas de désaccord entre les conclusions du médecin de l'assuré et de celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné par protocole signé d'un commun accord par les parties.

À défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal de grande instance.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par chacune des deux parties afin que soient garanties son indépendance et son impartialité.

3.2.2 OPTION 2 : Régime Non Déductible

En cas d'accident survenu pendant les activités garanties et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident peut entraîner des conséquences graves et irréversibles (notamment tétraplégie, paraplégie) et/ou des séquelles de traumatismes crâniens graves, et/ou des séquelles d'accidents cérébro-vasculaires, et que dans ces

conditions le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 51 %, la M.D.S. lui verse un capital forfaitaire immédiat de 80 000 €.

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle prévisible. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

• Consolidation

Le forfait de 80 000 € est attribué une seule fois à titre forfaitaire et définitif et ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 51 %.

En revanche, si le blessé a connu une aggravation de son état et s'il atteint le taux de 51 % à sa consolidation le forfait de 80 000 € lui est alors versé.

La M.D.S. cesse en tout état de cause ses prestations à la consolidation du blessé.

• Expertise médicale

Dans tous les cas d'invalidité grave et préalablement à tout versement, une expertise médicale est diligentée par le médecin conseil désigné par la M.D.S. dans un délai maximal de 4 mois après la survenance de l'accident.

En cas de désaccord entre les conclusions du médecin de l'assuré et de celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné par protocole signé d'un commun accord par les parties.

À défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal de grande instance. Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par chacune des deux parties afin que soient garanties son indépendance et son impartialité.

Article 4 : Exclusions

Sont exclus des garanties :

- les accidents du travail ou les maladies professionnelles reconnus par la Sécurité Sociale,
- les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active,
- les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense ou assistance à personne en danger,
- les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,
- les accidents résultant de l'usage de drogues ou de stupéfiants par l'assuré, ou sous un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 gramme par litre de sang,
- les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.

Article 5 : Obligations de l'assuré

5.1 : Déclaration d'accident

Sauf cas de force majeure, tout accident résultant de la pratique d'une des activités garanties doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire type adressé sous pli cacheté au médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs.

La non déclaration ou la déclaration passée le délai ci-dessus entraîne la déchéance, dans la mesure où le retard non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice à la Mutuelle des Sportifs. En cas de non déclaration par l'assuré de la modification du risque, celui-ci s'expose à la déchéance de garantie.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix.

Article 6 : Droit de contrôle et expertise

La Mutuelle des Sportifs se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux et des notifications fournis par l'assuré.

Pour ce faire, les médecins délégués de la M.D.S. ont libre accès auprès de l'assuré pour procéder à tout contrôle ou toute expertise ; de son côté, l'assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par un médecin.

Si l'assuré s'y refusait, il perdrait tout droit aux prestations pour l'accident en cause. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné d'un commun accord par les parties.

À défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal compétent de Paris.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par les deux parties.

Article 7 : Représentation des adhérents à l'Assemblée Générale de la M.D.S.

Les adhérents de Groupe France Mutuelle bénéficiant du présent contrat deviennent membres participants de la M.D.S.

Ils reçoivent gratuitement un exemplaire des Statuts de la M.D.S.

Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 et 12 des Statuts susvisés, leur représentation à l'Assemblée Générale de la M.D.S. est organisée comme suit :

- Groupe France Mutuelle constitue une section de vote qui doit élire un délégué et un délégué suppléant à l'Assemblée Générale de la M.D.S.,
- la M.D.S. prend acte du processus démocratique et réglementé des élections organisées au sein de Groupe France Mutuelle et reconnaît comme légitime l'élection des délégués par les membres de leur Conseil d'Administration.

Groupe France Mutuelle s'engage à communiquer à la M.D.S., sur simple demande de cette dernière, toute information susceptible de déterminer exactement le nombre des adhérents cotisants, et notamment la liste nominative de ses affiliés, l'exactitude de cette liste présentant un caractère déterminant pour la régularité de l'organisation des Assemblées Générales de la Mutuelle.

