



- **Règlement mutualiste “Système Modulaire Optionnel” mis SANTÉ**
..... p 1 à 4

- **Informations concernant les garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance**
..... p 5 à 10

- **Statuts de la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé mis SANTÉ**
..... p 11 à 16

- **Statuts de GROUPE France Mutuelle**
..... p 17 à 23

Règlement mutualiste “Système Modulaire Optionnel” **mis** SANTÉ

La “Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé” (**mis** SANTÉ) est établie à Marseille (13298) Tour Méditerranée 65 av. Jules Cantini Cedex 20. Elle est régie par le Code de la Mutualité et soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-8 du Code de la Mutualité, elle est inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 438 601 932.

GROUPE France Mutuelle est établi à Paris (75011) au 9, boulevard Jules Ferry. Il s'agit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité et soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-8 du Code de la Mutualité, elle est inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 784 492 084. Ces deux organismes mutualistes agissent en vertu d'une convention de coassurance et assurent conjointement l'ensemble des risques garantis dans le présent règlement mutualiste. Les engagements issus du présent contrat mutualiste sont co-assurés par **GROUPE France Mutuelle** et **mis** SANTÉ à l'exception toutefois des modules 3, 6, 9 qui sont assurés intégralement par **GROUPE France Mutuelle**. Les deux coassureurs sont solidaires pour l'intégralité des engagements pris à l'égard des membres participants (ou de leurs ayants droit). **mis** SANTÉ est désignée mutuelle apéritrice et à ce titre a en charge la bonne exécution et la gestion des garanties du présent règlement mutualiste. **mis** SANTÉ est l'interlocuteur unique des membres participants (et de leurs ayants droit).

CHAPITRE 1 : OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

■ Article 1 : Objet

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, il est établi un règlement mutualiste pour la gamme “**Système Modulaire Optionnel**” qui définit les engagements contractuels existants entre chaque membre participant et les mutuelles co-assureurs, en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Celui-ci s'applique à l'ensemble des bénéficiaires de l'adhésion, c'est-à-dire tant au membre participant qu'à ses ayants droit, cotisants ou non.

■ Article 2 : Définition des opérations individuelles

Est qualifiée d'opération individuelle l'opération par laquelle une personne physique signe un bulletin d'adhésion à la mutuelle. A la date de son adhésion, la personne acquiert la qualité de membre participant si elle bénéficie des garanties du contrat mutualiste, ou de membre honoraire, si elle n'en bénéficie pas.

CHAPITRE 2 : ADHESION

■ Article 3 : Gamme “Système Modulaire Optionnel”

La gamme “**Système Modulaire Optionnel**” permet à chaque adhérent de composer la garantie mutualiste la mieux adaptée à ses besoins.

Les prestations sont classées en trois catégories :

- Médicales ;
- Médico-chirurgicales ;
- Primes et participations.

Pour chacune de ces catégories, il existe trois modules de prestations différents. L'adhérent peut ainsi choisir à l'intérieur de chacune des catégories désignées, le module de son choix :

- Modules 1, 4 ou 7 pour la catégorie “prestations médicales”,
- Modules 2, 5 ou 8 pour la catégorie “prestations médico-chirurgicales”,
- Modules 3, 6 ou 9 pour la catégorie “primes et participations”.

Les catégories sont optionnelles, l'adhérent peut ne choisir qu'une seule catégorie de prestations, à l'exception toutefois de la catégorie “primes et participations” qui ne peut être choisie seule.

L'âge limite à l'adhésion est de 75 ans inclus pour pouvoir bénéficier des prestations des modules 7, 8, 9. L'âge limite à l'adhésion est de 85 ans inclus pour pouvoir bénéficier des prestations des modules 4, 5, 6.

■ Article 4 : Devoir d'information

La mutuelle fournit gratuitement au futur membre participant, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion, les statuts et règlements qui décrivent précisément les droits et obligations réciproques. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par les règlements. Toute modification des statuts et règlements est portée à la connaissance des membres participants.

■ Article 5 : Délai de réflexion

Les membres participants disposent d'un délai de réflexion entre la remise des documents et la signature du bulletin d'adhésion. En l'absence de décret d'application, le délai est fixé à 7 jours.

■ Article 6 : Délai de rétractation

En application des dispositions légales, le souscripteur peut renoncer à sa demande d'adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception, pendant un délai de trente jours à compter de la date de demande d'adhésion, en obtenant la restitution intégrale des cotisations versées. Cette faculté de renonciation n'est valable que dans le cas où le souscripteur n'a pas fait jouer sa garantie ou celles de ses ayants droit.

■ Article 7 : Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet correspond au premier jour du mois de la souscription indiqué par le membre participant sous réserve de la réception par nos services, du bulletin d'adhésion dûment rempli et signé, accompagné des pièces justificatives et du paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation en cas de paiement fractionné. L'adhésion est valable jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours.

■ Article 8 : Contrats aids

Dispositions communes

Les garanties proposées par **GROUPE France Mutuelle** le sont dans le respect des dispositions de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance-maladie et de son décret d'application du 29 septembre 2005 précisant “le contenu des dispositifs d'Assurance-maladie complémentaires bénéficiant d'une aide” sous la forme d'une exonération de la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) frappant tous les contrats d'assurance santé. En outre, une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé a été créée dans le cadre de la loi pour les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU et ce plafond majoré de 15 %. Cette aide vient en déduction du montant de la cotisation versée à la mutuelle par les personnes qui en font usage. Pour bénéficier de l'exonération de la TCA et éventuellement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, les contrats des mutuelles doivent satisfaire aux obligations suivantes :

- la non prise en charge de la participation forfaitaire obligatoire (1 euro),
- la non prise en charge par les garanties de la majoration du Ticket Modérateur en cas de non-respect du parcours de soins,
- la non prise en charge d'une franchise de 7 euros sur les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques des spécialistes à hauteur au moins du dépassement autorisé en cas de non-respect du parcours de soins,
- la prise en charge d'au moins 30% du tarif opposable des consultations du médecin traitant,
- la prise en charge d'au moins 30% du tarif opposable des médicaments à vignette blanche prescrits par le médecin traitant,
- la prise en charge d'au moins 35% du tarif opposable des frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant,
- la prise en charge totale, au plus tard le 1er juillet 2006, de la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et choisies parmi la liste établie après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Unocam.

Tous les contrats proposés par **GROUPE France Mutuelle** respectent cette obligation. Cependant, lorsque certaines de nos garanties prévoient la prise en compte ou en charge ou excluent certaines des 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 et visites et de la pharmacie. Il s'ensuit que les options souscrites auprès de **GROUPE France Mutuelle** ne comprennent 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.

Dispositions propres à la garantie franchise cautionnée :

Bien que le membre participant et ses ayants droit puissent voir prendre en compte

leurs dépenses de santé même en dehors du cadre du contrat aidé dit "responsable", la garantie Franchise Cautionnée est exonérée de la taxe sur les conventions d'assurance. En effet, l'adhérent finançant lui-même ses premières dépenses de santé, à hauteur du montant de la caution, il peut décider de suivre ou non le parcours de soins coordonnés dans cette limite sans aucune conséquence fiscale. Cependant, dès que ses dépenses de santé sont supérieures au montant de la franchise laissée à sa charge, 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".

Les cotisations mensuelles 2010 sont les suivantes :

tranche d'âge*	①	④	⑦
enfants	13,89 €	16,32 €	24,54 €
56 à 60 ans	35,78 €	42,45 €	63,49 €
61 à 65 ans	40,55 €	48,02 €	71,76 €
66 à 70 ans	45,85 €	54,27 €	81,20 €
71 à 75 ans	51,89 €	61,37 €	91,85 €
76 à 80 ans	58,78 €	69,43 €	103,83 €
81 à 85 ans	66,57 €	78,65 €	117,50 €
86 à 90 ans	80,98 €	95,77 €	143,30 €

tranche d'âge*	②	⑤	⑧
enfants	10,18 €	12,30 €	23,11 €
56 à 60 ans	26,39 €	31,64 €	59,84 €
61 à 65 ans	29,15 €	34,98 €	66,09 €
66 à 70 ans	32,12 €	38,64 €	72,98 €
71 à 75 ans	35,46 €	42,61 €	80,51 €
76 à 80 ans	39,17 €	47,01 €	88,88 €
81 à 85 ans	43,25 €	51,98 €	98,21 €
86 à 90 ans	53,05 €	63,23 €	119,57 €

tranche d'âge*	③	⑥	⑨
enfants	2,92 €	3,71 €	4,29 €
56 à 60 ans	3,02 €	4,61 €	8,16 €
61 à 65 ans	3,50 €	5,35 €	9,28 €
66 à 70 ans	3,87 €	5,94 €	10,44 €
71 à 75 ans	4,40 €	6,78 €	11,82 €
76 à 80 ans	4,82 €	7,58 €	13,36 €
81 à 85 ans	5,57 €	8,59 €	15,16 €
86 à 90 ans	6,89 €	10,39 €	18,44 €

CHAPITRE 3 : COTISATIONS

■ Article 9 : Cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par les Mutuelles co-assureurs. La cotisation est individuelle, fixée forfaitairement et payable d'avance. Pour le paiement de la cotisation, le membre participant peut bénéficier sans frais supplémentaire d'un paiement fractionné. Le paiement de la cotisation peut se faire alors sur douze mois, sur quatre trimestres ou sur deux semestres. La première fraction devant être payée le jour de l'adhésion du membre

participant, soit par chèque, soit par carte bancaire. Les autres fractions étant prélevées directement sur le compte bancaire du membre participant, le 10 de chaque mois. Seul le prélèvement automatique est valable, lorsque le paiement fractionné est choisi par le membre participant. La cotisation peut faire l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne. Le prix de la cotisation varie suivant l'âge de l'adhérent. Lorsqu'un adhérent entre dans une nouvelle tranche d'âge, le nouveau tarif de la cotisation est applicable à compter du 1^{er} janvier de l'année de son anniversaire. Le prix de la cotisation varie selon la catégorie de garantie choisie par le membre participant. La qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la mutuelle. Le membre participant doit s'acquitter de la ou des cotisation(s) due(s) au titre de ses ayants droit. Les ayants droit sont le conjoint, ou le concubin ou le partenaire lié par un PACS et les enfants mineurs à charge de moins de 17 ans des membres participants. Sont exonérés du paiement des cotisations, le deuxième enfant et les suivants au titre d'ayants.

CHAPITRE 4 : PRESTATIONS

■ Article 10 : Objet

Les Mutuelles co-assureurs assurent directement des prestations mutualistes complémentaires de l'Assurance-maladie. Les prestations mutualistes servies aux membres participants ou bénéficiaires viennent en complément des prestations de Sécurité sociale, ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance. Toutefois le remboursement ne peut être en aucun cas supérieur au prix réel payé par l'adhérent.

■ Article 11 : Garanties souscrites par les mutuelles co-assureurs 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 droit du membre participant. Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, les mutuelles souscrivent un contrat collectif auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, ceux-ci sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par les mutuelles.

■ Article 12 : Prestations accordées par la mutuelle

Prestations valables dans le respect du parcours de soins.

Risques couverts : Les risques couverts sont définis annuellement par le tableau des prestations approuvé en Assemblée Générale.

Taux de prestations : Les taux de prestations des différentes garanties sont définis dans le tableau des prestations approuvé en Assemblée Générale. Les risques couverts ainsi que les taux de prestations peuvent être modifiés ou supprimés par décision de l'Assemblée Générale. L'adhérent est informé chaque année des nouvelles conditions de prestations préalablement au renouvellement de sa souscription à la garantie, lors de l'envoi de l'appel de cotisations.

Prestations des garanties : Les prestations des garanties sont identiques pour les membres participants, soumis au régime général de Sécurité sociale et ceux soumis au régime spécial des TNS (travailleurs non salariés). Conformément à l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire. L'indemnité due ne peut excéder le montant des frais restant à charge du membre participant.

Actes de prévention : Les vaccinations relatives aux Actes de Prévention comprennent la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite : tous âges. Le bilan du langage oral et/ou le bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit (AM024) sont pris en charge dans le cadre des Actes de Prévention à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.

Risques limités :

Pour les catégories co-assurées :

“ Prestations médicales et médico-chirurgicales ” :

➔ Consultation en neuropsychiatrie : la prise en charge est limitée à un maximum de 40 consultations par année civile

➔ Orthodontie dento-faciale : les traitements doivent faire l'objet d'une demande d'entente préalable formulée à la Caisse Maladie avant le 16^{ème} anniversaire de l'enfant. Ces traitements dispensés aux adultes et refusés par la Caisse Maladie ne sont pas pris en charge par notre Organisation

➔ Prothèse Dentaire non prise en charge par la Caisse Maladie : transmettre le devis du dentiste avant le commencement des travaux afin d'obtenir de nos services un accord de participation

➔ En cas d'hospitalisation, le remboursement du forfait journalier hospitalier

s'effectue à hauteur de frais réels et est limité à 70 jours par an

➔ Le versement d'indemnité pour « lit d'accompagnant adulte » est limité à 15 jours par an, sur présentation de facture(s) pour les hospitalisations en chirurgie

➔ Le versement d'indemnités pour « chambre individuelle » est limité à 7 jours par accouchement et 30 jours dans les services de médecine, de convalescence et de réadaptation

➔ Les forfaits sont attribués sur prescription médicale et sur présentation des factures ou reçus. Ceux-ci sont donc versés dans la limite des frais engagés et fractionnable dans l'année.

Pour la catégorie assurée intégralement par GROUPE France Mutuelle :

“Primes et participations” :

➔ Cure thermique : pour les cures sans hospitalisation, les soins thermaux ainsi que le forfait de surveillance pris en charge par la Caisse Maladie sont remboursés pour la part mutuelle sur présentation du décompte de la Caisse Maladie ou de la facture de l'établissement ;

➔ Les frais funéraires : la participation aux frais d'obseques du membre participant décédé 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 établie et acquittée au nom du demandeur qui doit y joindre un RIB.

➔ 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.

(1) : Limité à 40 consultations neuropsychiatriques/personne/an.

(2) : Limitées à 600 € la première année.

(3) : Limitées à 3/personne/an.

(4) : Voir conditions d'application dans le règlement mutualiste.

(5) : Dans la limite des frais engagés et fractionnables dans l'année.

(6) : Limité à 70 jours/personne/an.

(7) : Limité à 30 jours/personne/an.

(8) : Limité à 15 jours/personne/an.

➔ 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. L'ensemble des prestations accordées, telles que les participations aux frais funéraires, aux allocations décès, aux primes de maternité et de mariage, est versé exclusivement pour les événements survenus dans la période comprise pour laquelle la cotisation a été versée.

➔ Les forfaits sont attribués sur prescription médicale et sur présentation des factures ou reçus. Ceux-ci sont donc versés dans la limite des frais engagés et fractionnable dans l'année.

Risques exclus : Les actes de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident.

■ Article 13 : Modalités de fonctionnement

Ouverture des droits aux prestations : Le droit aux prestations est acquis pour toute maladie dont le point de départ (date du premier jour fixé par le Régime Obligatoire) se situe, soit après la date d'effet de l'adhésion, soit après les délais de stage indiqués ci-dessous.

Délai de stage :

Le droit aux prestations prend effet dans un délai :

➔ de 3 mois pour les prestations médicales en fonction du module choisi ;

➔ de 6 mois pour les prestations médico-chirurgicales en fonction du module choisi ;

➔ de 12 mois pour les primes et participations en fonction du module choisi

Aucun délai de stage n'est imposé au nouveau membre participant (et ses ayants droit) lorsque ce dernier souscrit une garantie mutualiste 120. Aucun délai de stage n'est imposé au nouveau membre participant lorsqu'il produit lors de son adhésion, un certificat de radiation du précédent organisme, daté de moins de trois mois.

Aucun délai de stage n'est imposé pour les nouveau-nés inscrits dès leur naissance ou encore les nouveaux mariés dans les trois mois de leur mariage.

Date d'exécution des soins :

01/ Actes des praticiens prescripteurs (médecins, dentistes, sages-femmes) : C'est la date des soins. En cas d'actes en série, la date de chaque acte est prise en considération.

02/ Actes des praticiens auxiliaires : C'est la date de la prescription.

03/ Médicaments, accessoires, pansements, optique, autres fournitures : c'est la date de prescription, lors de la présentation de l'ordonnance. C'est la date d'achat pour les renouvellements.

04/ Prothèses dentaires et autres : Il sera fait référence à la législation de la Sécurité sociale.

05/ Appareillage : C'est la date d'accord du contrôle médical ; si le contrôle médical ne matérialise pas son accord, la date prise en considération est la date de la demande d'accord du contrôle médical + quinze jours.

06/ Analyses médicales : C'est la date de prescription, lors de la première exécution ; c'est la date d'exécution pour les renouvellements.

07/ Transports : En ambulance, en VSL, en taxi ou autre moyen personnel ou public, c'est la date du déplacement.

08/ Hospitalisation : Frais de séjour et honoraires : on prendra en considération chaque journée d'hospitalisation.

09/ Cures thermales : C'est la date de prescription de la cure thermique (ou date de la demande d'accord du contrôle médical).

10/ Cas particuliers : Décomptes établis par un autre organisme de prévoyance. Lorsque la demande de prestations est effectuée sur présentation de décomptes de règlements établis par un organisme de prévoyance (assurance-maladie ou autre) qui est intervenu dans un premier temps, la date prise en considération est la date des soins précisés sur le décompte.

11/ Les forfaits : C'est la date de prescription, lors de la première exécution de l'ordonnance. C'est la date d'achat pour les renouvellements sur présentation de

PRESTATIONS MEDICALES	1	4	7
Médecins Généralistes - Spécialistes ⁽¹⁾ (consultation-visite-indemnités de déplacement)	70%	100%	140%
Pharmacie			
Vignette blanche	65%	100%	100%
Vignette bleue	35%		
Analyses			
Prises en charge par la SS	60%	100%	100%
Radiologie	70%	100%	140%
Auxiliaires médicaux et indemnités de déplacement	60%	100%	100%
Actes hors remboursement			
Ostéopathe ou chiropraste (par séance)		15,25 €	23,00 €
Ostéodentométrique (par examen)	70%	100%	100%
Forfait		15,25 €	23,00 €
	2	5	
PRESTATIONS MEDICO-CHIRURGICALES			8
Dentaire			
Soins dentaires	70%	100%	100%
Prothèses non acceptées par la SS ⁽²⁾	70%	100%	280%
Prothèses non acceptées par la SS ⁽³⁾	0%	100%	280%
Prothèses prises en charge à 50% par la SS	100%	100%	280%
Prothèses construites à un accident ⁽⁴⁾			
Implant ⁽⁵⁾		152,00 €	430,00 €
Optique			
Monture, verre, lentilles acceptées par la SS	65%	100%	100%
Forfait ou Chirurgie réfractive (opération de la myopie) ⁽⁶⁾		+ 61,00 €	+ 198,25 €
Lentilles non acceptées par la SS ⁽⁷⁾		65,00 €	122,00 €
Lin ou contact		152,00 €	152,00 €
Orthopédie - Appareillages divers			
Toutes prothèses et appareillages	65%	100%	100%
Forfait supplémenteaire (acquisition) ⁽⁸⁾		+ 45,75 €	+ 102,50 €
Forfait supplémenteaire (achat roulant (acquisition) ⁽⁹⁾		+ 112,25 €	+ 457,50 €
Prothèses auditives	65%	100%	100%
Forfait supplémenteaire (acquisition) ⁽¹⁰⁾		+ 238,75 €	+ 238,75 €
Actes médicaux et chirurgicaux			
A.T.M., A.D.A. et A.D.C.	70%	100%	100%
Franchise 18 € par acte + 91 €	0%	Frais réels	Frais réels
Déplacement honoraires du chirurgien (dans la limite des frais engagés)		Frais réels	Frais réels
Frais de salle d'opération sans hospitalisation	65%	100%	100%
Hospitalisation			
Franchise 18 € par acte + 91 €	0%	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier Hospitalier ⁽¹¹⁾		Frais réels	Frais réels
Chirurgie			
Actes et soins suite à un accident ⁽¹²⁾		Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	80%	100%	100%
Indemnités chambre individuelle ⁽¹³⁾		31,25 €/j	31,25 €/j
Indemnités lit d'accompagnant adulte ⁽¹⁴⁾		31,25 €/j	31,25 €/j
Médecine, convalescence, réadaptation			
Séjour	80%	100%	100%
Indemnités chambre individuelle ⁽¹⁵⁾			38,25 €/j
Transport			
Autres frais non pris en charge par la SS :	65%	100%	100%
Médicaments, y compris homéopathiques			
Transports en VSL ou en taxi (prescrits médicalement)			10,30 €
	3	6	9
AUTRES PRIMES ET PARTICIPATIONS			
Cures thermales			
Soins thermaux	65%	100%	100%
Forfait de surveillance	70%	100%	100%
Forfait supplémenteaire		36,25 €	122,00 €
Vaccins non remboursés SS (forfait par vaccin)		+ 10,00 €	+ 10,00 €
Mariage (1 prime par foyer)		30,50 €	61,00 €
Départ à la retraite		45,75 €	61,00 €
Noies de (1 prime par foyer)			78,25 €
Noies de (2 prime par foyer)			102,50 €
Frais d'obseques (participation)		305,00 €	600,00 €
Aide ménagère (par heure, 30 heures par mois, par foyer)		1,70 €	1,70 €
Aide familiale (par heure, 30 heures par mois, par foyer)		1,70 €	1,52 €

la prescription médicale et de la facture. Pour le forfait maternité, c'est la date de la naissance sur présentation du livret de famille portant mention de la naissance, ou de l'extrait de naissance.

Modalités de remboursement : Le membre participant devra communiquer les feuilles de soins établis par les professionnels de santé destinés à la mutuelle apéritrice. L'ensemble de ces précisions peut être fourni par un certificat du premier organisme payeur. En cas d'impossibilité pour le membre participant de fournir les détails nécessaires pour la prise en charge, il devra certifier sur l'honneur, que les soins ont été exécutés pendant la période d'ouverture des droits.

Pour les garanties qui le prévoient, l'adhérent devra présenter un document justifiant de son paiement de la prestation :

- **Ostéopathie ou chiropraxie :** une participation est versée sur présentation d'une facture acquittée par séance ;
- **Ostéodensitométrie :** une participation est versée sur présentation d'une facture acquittée avec la désignation de l'examen ;
- **Implants dentaires :** une participation est versée sur présentation d'une facture acquittée.
- **Lentilles de contact refusées :** la participation annuelle est versée sur présentation de la facture acquittée et de la prescription portant la mention "hors TIPS" ;
- **Appareillage et fauteuil roulant :** les participations sont attribuées sur présentation du décompte de la Caisse Maladie et de la facture dûment acquittée justifiant l'achat ;
- **Acoustique :** la participation est attribuée sur présentation du décompte de la Caisse Maladie et de la facture dûment acquittée justifiant l'achat, celle-ci est doublée en cas d'appareil stéréophonique.