Article 8 : Informatique et libertés

Les informations recueillies dans la demande d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion du présent contrat. L'adhérent peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de Groupe France Mutuelle, de la Mutuelle des Sportifs ou de leurs réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification auprès de Groupe France Mutuelle et de la M.D.S. à l'adresse de leurs sièges sociaux (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

Article 9 : Médiateur

En cas de difficulté, les assurés peuvent d'abord consulter leur interlocuteur habituel, en principe, Groupe France Mutuelle ; si le désaccord persiste, ils peuvent s'adresser à la M.D.S. Au cas où le litige n'a pu être résolu par ces voies, ils peuvent demander les coordonnées du médiateur compétent, dont les conditions de saisine lui seront communiquées sur simple demande.

Article 10 : Garanties assistance - rapatriement

Les garanties « Assistance Rapatriement » souscrites par la M.D.S. à titre obligatoire pour l'ensemble de ses adhérents auprès de Mutuaide Assistance, figurent à l'annexe A ci-jointe.

ANNEXE A

ASSISTANCE

Garanties souscrites par la M.D.S. auprès de Mutuaide Assistance, au profit des adhérents de Groupe France Mutuelle bénéficiaires du contrat N° 1674

Entreprise régie par le Code des Assurances

S.A. à Directeur et Conseil de Surveillance au capital de 4 590 000 €, 8-14 avenue des Frères Lumière, 94366 Bry-sur-Marne cedex.

Mutuaide Assistance, dans le respect des dispositions du Code des Assurances assure les garanties « M.D.S. Assistance » proposées aux assurés victimes d'accident ou de maladie grave, dans le cadre des activités garanties telles que décrites à l'article 2.2 dudit contrat.

Article 1 : Mise en œuvre des garanties

Mutuaide Assistance assure l'organisation des prestations et la couverture des garanties décrites ci-dessous 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.

Ce service « M.D.S. ASSISTANCE » est accessible :
- par téléphone au 01 45 16 65 70 (International + 33 1 45 16 65 70)
- par fax au 01 45 16 63 92 (International + 33 1 45 16 63 92)
- par email : assistance@mutuaide.fr

Mutuaide Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Mutuaide Assistance intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Article 2 : Définitions

Pour l'application des présentes garanties, il faut entendre par :

2.1 : Accident grave

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et lui interdisant tout déplacement par ses propres moyens.

2.2 : Maladie grave survenue à l'étranger

Une altération de santé constatée par une autorité médicale notoirement compétente interdisant de quitter la chambre et impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre.

Article 3 : Garanties

3.1 : Rapatriement médical

En cas d'accident grave survenu en France ou à l'étranger ou de maladie grave survenant lors d'un déplacement à l'étranger d'un assuré, Mutuaide Assistance organise et prend en charge son transport jusqu'à son domicile ou jusqu'à l'hôpital le plus proche de son domicile, par le moyen le plus approprié.

La décision de rapatriement est prise par le médecin conseil de Mutuaide Assistance, après avis du médecin traitant, et éventuellement du médecin de famille. Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter le choix du moyen de transport et du lieu d'hospitalisation dans lequel Mutuaide Assistance aura réservé, si nécessaire, une place.

Sur prescription médicale, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le transport retour d'une personne qui voyage avec l'assuré ou, à défaut, d'un accompagnant.

Mutuaide Assistance se réserve le droit de réclamer le remboursement du (des) titre(s) de transport initial prévu éventuellement détenu(s) et non utilisé(s) du fait du rapatriement.

3.2 : Visite d'un proche à l'étranger

En cas d'hospitalisation à l'étranger pour une durée de plus de 3 jours d'un assuré en déplacement dans le cadre des activités garanties, si celui-ci est seul sur place et, si les médecins ne préconisent pas de rapatriement immédiat, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le déplacement aller/retour (train 1^{ère} classe ou avion classe économique) d'une personne désignée par l'assuré hospitalisé, et résidant en France métropolitaine, afin de se rendre à son chevet.

Les frais d'hébergement de cette personne ne sont pas pris en charge.

La garantie ci-dessus est également mise en oeuvre au départ d'un Département d'Outre-Mer si le domicile de l'assuré est situé dans un Département d'Outre-Mer.