CHAPITRE 5 : FIN DE L'ADHESION

■ Article 14 : Résiliation

L'adhésion vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle se reconduit tacitement au 1^{er} janvier de l'année suivante. Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance. Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties dans les cas prévus à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, étant toutefois précisé que ces résiliations ne sont valables que si lesdites adhésions avaient pour objet la garantie de risque en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la nouvelle situation.

■ Article 15 : Non-paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les vingt jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que quarante jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de quarante jours. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement peut entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractions de la cotisation annuelle, du jour où ont été payées les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

■ Article 16 : Subrogation

Les mutuelles co-assureurs ne couvrent pas les risques accidents. Dans l'hypothèse où les mutuelles co-assureurs seraient amenées à liquider des prestations affé-

rentes à des soins consécutifs à un accident avec un tiers responsable, soit par méconnaissance de la nature de ces soins, soit par souci de porter aide et assistance à son membre participant, les mutuelles co-assureurs sont alors subrogés de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

■ Article 17 : Cessation des droits

Les droits aux prestations mutualistes cessent à compter de la date de début des soins, après deux ans et jusqu'au premier jour du trimestre civil suivant.

■ Article 18 : Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations régies par le livre II du Code de la Mutualité sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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

■ Article 19 : Changement de garantie

Si un adhérent souhaite modifier sa garantie mutualiste et opter pour un ou plusieurs modules d'un niveau de prestations plus élevé, la date d'effet s'effectue lors de chaque échéance trimestrielle. L'adhérent doit alors conserver cette garantie mutualiste jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Si un adhérent souhaite modifier sa garantie mutualiste et opter pour un ou plusieurs modules d'un niveau de prestations inférieur, la date d'effet s'effectue lors de chaque échéance trimestrielle. En revanche l'adhérent doit justifier de son adhésion à la garantie initiale depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours.

■ Article 20 : Action sociale

En cas de nécessité, les adhérents peuvent bénéficier du service de l'action sociale après étude préalable de leur demande par la Commission chargée de l'action sociale.

■ Article 21 : Frais de traitement

Effet et cessation des garanties :

- Effet des garanties : au moment de l'adhésion
 - Cessation des garanties : lorsque l'assuré cesse d'appartenir au groupe assuré
- Autres obligations :
- Déclaration des sinistres : au plus tard dans les 5 jours suivant l'événement pouvant ouvrir droit aux prestations.

Pièces justificatives : Les prestations ne sont réglées qu'après réception des pièces.

Objet de la garantie : Dans le cas d'un accident entraînant des soins prescrits médicalement (frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation ou d'ambulance), la mutuelle ajoute à ses remboursements cités précédemment, un forfait supplémentaire de 152 € qui reste à la charge de l'adhérent après remboursement de la sécurité sociale. Le plafond de garantie est de 456 € par an et par personne (dont frais afférents aux appareils d'orthopédie, de lunettes et de prothèses, y compris prothèses dentaires).

Informations concernant les garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance

CHAPITRE 1 : ASSISTANCE A DOMICILE ET VIE QUOTIDIENNE

I - INFORMATION

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, ACE ASSISTANCE communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans le domaine de la santé :

■ Informations d'ordre général sur la santé :

- les urgences (n° samu, pompier, centre anti-poison...)
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme
- les problèmes de poids
- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...)
- la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires/facultatifs)
- les maladies infantiles
- les vaccinations à effectuer : caractère obligatoire/conseillés, risques liés à la vaccination
- les maladies du 3^{ème}/4^{ème} âge
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies : ex : le diabète
- les médicaments : les médicaments génériques
- informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre... (ex : rougeole, sida...)
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité Sociale...)

■ Informations spécifiques à une pathologie (ex : parkinson, alzheimer, autisme, allergies, sida...) :

- le traitement et les conséquences médicales de cette pathologie :
- aide dans les recherches
- l'évolution de la maladie
- risque de transmission aux enfants (génétiquement), risque de contagion pour l'entourage

II - EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT AU DOMICILE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, ACE ASSISTANCE peut communiquer au bénéficiaire et les coordonnées de ces services publics. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

■ Admission à l'hôpital

Si le bénéficiaire le souhaite, et sur prescription médicale uniquement, ACE ASSISTANCE organise et prend en charge :

- **La recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier public ou privé**, dans la limite des disponibilités dans les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.
- **Le transport du bénéficiaire à l'hôpital et le retour au domicile** par ambulance, de son domicile vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital de son choix situé dans un rayon de 50 km maximum autour de son domicile.

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié. En conséquence, le bénéficiaire s'engage à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes et à verser à ACE ASSISTANCE toutes sommes perçues par lui à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par ACE ASSISTANCE.

- **L'information à la famille** ou aux personnes préalablement désignées par le bénéficiaire du lieu d'hospitalisation ou elles pourront prendre de ses nouvelles.

■ Pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation préventive

- Pendant l'hospitalisation du bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, si l'hospitalisation doit durer plus de 2 (deux) jours

et si aucun proche n'est disponible sur place,

- Ou pendant l'immobilisation au domicile sans hospitalisation ou pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si l'immobilisation doit durer plus de 5 (cinq) jours et si aucun proche n'est disponible sur place,

ACE ASSISTANCE organise et prend en charge :

- **La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire** : voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient à son chevet.

- **Le séjour à l'hôtel de la personne** désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 45 € TTC par nuit, avec un maximum 90 € TTC. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

- **La garde au domicile des enfants ou petits enfants de moins de 15 ans** dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher. A l'issue de cette prestation et si l'hospitalisation doit se prolonger, ACE ASSISTANCE pourra organiser soit la Présence d'un proche au domicile, soit le transfert des enfants chez un proche.

- **La présence d'un proche au domicile** : voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des enfants ou petits enfants de moins de 15 ans à la charge du bénéficiaire. Cette prestation n'est pas cumulée avec la prestation « Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche ».

- **Le transfert des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche** : voyage aller et retour jusque chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de ACE ASSISTANCE. Cette prestation n'est pas cumulée avec la prestation « Présence d'un proche au domicile ».

- **Une veille sur les ascendants** par une personne de compagnie, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation. Chaque prestation de la personne de compagnie dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

■ La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

- soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum par période d'hospitalisation,

- soit chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 km autour du domicile. L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

- **La livraison de médicaments en urgence** : recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire. ACE ASSISTANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par ACE ASSISTANCE et est accessible 24h/24, 7jours/7.

- **L'aide ménagère à domicile** dans la limite des disponibilités locales, pour un

maximum de 12 heures pouvant être réparties sur 3 semaines. Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire. Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile. Dans tous les cas, cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

■ **Le coiffeur à domicile** sur rendez-vous, pris en charge une fois par immobilisation et pour un maximum de 45 € TTC.

■ **La télé-assistance ponctuelle** : mise à disposition au domicile d'un dispositif de télé-assistance pendant 3 (trois), mois si le bénéficiaire est isolé pendant sa convalescence à la suite d'une hospitalisation de plus de 15 jours. Le dispositif est composé d'un appareil de télécommunication spécial et d'un service d'écoute. Il permet à l'assuré de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son habitation, 24 heures sur 24, en actionnant simplement une télécommande qu'il conserve sur lui. Un opérateur du service d'écoute entre en liaison vocale avec lui sans qu'il ait à décrocher son téléphone grâce au transmetteur (qui compose automatiquement le numéro du centre de surveillance et joue le rôle d'interphone). L'opérateur dialogue avec l'assuré pour analyser la situation, le rassurer et lui venir en aide en cas de problème. Il peut contacter les proches du bénéficiaire, son médecin, les pompiers, la police, un réparateur, etc. Si le bénéficiaire ne peut pas répondre, l'opérateur déclenche immédiatement l'intervention la plus rapide, c'est-à-dire conjointement les proches, amis ou voisins et les secours d'urgence si nécessaire. Au-delà de cette période de pendant 3 (trois), mois, ACE ASSISTANCE pourra, à sa demande, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

CONDITIONS APPLICABLES À LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF TELEASSISTANCE

Lors de la demande le bénéficiaire devra nous fournir un certain nombre de données confidentielles le concernant pour la mise en place du service :

- ses coordonnées et les moyens d'accès à son domicile
- les coordonnées d'au moins un dépositaire de clefs proche de son domicile
- des informations concernant son entourage
- des informations concernant son état de santé et les coordonnées de son médecin traitant
- la présence éventuelle d'une autre personne ou d'animaux domestiques au domicile

■ **La livraison et la mise à disposition du matériel médical** qui lui a été prescrit par son médecin. La demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier ou télécopie. Le coût du matériel médical reste à la charge du bénéficiaire.

■ **La recherche d'un médecin** en l'absence du médecin traitant, à l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone (médecin de garde ou service d'urgence). Dans ce cas, ACE ASSISTANCE n'est pas responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de ACE ASSISTANCE. Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

■ **La recherche d'une infirmière** sur prescription médicale, le plus près possible de l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone. Dans ce cas, ACE ASSISTANCE n'est pas responsable si aucune infirmière n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de ACE ASSISTANCE. Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

III- PRESTATIONS SPÉCIALES POUR ENFANT HOSPITALISÉ OU IMMOBILISÉ AU DOMICILE

Pendant l'immobilisation au domicile sans hospitalisation ou pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si l'immobilisation doit durer plus de 2 (deux) jours et si aucun proche n'est disponible sur place, ACE ASSISTANCE organise et prend en charge :

■ **La garde au domicile de l'enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent**, dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'immobilisation. Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire,

et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est assurée par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens. Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile.

■ **La conduite de l'enfant à l'école** s'il peut assister à ses cours mais qu'il a des difficultés à se déplacer et qu'aucun proche ne peut assurer son transport. Le transport est organisé par taxi et pris en charge à hauteur de 300 € TTC maximum par période d'immobilisation.

■ **Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales** lorsque l'immobilisation imprévue au domicile entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs. Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe du bénéficiaire. Il pourra, avec l'accord du bénéficiaire et de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels du bénéficiaire l'étendue du programme à étudier. L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolaires sauf le samedi, à raison de 15 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables par tranche de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire. La mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai 2 jours ouvrés. Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'hospitalisation imprévue de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs.

IV - EN CAS DE TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE

Lorsque le bénéficiaire est confronté à une situation difficile telle qu'une agression, un accident ou une maladie grave dont lui-même ou un de ses proches est victime, ou tous autres événements qui l'affectent psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux les surmonter, ACE ASSISTANCE organise et prend en charge :

■ **Un soutien psychologique** par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile. La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de ACE ASSISTANCE qui le rappellera pour entamer la démarche. Si besoin, le bénéficiaire pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de ACE ASSISTANCE soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur.

L'accompagnement proposé est limité à 3 entretiens au plus. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

■ **Un accompagnement psychologique** par un psychologue proche du domicile du bénéficiaire. Cette prestation est soumise à une évaluation conjointe par le médecin de ACE ASSISTANCE et le médecin traitant du bénéficiaire ou le médecin urgentiste intervenu au moment de l'événement. Si la situation du bénéficiaire justifie un accompagnement psychologique en raison de l'ampleur du traumatisme subi, un premier rendez-vous avec le psychologue permet de déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement. Dans ce cas, la prise en charge de ACE ASSISTANCE est limitée à 12 heures de consultation en cabinet. Dans le cas contraire, le médecin traitant convient avec son patient du mode d'intervention adapté.