3.3 : Retour anticipé uniquement depuis l'étranger

Mutuaide Assistance organise et prend en charge le retour prématuré de l'assuré en déplacement à l'étranger dans le cadre des activités garanties en cas de décès en France du conjoint (ou concubin notoire, ou PACSÉ), d'un ascendant au premier degré ou descendant au premier degré.

La prise en charge du retour anticipé de l'assuré s'effectue sur la base d'un titre de transport aller/retour pour regagner le domicile, ou le lieu des obsèques en France.

La mise à disposition du titre de transport est immédiate mais il sera demandé au bénéficiaire du retour anticipé de fournir, dès que possible, une copie du certificat de décès ainsi que tout document utile permettant d'établir le degré de parenté.

3.4 : Frais médicaux

3.4.1 : Remboursement des frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger

À la suite d'accident ou de maladie grave de l'assuré survenu à l'étranger dans le cadre des activités garanties, Mutuaide Assistance rembourse la partie des frais médicaux et/ou d'hospitalisation qui n'a pas été prise en charge par les organismes sociaux et/ou tout organisme

de prévoyance ou complémentaire de l'assuré à concurrence de 6 000 € par an.

3.4.2 : Remboursement des frais médicaux et d'hospitalisation des étudiants se rendant à l'étranger pour une durée pouvant atteindre 12 mois consécutifs dans le cadre d'échanges scolaires ou universitaires :

À la suite d'accident ou de maladie grave d'un étudiant assuré survenu à l'étranger dans le cadre d'échanges scolaires ou universitaires, Mutuaide Assistance rembourse la partie des frais médicaux et/ou d'hospitalisation qui n'a pas été prise en charge par les organismes sociaux et/ou tout organisme de prévoyance ou complémentaire de l'assuré à concurrence de 30 000 € par an.

3.4.3 : Avance de fonds

En cas de nécessité, Mutuaide Assistance pourra, sur justificatif, consentir une avance de fonds contre la remise d'un chèque de garantie ou d'une reconnaissance de dette. Cette avance est remboursable dans le mois qui suit le retour en France du bénéficiaire, à défaut le chèque de garantie est encaissé dans les 45 jours.

3.4.4 : Exclusions particulières

- Les frais médicaux en France.
- Les remboursements de prothèses, appareillages.
- Les frais de cures thermales et de rééducation.

3.5 : Frais de secours, frais de recherche, frais de cours de ski, frais de remontées mécaniques

3.5.1 : Frais de recherche et/ou de secours en mer, lac et rivière, sur terre, en montagne

Mutuaide Assistance prend en charge ou remboursement des frais de recherche et/ou de secours à concurrence de 30 000 € par an.

Cette prestation s'applique aux frais de recherche et/ou de secours non pris en charge par les organismes publics de secours.

3.5.2 : Frais de remontées mécaniques et cours de ski inutilisés par suite d'accident

En cas d'accident entraînant l'impossibilité médicale d'exercer l'activité prévue, Mutuaide Assistance rembourse les frais de cours/stages et les forfaits de remontées mécaniques inutilisés, au prorata du temps restant à courir et sur présentation des justificatifs :

- les frais de remontées mécaniques sont remboursés dans la limite de 16 € par jour et par assuré dans la limite de 7 jours,
- les cours de ski sont remboursés dans la limite de 16 € par jour et par assuré dans la limite de 7 jours.

3.5.3 : Modalités d'application et procédure de déclaration

Les assurés, ou toute personne agissant en leur nom, doivent aviser Mutuaide Assistance immédiatement verbalement et, au plus tard, dans les 48 heures suivant l'intervention. Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, dans les 5 jours suivant la date de facture, les assurés, ou leurs ayants droit, doivent faire parvenir directement à Mutuaide Assistance :

- l'original de la (des) facture(s) acquittée(s) et faisant ressortir la date, les motifs et la nature de l'intervention,
- un certificat médical initial précisant la nature de l'atteinte corporelle grave, adressé sous pli confidentiel au Médecin Chef de Mutuaide Assistance,
- un certificat de décès ou un constat des autorités de police, suivant le cas.