V - EN CAS DE DIFFICULTÉ À REPRENDRE LA VIE PROFESSIONNELLE

■ **Aide au Retour à l'Emploi et Aide au Retour à la Vie Professionnelle pour les Accidentés.** Lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie médicalement attestés, le bénéficiaire a perdu son emploi, ou que son état rend difficile sa réintégration dans la vie professionnelle, ACE ASSISTANCE lui propose une mise en relation avec un organisme spécialisé sur simple demande formulée par téléphone du lundi au vendredi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés.

Dans le cadre de cette prestation ACE Assistance assure un service uniquement et strictement limité à la France Métropolitaine.

VI - DÉCÈS

ACE ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire les services ci-après :

■ **Informations Décès/Succession.** Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, le bénéficiaire, pour préparer sa succession, ou ses proches, trouveront auprès des spécialistes de ACE ASSISTANCE, les renseignements dont ils ont besoin dans les domaines ci-après :

Le décès :

- le décès à l'hôpital/le décès à domicile
- la constatation du décès
- les prélèvements d'organes, les dons d'organes
- la conservation du corps : la thanatopraxie
- le transport du corps
- les chambres funéraires

Les obsèques :

- les sociétés de pompes funèbres
- les sociétés de marbrerie funéraire
- l'organisation des pompes funèbres en France
- la préparation des obsèques
- la toilette du défunt
- le choix du cercueil et des accessoires
- les voitures funéraires
- les concessions
- la crémation
- les différents rites et cérémonies religieuses

Les démarches de succession :

- le règlement des frais d'obsèques
- l'apposition des scellés
- le sort des avoirs financiers et des biens détenus par le défunt (mobilier, objets, véhicules, biens immobiliers...) : règles applicables et démarches à effectuer
- les formalités auprès des organismes, droits à faire valoir et calendrier : Caisse de Retraite, employeur, ASSEDIC, établissements financiers, Sécurité Sociale, allocations familiales, mutuelles, administration fiscale...
- Le compte bancaire joint, les assurances... -
- Les déclarations à la mairie...

Le règlement de la succession :

- les options offertes aux héritiers et leurs conséquences : l'acceptation de la succession, l'acceptation sous bénéfice d'inventaire, la renonciation.

Les règles de répartition de la succession :

- l'ordre de succession et les modalités d'attribution
- les règles applicables, générales, et particulières à certaines situations (représentation, fente successorale, enfants adoptés, décès simultanés, transmission des droits de propriété littéraire et artistiques...)
- les droits du conjoint survivant

Les situations particulières d'héritage :

- le testament, les donations, l'usufruit, la nue-propriété
- les mineurs, les incapables majeurs
- les héritiers résidant à l'étranger

Comment disposer, prendre possession des biens :

- l'indivision
- les formalités : actes notariés, pièces héréditaires
- le partage

Les droits de succession :

- les biens à déclarer
- la détermination de l'actif successoral taxable
- le paiement des droits et contrôle du fisc

Les droits du conjoint et de ses enfants :

- l'aide sociale
- l'allocation veuvage
- la pension de réversion de la Sécurité Sociale
- les droits des conjoints divorcés (pension partagée)
- la location (le droit au maintien)
- le capital décès pour les cotisants à la Sécurité Sociale.

■ **Assistance Décès.** Lorsque le bénéficiaire décède au domicile ou en milieu hospitalier proche du domicile, ACE ASSISTANCE apporte son concours à ses proches pour les aider à faire face, et à leur demande, organise et prend en charge :

➤ **La garde des animaux de compagnie** (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux) à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum, en attendant que la famille prenne les dispositions appropriées. L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

➤ **Organisation des obsèques.** A la demande de la famille du bénéficiaire et pour son compte, ACE ASSISTANCE peut se charger de coordonner l'organisation des obsèques en France métropolitaine : convoi, cérémonie religieuse, ouverture du caveau et mise en bière, ... Pour ce faire, ACE ASSISTANCE fait appel à son prestataire habituel ou à celui désigné par la famille ou par le bénéficiaire dans les informations confiées à ACE ASSISTANCE. Dans ce cas, un devis envoyé aux ayants droit pour accord préalable doit être approuvé par un ayant droit ou une personne ayant reçu délégation pour ce faire. Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation sont à la charge de la famille.

■ **Assistance aux enfants du bénéficiaire décédé.** Si aucun proche n'est en mesure de s'occuper d'eux, ACE ASSISTANCE organise et prend en charge pour les enfants du bénéficiaire décédé âgés de moins de 15 ans :

■ **La présence d'un proche au domicile du bénéficiaire :** voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par la famille, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des enfants ou petits enfants. Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche » et « Garde au domicile des enfants ou petits enfants ».

■ **Le transfert des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche :** voyage aller et retour jusque chez un proche désigné par la famille, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par la famille ou un correspondant de ACE ASSISTANCE. Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » et « Garde au domicile des enfants ou petits enfants ».

■ **La garde au domicile des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans** dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher. Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » et « Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche ».

VII - EXCLUSIONS GÉNÉRALES APPLICABLES AUX PRESTATIONS DU CHAPITRE 1 Sont exclus :

- les demandes non justifiées
 - les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées.
 - les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile,
 - les hospitalisations prévisibles,
 - les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat.
 - les maladies chroniques psychiques
 - les maladies psychologiques antérieurement avérées/constituées (ou) en cours de traitement
 - les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées,
 - les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
 - les états de grossesse, sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 36^{ème} semaine d'aménorrhée,
 - les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, et de l'absorption d'alcool,
 - les conséquences de tentative de suicide
- Les conséquences :
- des situations à risques infectieux en contexte épidémique,

- de l'exposition à des agents biologiques infectants,
- de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
- de l'exposition à des agents incapacitants,
- de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire,
- les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallies ou à leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche.
- la plongée sous marine si le bénéficiaire ne pratique pas ce sport dans une structure adaptée et reconnue par la CMAS (Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques) et si en cas d'accident, le bénéficiaire n'a pas été pris en charge par un centre de traitement hyperbare (ACE ASSISTANCE n'intervient qu'après cette première prise en charge pour organiser l'assistance médicale).

CHAPITRE 2 : ASSISTANCE AUX PERSONNES EN VOYAGES

I - ASSISTANCE AUX PERSONNES

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application de la présente convention d'assistance, vous vous engagez à réserver à ACE ASSISTANCE France le droit d'utiliser le titre de transport que vous détenez, ou à rembourser ACE ASSISTANCE des montants dont vous obtiendriez le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre de transport.

■ **Transport/Rapatriement.** Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement : nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui vous a reçu, à la suite de la maladie ou de l'accident. Nos médecins recueillent toutes les informations nécessaires à la décision qui doit être prise dans votre intérêt médical, auprès du médecin local, et éventuellement auprès du médecin traitant habituel. Les informations recueillies nous permettent après décision de nos médecins, de déclencher et organiser en fonction des seules exigences médicales, soit votre retour à votre domicile, soit votre transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de votre domicile, par véhicule sanitaire léger, ambulance, wagon-lit train en 1^{re} classe (couchette ou place assise), avion de ligne en classe économique ou avion sanitaire. Dans certains cas, votre sécurité peut nécessiter un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre domicile. Notre Service Médical peut réserver une place dans le service où l'hospitalisation aura été prévue. Seuls votre intérêt médical et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport ; le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel. Les informations des médecins locaux ou du médecin traitant habituel, qui peuvent être essentielles, nous aident à prendre la décision qui paraît la plus opportune. Il est, à cet égard, expressément convenu que la décision finale à mettre en oeuvre dans votre intérêt médical appartient en dernier ressort à nos médecins, et ce afin d'éviter tous conflits d'autorités médicales. Par ailleurs, dans le cas où vous refusez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, vous nous déchargez expressément de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens, ou encore en cas d'aggravation de votre état de santé.

■ Retour d'un accompagnant

Nous organisons et prenons en charge le transport soit d'un membre de votre famille (conjoint ou concubin, père, mère, frère, soeur, grands-parents) soit d'une personne bénéficiaire voyageant avec vous afin, si possible, de vous accompagner lors de votre retour. Selon l'avis de notre service médical, ce transport se fera soit avec vous, soit individuellement par train en 1^{re} classe ou par avion en classe économique.

■ Présence hospitalisation

Vous êtes hospitalisé sur le lieu de votre maladie ou de votre accident et nos médecins ne préconisent pas un transport avant 10 jours : nous organisons et prenons en charge le déplacement aller et retour par train en première classe ou avion de

ligne en classe économique d'une personne choisie et résidant en France pour lui permettre de se rendre à votre chevet. Nous prenons également en charge les frais d'hôtel de cette personne sur place, à concurrence de 46 € TTC. par nuit pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner).

Cette personne doit :

- être domiciliée en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco ou d'Andorre si vous y êtes domicilié,
- être domiciliée dans le même département ou territoire d'Outre Mer que vous si vous êtes domicilié dans les DOM-TOM.

■ Prolongation de séjour

Nous organisons et prenons en charge vos frais de prolongation de séjour à l'hôtel et d'une personne bénéficiaire demeurant à votre chevet si vous ne pouvez entreprendre votre retour à la date prévue pour des raisons médicales validées par notre service médical. Nous prenons en charge les frais d'hôtel à concurrence de 46 € TTC par nuit et par personne pour vous et votre accompagnant pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner). Les prestations « retour d'un accompagnant », « présence hospitalisation » et « prolongation de séjour » ne sont pas cumulables entre elles.

■ Remboursement complémentaire des frais médicaux

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement hors de France : nous remboursons, à hauteur de 5.336 € TTC et de 76.225 € TTC pour les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, le Japon et l'Asie du Sud Est par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat le montant des frais médicaux engagés hors de France et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité Sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance. Une franchise de 31 € par bénéficiaire et par événement est appliquée dans tous les cas. Les soins dentaires sont remboursés dans les mêmes conditions avec un plafond de 77 € TTC. Vous vous engagez, vous ou vos ayants droits à cette fin à effectuer, dès votre retour en France, toutes démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, nous procédons au remboursement tel que défini ci-dessus à la condition que vous nous communiquiez les documents suivants :

- Décomptes originaux des organismes sociaux et/ou de prévoyance justifiant des remboursements obtenus,

- Photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.

Dans l'hypothèse où l'organisme d'assurance maladie auquel vous cotisez ne prendrait pas en charge les frais médicaux engagés, nous vous rembourserons les frais engagés jusqu'à un maximum de 5336 € TTC et de 76225 € TTC pour l'Australie, les Etats-Unis, le Canada, le Japon et l'Asie du Sud Est, sous réserve que vous nous présentiez les originaux des factures de frais médicaux et de l'attestation de non prise en charge émanant de l'organisme d'assurance maladie.

Nature des frais médicaux ouvrant droit à remboursement complémentaire :

- honoraires médicaux,
- frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- frais d'ambulance ordonnée par un médecin pour un trajet local,
- frais d'hospitalisation tant que le bénéficiaire a été jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Le remboursement complémentaire de ces frais d'hospitalisation cesse à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer le transport du bénéficiaire,
- urgence dentaire.

■ Avance des frais d'hospitalisation

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement hors de France tant que vous vous trouvez hospitalisé, nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 5336 € et de 76.225 € pour les Etats-Unis, le Canada, le Japon, l'Australie et l'Asie du Sud Est par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- pour des soins prescrits en accord avec nos médecins,
- tant que vous êtes jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Aucune avance n'est accordée à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre transport. Dans tous les cas, vous vous engagez à nous rembourser cette avance 30 jours après réception de la facture. Cette obligation s'applique même si vous avez engagé les procédures de remboursement visées au paragraphe « Remboursement complémentaire des frais médicaux ». Bien entendu, dès que ces procédures aboutiront nous prendrons en charge le remboursement complémentaire des frais mé-

dicaux, dans les conditions et à concurrence des montants prévus au paragraphe « Remboursement complémentaire des frais médicaux » et sous réserve que vous nous communiquiez les documents prévus au paragraphe « Remboursement complémentaire des frais médicaux ».

II - ASSISTANCE EN CAS DE DECES

■ Retour anticipé

Lorsque vous apprenez le décès en France d'un membre de votre famille (conjoint concubin, enfants, père, mère, frères, sœurs, beaux-parents, grands-parents) ou votre convocation à un examen de rattrapage scolaire non prévu avant votre départ et sous réserve que la notification d'échec ait été effectuée dans un délai non prévu initialement nous organisons et prenons en charge :

- soit votre voyage aller retour
- soit votre voyage aller simple et celui d'une personne bénéficiaire voyageant avec vous par train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique. A défaut de présentation de justificatifs (certificat de décès, convocation) dans un délai de 30 jours, nous nous réservons le droit de vous facturer l'intégralité de cette prestation.

■ Transport de corps

Un bénéficiaire décède au cours d'un déplacement : nous organisons et prenons en charge le transport du corps jusqu'au lieu des obsèques en France. Nous prenons également en charge les frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport; nous participons aux frais de cercueil jusqu'à concurrence de 458 € TTC.

Les autres frais, et notamment les frais de cérémonie, convois locaux, inhumation, restent à la charge de la famille. Pour les bénéficiaires domiciliés dans le DOM TOM, la prestation ne pourra être acquise que si le décès survient hors du Département ou Territoire d'Outre Mer où ils sont domiciliés.

III - AIDE AU VOYAGE

■ Transmission de messages urgent à la famille

ACE ASSISTANCE s'engage en cas d'accident ou maladie, à prévenir votre famille restée en France et à lui transmettre les messages urgents.

■ Avance de fonds

Lors d'un déplacement hors de France, vous perdez ou vous faites dérober vos moyens de paiement (carte(s) de crédit, chéquier(s)...) : nous vous accordons, moyennant le versement de la somme correspondante par un tiers et après accord préalable de l'organisme financier émetteur du titre de paiement une avance de fonds d'un montant maximum de 2287 € pour vous permettre de faire face aux dépenses de première nécessité.

■ Envoi de médicaments

Vous êtes en déplacement hors de France : si le pays ne dispose pas des médicaments, prescrits par un médecin, indispensables à la poursuite d'un traitement en cours, nous recherchons localement leurs équivalents éventuellement disponibles et, à défaut, les recherchons en France métropolitaine exclusivement et les expédions sur votre lieu de séjour par les moyens les plus rapides sous réserve des contraintes légales locales et françaises. Nous prenons en charge les frais d'expédition et vous refacturons les frais de douane et le coût d'achat des médicaments. Avant de partir, si vous êtes sous traitement, nous vous conseillons de ne pas oublier d'emporter les médicaments en quantité nécessaire et suffisante pour la durée du traitement. En effet certains pays (Etats-Unis, Israël...) n'autorisent pas ce type d'envoi. L'abandon de la fabrication des médicaments par le laboratoire, la non-disponibilité en France métropolitaine constituent des cas de force majeure qui peuvent retarder ou rendre impossible l'exécution de cet engagement.

■ Informations voyages

Nous pouvons vous fournir des informations concernant :

- Les précautions médicales à prendre avant d'entreprendre un voyage (vaccins, médicaments...)
- les formalités administratives à accomplir avant un voyage ou en cours de voyage (visas, quitus fiscal...)
- les conditions de voyage (possibilités de transport, horaires d'avions...),
- les conditions de vie locale (température, climat, nourriture...).

Nous pouvons vous conseiller sur les démarches à entreprendre pour poursuivre un voyage interrompu par un incident inopiné (mauvaise correspondance, réservation annulée...). Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance par téléphone. Si une réponse ne peut être apportée immédiatement nous effectuons les recherches nécessaires et rappelons dans les meilleurs délais. Ces informations constituent des

renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques. Selon les cas, nous vous orienterons vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de vous répondre. Nous ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation ni de l'utilisation faite des informations communiquées.

IV - EXCLUSIONS GENERALES APPLICABLES AUX PRESTATIONS DU CHAPITRE 2

Sont exclus :

- Les frais engagés sans notre accord préalable ou dont la prise en charge n'est pas prévue par la présente convention d'assistance,
- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité des contrats,
- Les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions motorisées (ou leurs essais) lorsque vous y participez en qualité de concurrent
- Les maladies ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- Les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement,
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
- L'organisation et la prise en charge du Transport/Rapatriement pour des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- Les conséquences de l'usage de drogue, stupéfiants ou produits assimilés non ordonnés médicalement de l'usage abusif d'alcool,
- Les conséquences d'actes intentionnels de votre part ou les Conséquences d'actes dolosifs, tentatives de suicide ou suicide
- Les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 28^{ème} semaine, les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse,
- Les situations liées à des faits de grève,
- Les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- Les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie ou à un accident survenu hors de France,
- Les frais d'optique (Lunettes ou verres de contact par exemple),
- Les frais liés aux appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires notamment),
- Les frais d'annulation de séjour,
- Les frais de cure thermique,
- Les frais liés à des interventions à caractère esthétique,
- Les frais de séjour en maison de repos,
- Les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
- Les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination,
- Les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- Les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- Les frais médicaux engagés en France,
- Les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer ou dans le désert,

- Les frais de secours ,
- Les frais de restaurant,
- Les frais de douane,
- Les dommages survenus aux bénéficiaires se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire,

CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations résultant des cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou érantings, instabilité politique notoire, émeutes, mouvements populaires, représailles, actes de terrorisme, restriction à la libre circulation des personnes ou des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

■ Dispositions Générales

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par ACE sont mises en œuvre par MONDIAL Assistance France SAS - Siège social : 54 rue de Londres 75008 Paris. ACE ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence. ACE ASSISTANCE ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle. Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire. Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir à ACE ASSISTANCE, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention. ACE ASSISTANCE ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement des frais exposés. L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si ACE ASSISTANCE a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès. Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que ACE ASSISTANCE aurait engagés pour organiser le service.

■ Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Les informations fournies par ACE ASSISTANCE sont des renseignements à caractère documentaire. ACE ASSISTANCE s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours. La responsabilité de ACE ASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui auront été communiqués. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. ACE ASSISTANCE s'engage alors à répondre dans un délai de 2 (deux) jours ouvrés.

■ Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au domicile

Les prestations énoncées dans la présente convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. ACE ASSISTANCE se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance (certificat

médical, bulletin d'hospitalisation...). Ce justificatif sera adressé au médecin ACE ASSISTANCE qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi le dit justificatif. L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci-avant ne peut donner lieu au remboursement que si ACE ASSISTANCE a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès. Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux que ACE ASSISTANCE aurait engagés pour organiser le service.

Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance au domicile peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouvrée. La prestation « Garde au domicile de l'enfant convalescent de moins de 15 ans n'est pas ouverte :

- pendant les congés légaux du ou des parents et de la nourrice employée et déclarée,

- lorsqu'un membre majeur de la famille est présent au domicile.

La prestation « Aide pédagogique » n'étant pas conçue pour services les convéances personnelles, toute fausse déclaration, falsification ou tentative de fraude entraîne la perte du bénéfice de la prestation et le remboursement immédiat des sommes éventuellement engagées par ACE ASSISTANCE pour sa réalisation.

La communication d'informations, éventuellement à caractère juridique ne peut en aucun cas être assimilée à une consultation juridique, et la responsabilité de ACE ASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire du ou des renseignements communiqué(s).

■ Mise en œuvre des garanties

Le service est accessible par téléphone 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 à l'exception des prestations d'informations accessibles du lundi au samedi de 9H à 19 H.

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire ou ses proches auprès de ACE ASSISTANCE par l'un des moyens ci-après :

Prestations relevant du chapitre 1 - Assistance à Domicile et Vie Quotidienne : en indiquant :

- n° du contrat souscrit FR92041,

- Téléphone : 01 40 25 16 45

- Télécopie : 01 40 25 62 62

Prestations relevant du chapitre 2 - Voyages

en indiquant :

- n° de la convention 620328,

- Téléphone : 01 40 25 57 25

- Télécopie : 01 40 25 52 62

accessibles 24h/24, 7 jours/7, sauf mentions contraires,

en indiquant également dans les 2 cas :

- le nom et le prénom du bénéficiaire

- l'adresse exacte du bénéficiaire,

- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.

Statuts de la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé **mis** SANTÉ

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II dudit code - N° de RNM 438 601 932

■ Article 1

Une mutuelle, appelée Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (**mis** SANTÉ) est établie à Marseille (13298 Cedex 20), Tour Méditerranée, 65 avenue Jules Cantini. Le siège de la mutuelle est situé à la même adresse. Elle est régie par le Code de la Mutualité et soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Le siège de la mutuelle est situé à la même adresse soit à Marseille (13298 Cedex 20), Tour Méditerranée, 65 avenue Jules-Cantini. Conformément à l'article R.414-8 du Code de la Mutualité, elle est inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 438601932.

■ Article 2

La mutuelle est un groupement de personnes de droit privé à but non lucratif qui, notamment aux moyens des cotisations de ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, a pour objet de réaliser les opérations d'assurances suivantes : la couverture des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie. Conformément à l'article L.211-5 et R.211-26 du Code de la Mutualité, ces opérations d'assurances menées par la mutuelle sur les branches 2. Maladie et 1. Accidents, ne sont pas soumises à l'obtention d'un agrément pour chacune de ces branches en l'état d'une convention de substitution établie entre la Mutuelle des Etudiants de Provence (MEP), située à Marseille (13298 Cedex 20), Tour Méditerranée, 65 avenue Jules Cantini, et la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (**mis** SANTÉ). La convention de substitution est d'une durée indéterminée. La Mutuelle des Etudiants de Provence, mutuelle garante de la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (**mis** SANTÉ), sollicite un agrément pour les branches 1 et 2 auprès de l'autorité administrative. La convention de substitution, ainsi que l'ensemble des modifications éventuelles, sont soumises à l'avis et autorisation préalable de la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité. Les branches d'assurance garanties ne sont pas soumises à réassurance. La Mutuelle étant soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, elle ne peut mener des actions sociales que dans la mesure où ces activités sont accessoires.

■ Article 3

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, des règlements mutualistes, adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration définissent le contenu des engagements contractuels et la durée de ceux-ci existant entre chaque membre participant ou honoraire en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Il est expressément reconnu tant par la mutuelle que par l'adhérent que le lieu d'exécution de la prestation de service délivrée et effectuée par la mutuelle, conformément au contrat mutualiste, est en son siège social à Marseille.