3.5.4 : Remboursement

Le remboursement des frais se fait exclusivement aux assurés ou à leurs ayants droit, à l'exclusion de toute autre personne physique ou morale. Toute intervention et demande de remboursement non conforme à ces dispositions entraîne la déchéance de tout droit à remboursement.

3.6 : Envoi de médicament

Si lors de son séjour à l'étranger un assuré a besoin de médicaments, Mutuaide Assistance organise et prend en charge, sous réserve qu'ils soient introuvables sur place, la recherche et l'envoi des médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours ou tout appareil indispensable dans les actes de la vie quotidienne.

Les frais de médicaments ou d'appareil, ainsi que les frais de douanes restent à la charge de l'assuré. La garantie est accordée sous réserve d'accord d'acheminement par les autorités locales.

3.7 : Rapatriement de corps

En cas de décès d'un assuré dans le cadre des activités garanties, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le transport du corps ainsi que les frais de cercueil utilisé pour le transport du corps organisé par elle jusqu'au lieu d'inhumation proche de son domicile en France métropolitaine ou Département d'Outre-Mer, à concurrence de 500 €.

Les frais de cérémonie et d'inhumation restent à la charge de la famille.

En cas de décès à l'étranger uniquement, si la présence d'un ayant droit est requise par les autorités locales pour effectuer les démarches cessaires au rapatriement, Mutuaide Assistance met à sa disposition et prend en charge un titre de transport aller/retour. Les frais d'hébergement de cette personne ne sont pas pris en charge.

3.8 : Prise en charge des honoraires d'avocat

Si l'assuré est incarcéré ou menacé de l'être à la suite d'un acte survenant durant son séjour à l'étranger, Mutuaide Assistance prend à sa charge les frais d'un homme de loi à concurrence de 8 000 € TTC par événement, le règlement intervenant sur justificatif.

3.9 : Avance de la caution pénale

Si lors de son séjour à l'étranger, un assuré est passible de poursuite judiciaire, d'incarcération pour non-respect ou violation involontaire des lois et règlements locaux, Mutuaide Assistance fait l'avance de la caution exigée par les autorités locales pour permettre sa mise en liberté provisoire avec un plafond de 15 000 €, le règlement intervenant sur justificatif.

Cette avance est consentie contre une reconnaissance de dette ou un chèque de garantie (à déposer de préférence en France). Elle est remboursable à Mutuaide Assistance dans les 30 jours qui suivent la date de mise à disposition des fonds. Ce délai pourra être renouvelé. Si cette caution est remboursée avant ce délai par les autorités du pays, elle doit être aussitôt restituée à Mutuaide Assistance. Si l'assuré est cité devant un tribunal et ne s'y présente pas, Mutuaide Assistance exigera immédiatement le remboursement de la caution.

Article 4 : Exclusions générales

- Dans tous les cas, les prestations qui n'ont pas été demandées et/ou qui n'ont pas été organisées par Mutuaide Assistance ou en accord avec elle.
- Tout déplacement excédant 90 jours consécutifs, sauf pour les étudiants, exclusivement dans le cadre d'échanges universitaires à l'étranger pour qui sont garantis les déplacements jusqu'à 12 mois consécutifs.
- La pratique professionnelle de toutes activités sportives.
- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas de poursuivre son voyage.
- Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance.
- Les faits provoqués intentionnellement par le bénéficiaire ou résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide.
- Une infirmité préexistante.
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical.
- Les états de grossesse de plus de 6 mois (date présumée de conception) à moins d'une complication imprévisible.
- Les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées.
- Les dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.
- Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré.

Article 5 : Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de Mutuaide Assistance ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

M.D.S. - 2/4, rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16 - Tél. : 01 53 04 86 86 - Fax : 01 53 04 86 87.

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

Mutuelle immatriculée au registre national des mutuelles sous le N° 422 801 910.

Mutuaide Assistance - 8/14, av. des frères Lumière - 94366 Bry-Sur-Marne Cedex - Tél. : 01 45 16 65 70 - Fax : 01 45 16 63 92.

Groupe France Mutuelle - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée sous le N° 784 492 084.

Siège Social
56, rue de Monceau
75008 Paris