■ Article 4

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité tels que les définit l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

■ Article 5

La mutuelle admet des membres participants et des membres honoraires. Les membres participants de la mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré. Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, ou font des dons ou ont donné une contribution sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif. La qualité de membre honoraire s'acquiert sur proposition du Président de la mutuelle par une décision du Conseil d'Administration. Acquiert la qualité d'adhérent à la mutuelle en qualité de membre participant les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 des présents statuts et qui font acte d'adhésion, dans des conditions définies par Décret en Conseil d'État, et reçoivent copie des statuts et du règlement mutualiste de la mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste. Par dérogation aux aînées précédents, les droits et obligations résultants d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle. Un décret en Conseil d'État détermine les mentions que doivent impérativement comporter les règlements et contrats collectifs. L'acte d'adhésion se fera dans le respect des dispositions prévues par le Code de la Mutualité, les présents statuts et le règlement mutualiste. Tous actes et délibérations

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

■ Article 6

Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quel que titre que ce soit à un administrateur ou à un dirigeant. Lorsqu'une mutuelle traite avec un mandataire, autre qu'un administrateur ou le Directeur Général, désigné par une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif, elle peut lui verser une commission. Cette personne morale est informée du montant et du destinataire de la commission.

■ Article 7

Conditions d'admission à la mutuelle :

➤ Peuvent adhérer à la mutuelle en qualité de membre participant :

- toute personne qui en France relève d'un régime de Sécurité Sociale
- toute personne physique, soit dans le cadre d'une opération de prévoyance collective, soit en vertu d'un contrat de travail lorsque celui-ci le stipule, soit en application d'une convention ou d'un accord collectif.

➤ Peuvent bénéficier des prestations de la mutuelle en qualité d'ayant droit des membres participants (leurs droits sont ouverts par le membre participant) : le conjoint (concubin ou partenaire lié par un PACS) du membre participant ; les enfants mineurs à charge des membres participants.

La qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la mutuelle. À leur demande faite auprès de la mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal. Sauf refus express 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 perçoit à titre personnel les prestations de la mutuelle.

■ Article 8

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

■ Article 9

I. Dans le cadre des opérations individuelles, 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 ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement peut entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractions de la cotisation annuelle, du jour où ont été payées les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

II. Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale. Dans la lettre de mis en demeure, la mutuelle informe des conséquences de ce défaut de paiement sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations. La mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours susmentionné.

Le contrat collectif non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement.

III. Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, 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 le délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 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, 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 peut faire obstacle au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations. La procédure prévue au II est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en oeuvre de cette procédure et de ses conséquences et rembourse le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

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 a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

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

Sont également exclus, les membres participants dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L.221-17 du Code de la Mutualité étant précisé que ces résiliations ne sont valables que si les dites adhésions ont pour objet la garantie de risque en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la nouvelle situation.

■ Article 10

Sous réserve des dispositions propres au livre II du Code de la Mutualité, peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté. Le membre dont l'exclusion est prononcée pour ce motif est convoqué par-devant le Conseil d'Administration pour y être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée d'office par le Conseil d'Administration.

■ Article 11

Hormis les cas envisagés à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, la démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf dans le cadre d'une démission suite à l'obtention d'une complémentaire CMU.

■ Article 12

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

■ Article 13

Une commission électorale est nommée par le Conseil d'Administration de la mutuelle lorsqu'à lieu l'élection des membres de l'Assemblée Générale de la mutuelle. Cette commission électorale est nommée six mois au minimum avant l'organisation des opérations électorales. La commission électorale obéit aux règles fixées par les statuts et est composée comme suit :

➔ 4 membres participants ou honoraires,

➔ 2 membres du Conseil d'Administration de la mutuelle.

Tous les membres participants et honoraires de la mutuelle sont répartis en section de vote. La commission électorale valide les listes de candidats aux fonctions de délégué des sections de vote. Chaque section de vote élit ses délégués.

L'étendue et la composition des sections de vote sont fixées par le Conseil d'Administration. Sont électeurs et éligibles tous les membres participants inscrits à la mutuelle deux mois avant l'affichage du calendrier électoral.

Le droit de vote des membres participants mineurs de plus de 16 ans est exercé par lui-même.

La Commission électorale a compétence sur l'ensemble des opérations électorales et est chargée des attributions suivantes :

➔ fixation de la date de scrutin

➔ établissement du calendrier électoral sur proposition du Conseil d'Administration

➔ contrôle et arrêt des listes électorales de chaque section de vote

➔ détermination du nombre de délégués à l'Assemblée Générale titulaires et suppléants par section de vote dans les conditions prévues par l'article 18 des présents statuts

➔ contrôle et veille de la régularité et de l'organisation matérielle de toutes les opérations électorales

➔ la réception des actes de candidatures et des professions de foi

➔ l'organisation des opérations de dépouillement

➔ la proclamation des résultats

➔ l'examen des réclamations éventuelles.

■ Article 14

L'Assemblée Générale est composée des délégués des sections de vote.

■ Article 15

Les membres participants et honoraires de chaque section de vote élisent les délégués à l'Assemblée Générale de la mutuelle. Les délégués sont élus pour six ans.

L'élection des délégués a lieu à bulletins secrets suivant le mode de scrutin de liste majoritaire à un tour. Il est procédé à l'élection des délégués par correspondance. Chaque section élit de la même façon des délégués suppléants.

■ Article 16

En cas de vacances en cours de mandat, par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de section, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant figurant sur la même liste immédiatement après le dernier candidat titulaire.

■ Article 17

En cas de vacances en cours de mandat, par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de section et en l'absence de délégués suppléants, 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 18

Chaque section de vote élit un délégué pour 500 ou fraction de 500 membres participants ou honoraires.

La formule utilisée est la suivante :

Nombre de Sociétaires/500 = X délégués arrondis au chiffre supérieur.

Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée Générale.

■ Article 19

Conformément à l'article L.114-13 du Code de la Mutualité, les délégués titulaires empêchés d'assister à l'Assemblée Générale ne peuvent être représentés.

■ Article 2

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration. 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 21

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

➔ la majorité des administrateurs composant le Conseil

➔ les commissaires aux comptes de la mutuelle garante

➔ la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant

➔ un administrateur provisoire nommé par la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité ou à la demande d'un ou plusieurs membres participants

➔ les liquidateurs.

À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

■ Article 22

L'Assemblée Générale doit être convoquée dans les conditions et délais fixés par décret en Conseil d'État. Les membres composant l'Assemblée Générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité. À défaut de communication des documents prévus, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, peut enjoindre sous astreinte les membres du Conseil d'Administration de les communiquer ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette communication et, le cas échéant, de reporter la date de l'Assemblée Générale. L'ordre du jour des Assemblées Générales est fixé par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations. Toutefois, les délégués peuvent, dans les conditions définies par décret, requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolution. L'Assemblée Générale ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour. L'Assemblée Générale 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 de la mutuelle.

■ Article 23

Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées à l'article 24 des présents statuts, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués participants ou honoraires. À l'exception des décisions mentionnées à l'article 24 des présents statuts qui sont adoptées à la majorité des deux tiers des membres présents, les décisions sont adoptées à la majorité simple des membres. Si lors de la première convocation, le quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée, qui délibère valablement quel que soit le nombre des délégués présents.

■ Article 24

Lorsque l'Assemblée Générale se prononce sur les modifications statutaires, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article L.114-11 du Code de la Mutualité, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale de la mutuelle ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni le quorum fixé au présent article, une seconde Assemblée Générale est convoquée, qui délibère valablement si le nombre de ses délégués présents représente au moins le quart du nombre total des délégués participants et honoraires. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués présents.

■ Article 25

La scission de la mutuelle ou la dissolution sont prononcées par une Assemblée Générale Extraordinaire dans les conditions prévues à l'article 24 des présents statuts. La délibération concernant la scission est précédée de l'examen d'un rapport établi par un commissaire à la scission désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance. Le commissaire à la scission se prononce sur les méthodes d'évaluation et sur la valeur de l'actif et du passif des organismes concernés et expose les conditions financières de la scission. Pour l'exercice de sa mission, le commissaire à la scission peut obtenir auprès de chacun de ces organismes, communication de tous documents utiles et procéder aux vérifications nécessaires. Concernant la dissolution de la mutuelle, l'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu, par décision de l'Assemblée Générale dans les conditions prévues à l'article 24 des présents statuts, à d'autres mutuelles, unions ou fédérations ou au fonds de solidarité et d'action mutualiste mentionnée 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. À défaut de réunion de l'Assemblée Générale Extraordinaire malgré deux convocations successives, la dissolution de la mutuelle peut être prononcée par la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité. Conformément à l'article L.211-14 du Code de la Mutualité, la dissolution volontaire comporte pour la mutuelle l'engagement de ne plus réaliser, pour l'ensemble des agréments qui lui avaient été accordés, de nouvelles opérations.

La mutuelle en informe immédiatement l'ACAM. Dans le mois de la décision concer-

nant la caducité de l'agrément, la mutuelle soumet à l'ACAM un programme de liquidation précisant notamment les délais prévisibles et les conditions financières de la liquidation ainsi que les moyens en personnel et matériel mis en oeuvre 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 oeuvre, sont communiqués à la commission qui peut, dans les conditions mentionnées à l'article L.510-7 du Code de la Mutualité, réaliser tous contrôles sur pièces et sur place du délégataire, jusqu'à liquidation intégrale des engagements.

■ Article 26

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

L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

- les modifications des statuts
- les activités exercées
- l'existence ou non des droits d'adhésion, dans les limites fixées par un décret en conseil d'état
- le montant du fonds d'établissement
- les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L.114-1, 5ème 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 de réassurance
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent
- le rapport général du commissaire aux comptes de la mutuelle
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité
- le rapport annuel établi par le Conseil d'Administration recensant les mesures prises au cours de l'année écoulée tendant à assurer une représentation égale des hommes et des femmes au Conseil d'Administration
- les indemnités éventuelles allouées au Président du Conseil d'Administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions définies à l'article L.114-26 du Code de la Mutualité, toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée Générale décide :

- la nomination des commissaires aux comptes sauf dans les cas où la loi l'écarte
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires
- les délégations de pouvoir prévues à l'article 27 des présents statuts
- les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité.

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres adhérents sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle, au Code de la Mutualité et à la convention de substitution liant la Mutuelle des Étudiants de Provence et la Société Mutualiste Interprofessionnelle (**mis** SANTÉ).

■ Article 27

Pour la détermination du montant ou des taux de cotisations, l'Assemblée Générale peut déléguer ses pouvoirs en tout ou partie au Conseil d'Administration. Cette délégation doit être confirmée annuellement.

■ Article 28

La mutuelle est administrée par un Conseil dont les membres sont élus parmi les membres participants à jour de leurs cotisations et les membres honoraires.

Pour être éligibles au Conseil d'Administration les membres doivent :

- être âgés de 18 ans révolus
- ne pas être âgés de plus de 70 ans
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation prévue à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité
- produire un état descriptif de leurs activités, indiquant notamment l'ensemble des éléments décrits à l'article L. 114-30 du Code de la Mutualité
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection ou la cooptation
- ne pas être atteint par le cumul de mandats prévu à l'article L. 114-23 du Code de la Mutualité
- avoir reçu lors de la première année d'exercice une formation à la gestion, formation proposée par la mutuelle.

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

■ Article 29

La mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé de 12 administrateurs. Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants. Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeant ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité. Dans le respect de la convention collective de la mutualité, un représentant du personnel de la mutuelle désigné par les représentants du personnel assiste avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration. Dans le cas où la mutuelle emploie au moins cinquante salariés, deux représentants de ceux-ci, désignés par le Comité d'Entreprise, assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration. Les administrateurs sont élus à bulletin secret par l'Assemblée Générale pour six ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours. Au deuxième tour, dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus âgé. Les membres sortants sont rééligibles. La durée de la fonction d'administrateur expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 28 des présents statuts
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

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

■ Article 30 : supprimé.

■ Article 31

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause de l'administrateur, il est pourvu provisoirement par le Conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale. Si la nomination faite par le Conseil d'Administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée Générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables. L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur. Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale est convoquée par le Président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

■ Article 32

Le Président convoque le Conseil d'Administration au moins trois fois par an et en établit l'ordre du jour. Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le Président ou les dirigeants.

■ Article 33

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante. Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletin secret pour les propo-

sitions de délibérations qui intéressent directement un administrateur ou les dirigeants salariés. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

■ Article 34 : supprimé.

■ Article 35

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. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles. Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles. Le Conseil d'Administration nomme les dirigeants salariés et détermine leurs attributions. Il en fait la déclaration auprès du Registre National des Mutuelles. Il fixe leurs rémunérations. Le Conseil d'Administration peut le ou les révoquer à tout moment. Les dirigeants salariés assistent à chaque réunion du Conseil d'Administration.

■ Article 36

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 sur :

- des prises de participation dans les sociétés soumises aux dispositions du livre II du commerce
- de la liste des organismes avec lesquels la mutuelle constitue un groupe au sens de l'article L.217-7 du Code de la Mutualité
- de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114-26 : un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes de la Mutuelle des Etudiants de Provence et également présenté à l'Assemblée Générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur
- de l'ensemble des rémunérations versées aux dirigeants
- de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle
- des transferts financiers entre mutuelles et unions.

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle des Etudiants de Provence (mutuelle garante) établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, puisque la mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L.212-7, ainsi qu'un rapport de gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée Générale de la Société Mutualiste Interprofessionnelle (**MIS SANTÉ**).

■ Article 37

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions. Le Conseil d'Administration peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions. Les modalités de vote se font dans les conditions énumérées à l'article 33 des présents statuts.

■ Article 38 : supprimé

■ Article 39

Les fonctions d'administrateurs sont gratuites. La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées et qui pour l'exercice de leurs fonctions doivent cesser tout ou partie de leur activité professionnelle. La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la Mutualité. Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par l'article L.114-26 du Code de la Mutualité. Toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs (ou l'un de ses dirigeants salariés), ou une personne morale à laquelle la mutuelle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration. Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur (ou un dirigeant salarié) est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou de façon générale, dirigeant de ladite personne morale. Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur (ou un dirigeant salarié) et toute personne morale appartenant au même groupe que la

mutuelle au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité. Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisations qui lui sont adressées au plus tard lors de sa réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice. Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs (ou l'un des dirigeants salariés), telles que définies par un décret pris en Conseil d'État, sont communiquées par ce dernier au Président de la mutuelle. La liste et l'objet des dites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée Générale.

■ Article 40

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du Code de la Mutualité. Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quel que titre que ce soit à un administrateur.

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la Loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel. Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard. Les administrateurs 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.

■ Article 41

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

■ Article 42

Le Président est élu parmi les membres du Conseil d'Administration à bulletin secret dans les conditions énumérées à l'article 37 des présents statuts. Le Président est élu pour un an par le Conseil d'Administration au cours de la première réunion de celui-ci qui suit l'Assemblée Générale annuelle. Le Conseil d'Administration peut élire, à bulletin secret et dans les conditions énumérées à l'article 37 des présents statuts, parmi les membres du Conseil d'Administration, des administrateurs à qui le Conseil d'Administration confie l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, conformément à l'article 35 des présents statuts.

■ Article 43

Conformément à l'article 42 des présents statuts, les administrateurs à qui le Conseil d'Administration délègue certaines missions sont les suivants :

➤ 1^{er} administrateur : délégué à la Vice-présidence, dont les missions et attributions sont précisées à l'article 44 des présents statuts. En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil d'Administration est convoqué immédiatement à cet effet par le 1^{er} administrateur délégué à la Vice-présidence. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le 1^{er} administrateur délégué à la Vice-présidence.

➤ 2^{ème} administrateur : délégué au Secrétariat Général dont les missions et attributions sont précisées à l'article 46 des présents statuts.

➤ 3^{ème} administrateur : délégué à la Trésorerie dont les missions et attributions sont précisées à l'article 47 des présents statuts.

■ Article 44

Le Président représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il veille à la régularité du fonctionnement de la mutuelle, conformément au Code de la Mutualité et aux statuts. Il préside les réunions du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales. Il engage les dépenses. Le Président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale. Il informe le cas échéant le Conseil d'Administration des procédures envisagées en application des articles L.510-8 et L.510-10 du Code de la Mutualité. 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. Le Président convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux commissaires aux comptes de la Mutuelle des Etudiants de Provence (mutuelle garante) de toutes les conventions autorisées. Il engage les recettes et les dépenses. À l'égard des tiers, la mutuelle est engagée même par les actes du Président du Conseil d'Administration ou des dirigeants qui ne relèvent pas de son objet, à moins que la mutuelle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou s'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances.

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil d'Administration est convoqué immédiatement à cet effet par le 1^{er} administrateur délégué à la Vice-présidence. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le 1^{er} administrateur délégué à la Vice-présidence.

■ Article 45

Les dirigeants salariés peuvent se voir déléguer par le Président ou un administrateur, dans la limite de leurs attributions respectives, le pouvoir de passer en leur nom certains actes ou de prendre certaines décisions. Ces délégations doivent être autorisées par le Conseil d'Administration, par décisions expresses et déterminées quant à leur objet. Le Conseil d'Administration peut également consentir, en cas d'empêchement du titulaire, une délégation au profit d'autres salariés.

■ Article 46

Le 2^{ème} administrateur délégué au Secrétariat Général est chargé par le Conseil d'Administration et sous son contrôle des convocations aux réunions, de la rédaction des procès verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents. Le 2^{ème} administrateur délégué au Secrétariat Général peut, sous sa responsabilité et sous son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au directeur de la mutuelle l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

■ Article 47

Le 3^{ème} administrateur délégué à la Trésorerie est chargé par le Conseil d'Administration d'effectuer les opérations financières de la mutuelle et de tenir la comptabilité. Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les sommes dues à la mutuelle. Il fait procéder selon les directives du Conseil d'Administration à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à l'approbation du Conseil d'Administration :

- les comptes annuels et les documents, états, tableaux qui s'y rattachent
- les prises de participation dans les sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de Commerce
- l'ensemble des sommes versées aux administrateurs en application de l'article 39 des présents statuts
- l'ensemble des rémunérations versées aux dirigeants
- les transferts financiers entre la mutuelle et des organismes mutualistes
- un rapport synthétique sur la situation financière de la mutuelle.

Le 3^{ème} administrateur délégué à la Trésorerie peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnement, notamment le chef du service comptable, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

■ Article 48

Les recettes de la mutuelle comprennent :

1. Les droits d'admission et les cotisations des membres participants
 2. Les cotisations des membres honoraires
 3. Les produits résultant de l'activité de la mutuelle
 4. Les dons et legs mobiliers et immobiliers
 5. Plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi.
- Pour l'acceptation des dons et legs mobiliers et immobiliers, celle-ci est soumise à l'autorisation de l'autorité administrative. La décision d'acceptation pourra exiger l'aliénation de tout ou partie des éléments compris dans la libéralité.

■ Article 49

Les dépenses comprennent :

1. Les diverses prestations servies aux membres participants
2. Les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle
3. Les versements faits aux unions et fédérations

4. La participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination

5. Les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L.111-5 du Code de la Mutualité

6. La redevance prévue à l'article L.951-1, 2^{ème} alinéa du Code de la Sécurité Sociale et affectée aux ressources de l'ACAM pour l'exercice de ses missions

7. Plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

■ Article 50

Les dépenses de la mutuelle sont engagées par le Président et sont payées par le 3^{ème} administrateur ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux articles 45 et 47 de présents statuts. Les responsables de la mise en paiement s'assurent préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la mutuelle.

■ Article 51

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. En application de l'article L.211-15 du Code de la Mutualité, la Mutuelle des Etudiants de Provence (MEP) se substitue intégralement à la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (**mis SANTÉ**). À ce titre, la MEP en tant que preneur substitué du risque est tenue de constituer et de représenter dans les conditions fixées par l'article L.212-1 et ses textes d'application, l'intégralité des dettes, réserves et provisions afférentes aux engagements de la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (**mis SANTÉ**) pour les branches concernées (1 et 2). En conséquence, la MEP s'engage à constituer les provisions techniques, à les représenter par des actifs adéquats et à constituer la marge de solvabilité, pour l'application de toutes les réglementations requises en la matière pour les engagements de la cédante à l'égard de ses membres participants et de leurs bénéficiaires. Les écritures comptables afférentes aux engagements pris par la cédante apparaissent dans la comptabilité de la Mutuelle des Etudiants de Provence qui assure, pour le compte et à la place de la cédante, auprès de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), les différentes communications prescrites par le livre V du Code de la Mutualité.

■ Article 52 : supprimé.

■ Article 53 : supprimé.

■ Article 54

En application de l'article L.211-15 du Code de la Mutualité, la Mutuelle des Etudiants de Provence (MEP) se substitue intégralement à la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (**mis SANTÉ**). À ce titre, la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (**mis SANTÉ**) n'adhère pas à un Système Fédéral de Garantie.

■ Article 55 : supprimé.

■ Article 56

Le commissaire aux comptes porte à la connaissance du Conseil d'Administration, les contrôles et vérifications auxquels il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales. Il signale dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

■ Article 57 à 61 : concernent les garanties qui sont transférées dans le règlement mutualiste

■ Article 62

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

■ Article 63

Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts et du règlement mu-

tualiste. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

Il est informé :

➤ des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès

➤ des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Dans le cadre des opérations collectives, la mutuelle établit une notice qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de la mutuelle à chaque membre participant.

Pour les opérations collectives facultatives tout membre participant peut dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications. En application de l'article L.211-5 du Code de la Mutualité, la MEP (Tour Méditerranée, 65 Avenue Jules Cantini, Marseille 13298 Cedex 20), se substitue intégralement à la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (**mis SANTÉ**) pour la constitution des garanties d'assurances Maladie et Accident offertes aux membres participants de **mis SANTÉ** et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1 et 2 tels qui sont définis dans le présent règlement et dans les contrats collectifs. Cette clause doit apparaître en caractère très apparent dans les bulletins d'adhésion et dans les contrats collectifs. Les bulletins d'adhésion et les contrats collectifs doivent également préciser que si l'agrément accordé à la Mutuelle des Etudiants de Provence qui se substitue à la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (**mis SANTÉ**) lui est retiré, les bulletins d'adhésion ou les contrats collectifs seront résiliés le 10^{ème} jour à midi à compter de la date de publication de la décision de retrait d'agrément de la MEP, la portion de cotisation affectée à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur.

■ Article 64

Dans le respect de l'article L.212-11 du Code de la Mutualité, la mutuelle peut être autorisée à transférer tout ou partie de son portefeuille à une ou plusieurs mutuelles régies par le Code de la Mutualité, à une ou plusieurs Institutions de Prévoyance régies par le Code de la Sécurité Sociale ou à l'article L.727-2 du Code Rural, et à une ou plusieurs entreprises d'assurance régies par le Code des Assurances. Le nouvel assureur devra respecter les garanties concernant les activités transférées, telle que la mutuelle les avait établies. L'Assemblée Générale de la mutuelle se prononce sur la demande de transfert dans les conditions énumérées à l'article 24 des présents statuts. La demande de transfert doit être approuvée par l'autorité administrative par arrêté et doit être publiée au Journal Officiel dans le but de la porter à la connaissance des créanciers. L'approbation rend le transfert opposable aux membres participants ainsi qu'aux créanciers à partir de la date de publication au Journal Officiel de l'arrêté mentionné. Les membres participants ont la faculté de résilier leur adhésion dans le délai d'un mois, suivant la date de cette publication. En application de l'article L.113-2 du Code de la Mutualité, la fusion de plusieurs mutuelles ou unions résulte de délibérations concordantes de leurs Assemblées Générales. Ces délibérations sont précédées de l'examen d'un rapport établi par un commissaire à la fusion désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance.

■ Article 65

En vertu de l'article T14-4-9 du Code de la Mutualité, rendant obligatoire de préciser dans les statuts les conditions de dissolution volontaire de la mutuelle ainsi que de sa liquidation et en dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale.

Statuts de GROUPE France Mutuelle

TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

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 784492084.

■ 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 à : 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 :
 - a. couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, correspondant aux branches 1 (accidents) et 2 (maladie),
 - b. 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 oeuvre une action sociale, dans le respect de l'article L.111-I-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 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.732-1 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-I 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-I 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 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. Ses 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

TITRE 2 – RELATIONS ENTRE LA MUTUELLE ET SES MEMBRES

CHAPITRE 3 – CATEGORIES DE BENEFICIAIRES

■ Article 8 : Membres

La Mutuelle se compose de membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires. L'adhésion à la Mutuelle en tant que membre participant, bénéficiant de ses prestations et y ouvrant droit, est acquise à toute personne qui en France relève d'un régime obligatoire de sécurité sociale en son nom propre, quelle que soit son activité professionnelle, la région où elle réside ou encore le type de régime obligatoire dont elle relève et souscrivant une ou plusieurs garanties de la Mutuelle. À leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants des mutuelles sans intervention de leur représentant légal. Le Conseil d'Administration de la Mutuelle pourra admettre comme membres honoraires, des personnes physiques qui versent des cotisations, des dons ou qui ont rendu des services équivalents à la Mutuelle, sans contrepartie de prestations. La Mutuelle peut également admettre des membres honoraires, personnes morales souscrivant des contrats collectifs.

■ Article 9 : Ayants droit

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

- conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, y compris les conjoints, concubins ou signataires d'un pacte civil de solidarité séparés,
 - 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 ou non, adoptifs ou recueillis. Ils doivent être mineurs de moins de 16 ans. Cette limite d'âge peut être portée à :

- 21 ans pour les apprentis
- 25 ans pour les enfants justifiant d'une inscription dans un établissement d'enseignement public ou privé.

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.

CHAPITRE 4 – ADHESIONS

■ 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.

■ 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 – RESILIATIONS, RADIATION, EXCLUSION

■ Article 13 : Résiliation faite 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 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.

■ 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 aux remboursements des cotisations versées.

TITRE 3 – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 6 – ASSEMBLEE GENERALE

■ 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 fixés dans le Règlement Intérieur.

■ Article 19 : Empêchement d'un délégué

Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut voter par procuration dans les conditions fixées par le Règlement Intérieur. Les Délégués ne peuvent recevoir plus de cinq pouvoirs.

■ Article 20 : 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 dans les 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 21 : 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 22 : Attributions

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^{ème} 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 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 38 des présents statuts,

➤ 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 23 : 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 lorsqu'il a invité l'Assemblée Générale à s'exprimer à main levée, à la majorité simple des votes exprimés, celle-ci demandant 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 24 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 ou représentés 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 ou représentés 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 ou représentés 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 ou représentés. Exception faite des modifications statutaires qui sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés, les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

■ Article 24 : 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 prochaine Assemblée Générale.

CHAPITRE 7 – CONSEIL D'ADMINISTRATION

■ Article 25 : 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 26 : 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 10 jours francs au moins avant la date de l'Assemblée Générale précédant aux élections.

■ Article 27 : 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'Ad-

ministration. 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 âgés de plus de 65 ans, âge normal 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 28 : 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 29 : 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 30 : Vacance et remplacement - Cooptation

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un Administrateur, il est pourvu provisoirement par le Conseil d'Administration à la cooptation d'un Administrateur sous réserve de ratification par la plus prochaine 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 31 : 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 27. 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 aux cumuls. 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 32 : 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 33 : 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 alors 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 34 : 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 35 : 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 36 : Attributions

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportun 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 du 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 exercées 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. 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 37 : 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 38 : 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 39 : 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 40 : 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.510-8, L.510-9 et L.510-10 du Code de la Mutualité. 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 aux Directeurs de la Mutuelle mais également à toute autre personne nommée 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 41 : 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 du Président du Conseil d'Administration, la vacance est assurée par intérim par le Vice-Président le plus ancien dans la fonction, chargé 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 42 : 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 aux Directeurs de la Mutuelle mais également à toute autre personne nommée 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 43 : 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 ordonnées par le Président ou toute autre personne nommée 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 aux Directeurs mais également à toute autre personne nommée 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 44 : Commission de consultation

Il est instauré une commission de consultation composée de 9 à 19 membres désignés par le Conseil d'Administration. La commission de consultation, sur invitation du Président assiste aux séances du Conseil d'Administration. Elle 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.

CHAPITRE 9 – ORGANISATION DES SECTIONS

LOCALES OU D'ENTREPRISES

■ Article 45 : Création de sections locales ou d'entreprises

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

■ Article 46 : 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 47 : 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, adoptés par l'Assemblée Générale de la Mutuelle, et les opérations correspondantes de chaque section concernée font l'objet de comptes séparés.

TITRE 4 – ORGANISATION FINANCIERE ET REGLES PRUDENTIELLES

CHAPITRE 10 – GESTION TECHNIQUE ET FINANCIERE

■ Article 48 : Comptabilité

L'exercice social commence le 1er 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 49 : Fonds d'établissement

Le montant du fond d'établissement est fixé à la somme de 381 100 €.

■ Article 50 : 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 et en fixe le montant. Ce droit d'adhésion est dédié au fond d'établissement.

■ Article 51 : 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 sections 1 et 2 du chapitre II du titre 1^{er} du livre II du Code de la Mutualité.

■ Article 52 : Fonds de garantie

La Mutuelle détient un montant incompressible de fonds propres égal au tiers de sa marge de solvabilité. Le montant du fonds de garantie ne peut être inférieur à 600 000 €.

■ Article 53 : 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 sections 3 et 4 du chapitre II du titre 1^{er} du livre II du Code de la Mutualité. Les placements de la Mutuelle sont effectués conformément à la section 5 du chapitre II du titre 1^{er} du livre II du Code de la Mutualité.

■ Article 54 : Cotisations et prestations

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

■ Article 55 : 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 – CONTROLE DES COMPTES

■ Article 56 : 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.225-219 du Code de Commerce, pour une durée de six ans. Le Président convoque le ou les Commissaires aux Comptes à toute Assemblée Générale.

■ Article 57 : Mission du Commissaire aux Comptes

Le Commissaire aux Comptes mène sa mission conformément aux dispositions des articles L.225-218 et L.225-242 du Code de Commerce, sous réserve des dispositions spécifiques relevant du Code de la Mutualité. À ce titre, il porte notamment à la connaissance de la Commission de Contrôle des Assurances, des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance instituées par l'article L.951-1 du Code de la Sécurité Sociale, les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code de Commerce et signale à celles-ci dans les meilleurs délais tout fait ou décision concernant la Mutuelle mentionnée à l'article L.510.6 du Code de la Mutualité dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa mission. Il fournit également à la dite Commission, sur demande de celle-ci, tout renseignement sur l'activité de la Mutuelle, le Commissaire aux Comptes est alors délégué à l'égard de la Commission 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.

TITRE 5 – DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 12 – INTERPRÉTATION

■ Article 58 : 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 décroissant.

CHAPITRE 13 – ARBITRAGE ET ATTRIBUTION DE COMPÉTENCE JUDICIAIRE

■ Article 59 : 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 60 : 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 61 : 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 prévue en cas de modification des Statuts.

La Mutuelle en informe immédiatement la Commission de Contrôle des Assurances, des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance instituées par l'article L.951-1 du Code de la Sécurité Sociale. À défaut de réunion de l'Assemblée Générale malgré deux convocations successives, la dissolution peut être prononcée par la Commission précitée.

■ Article 62 : 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 la Commission 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 oeuvre 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 oeuvre sont communiqués à la commission qui peut, dans les conditions mentionnées à l'article L.510-7, 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 23 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 – ADHESION AUX FEDERATIONS

■ Article 63 : Adhésion à la FNMf

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

■ Article 64 : Adhésion à la FNMI

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

REGLEMENT INTERIEUR

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 de Délégués

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

■ 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 et des pouvoirs éventuellement détenus. En cas d'empêchement d'un délégué, celui-ci peut remettre à un autre délégué non-administrateur un formulaire de vote par procuration contenant notamment ses noms, prénoms usuels et adresse, la date de signature et la signature du délégué empêché précédée de la mention "Bon pour pouvoir". Le mandataire doit être membre de l'Assemblée Générale. 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 et éventuellement des pouvoirs prévus à l'article 19 des Statuts. 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 : Election 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 3^{ème} alinéa de l'article 29 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'Ad-

ministration, l'inscription de telle ou telle question particulière.

■ Article 9 : Exclusion d'un membre adhérent

Conformément à l'article 15 des Statuts et à l'article 31 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 LRAR. 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 10 : 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 telles que 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 2 ans renouvelables. Ils reçoivent à cet effet, durant leur mandat, le procès-verbal dressé lors de chaque réunion du Conseil d'Administration.

■ Article 11 : 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 12 : 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 13 : Election 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^{ème} 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 14 : Communications à l'Assemblée Générale

Le Secrétaire du Conseil d'Administration est chargé de la présentation du rapport de gestion du Conseil d'Administration, préalablement approuvé par celui-ci pour l'exercice considéré. De son côté le Trésorier présente les comptes annuels arrêtés par le Conseil d'Administration.

■ Article 15 : 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 1ère 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 16 : 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 37 des Statuts. Elle rend compte de ses avis lors du plus prochain Conseil d'Administration.

■ Article 17 : Commission de Gestion

En application des dispositions du Code de la Mutualité, chaque Commission de

Gestion permanente créée par le Conseil d'Administration est composée de membres désignés par le Conseil et présidée par le Président de la Mutuelle ou son délégué. Cette Commission de Gestion permanente rend compte de son activité au Conseil d'Administration ainsi qu'aux diverses Commissions instituées en son sein. Chaque Commission de Gestion permanente créée par le Conseil d'Administration, peut gérer sous son nom de marque et disposer d'une Direction et d'un personnel administratif placé sous la responsabilité de la Direction Générale de la Mutuelle.

■ Article 18 : 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 19 : 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.

- Sur internet :

www.mis-sante.fr

- Par téléphone :

04 26 317 910 numéro non surtaxé

du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00