

Prévoyance



Demande d'adhésion

Coups durs

COUPS DURS

La solution adaptée à vos besoins, au meilleur rapport qualité/prix du marché.

Demande d'affiliation au contrat « Coups durs », contrat d'assurance collectif à adhésion facultative souscrit par l'ADPRF auprès de la Mutuelle Médico-Chirurgicale (MMC), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Les statuts de la mutuelle et de l'ADPRF sont inclus dans la présente demande d'adhésion.

MENTIONS OBLIGATOIRES

Votre conseiller :	Adhésion réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation :
	<input type="checkbox"/> Vente à distance prospection de la part du distributeur

ADHÉRENT

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom :	Prénom :	Nom de naissance :
	_____	_____	_____
Date de naissance :	Lieu de naissance :		
□□□□□□	_____		
Adresse :	Code postal :	Ville :	
_____	□□□□□	_____	
Téléphone :	Portable :	Courriel :	
_____	_____	_____	

COTISATIONS

COTISATION COUPS DURS PAR MOIS ET PAR CHEF DE FAMILLE	A	0,67 €
--------------------------------------------------------------------	----------	--------

RAPPEL DES GARANTIES

2. OBJET DES GARANTIES

Les présentes garanties sont destinées à couvrir le remboursement équivalent aux mensualités du contrat complémentaire santé ou du contrat de prévoyance de l'adhérent.

2.1 – les garanties forfaitaires

L'Assureur garantit à l'adhérent la prise en charge d'un montant équivalent à celui de trois (3) mensualités du contrat de base d'assurance complémentaire santé ou de prévoyance dont l'adhérent est titulaire, à la suite de la survenance de l'un des événements suivants, étant entendu que la prise en charge est, par adhésion au contrat Coups Durs, plafonnée à 300 € (trois cents euros) dans la limite d'un Sinistre par année d'assurance toutes garanties confondues et d'un Sinistre par événement déclencheur toutes garanties confondues.

Perte d'emploi

En cas de perte d'emploi consécutive à un Licenciement, sous réserve que les 4 conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- l'Adhérent doit justifier, à la date de son Licenciement, avoir occupé un emploi salarié sous contrat de travail à durée indéterminée pendant 6 mois au moins chez le même employeur,
- le chômage doit être total,
- le chômage doit ouvrir droit au versement d'allocation d'assurance chômage (allocation d'aide au retour à l'emploi versée par France Travail, prestations versées par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public, allocations de formation versées dans le cadre d'une convention de reclassement ou d'une formation assurée par un centre agréé),
- le chômage doit être continu pendant au moins trente (30) jours à compter de la date de réception par l'Adhérent, de la lettre d'admission au bénéfice des allocations d'assurance chômage envoyée par l'organisme concerné, les périodes de chômage séparées par moins de trois (3) mois sont considérées comme une seule période.

Le Délai de carence de la garantie Perte d'emploi s'élève à cent quatre-vingts (180) jours.

Arrêt de travail

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), sous réserve que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- En cas de Maladie, les premières constatations médicales de la Maladie à l'origine de l'ITT doivent survenir après la date d'effet des garanties,
- En cas d'accident, la date de l'accident doit être postérieure à la date d'effet des garanties,
- L'arrêt de travail consécutif à l'ITT doit être d'au moins 90 jours.

En cas de rechute dans les 3 mois suivant la fin de l'ITT, la nouvelle ITT ne donne pas lieu à une nouvelle indemnisation si elle est due directement ou indirectement à une réapparition d'une affection à l'origine de l'ITT précédente.

Hospitalisation suite à un Accident

En cas d'hospitalisation de l'Adhérent due à un Accident, sous réserve que l'hospitalisation soit d'une durée d'au moins une (1) nuitée.

Ne sont pas considérés comme des hospitalisations au titre du présent contrat, les séjours de cure, de repos, de convalescence, de rééducation, de soins thermaux, esthétiques ou de traitement des maladies mentales.

L'indemnité versée en cas d'hospitalisation suite à un Accident ne peut pas être cumulée avec celle versée en cas d'arrêt de travail ou de PTIA.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

En cas de PTIA de l'Adhérent, consécutive à une Maladie ou à un Accident, sous réserve que les premières constatations de la Maladie à l'origine de la PTIA surviennent après la date d'effet des garanties.

DROIT DE RENONCIATION

Conditions :

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant :

✓ quatorze jours* pour le contrat « Coups durs »

* jours calendaires révolus à compter de la date de prise d'effet du contrat Coups Durs.

Cette renonciation doit être envoyée :

- par écrit en utilisant le formulaire détachable ou par lettre simple à l'adresse suivante : Praeconis - 6 rue Paul Morel - 70000 VESOUL

- ou sur tout autre support durable

Le formulaire détachable se trouve à la fin de la présente demande d'adhésion.

CODE DE LA MUTUALITE

Article L221-18

I. – 1° L'adhésion à distance d'un consommateur à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative est régie par le présent livre et par les articles L. 222-1, L. 222-3, L. 222-4, L. 222-6, L. 222-8, L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-17, L. 222-18, L. 232-4 et L. 242-5 du code de la consommation ; 2° Pour l'application du 1°, il y a lieu d'entendre :

- a) « le membre participant qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle » là où est mentionné « le consommateur » ;
 - b) « la mutuelle, l'union ou son intermédiaire en assurance » là où est mentionné « le fournisseur » ;
 - c) « le montant total de la cotisation » là où est mentionné « le prix total » ;
 - d) « le droit de renonciation » là où est mentionné « le droit de rétractation » ;
 - e) « le II de l'article L. 221-18 du code de la mutualité » là où est mentionné « l'article L. 222-7 » ;
 - f) « le III de l'article L. 221-18 du code de la mutualité » là où est mentionné « l'article L. 222-5 » ;
- 3° Pour l'application de l'article L. 222-6 du code de la consommation, le bulletin d'adhésion doit comprendre, outre les informations prévues à l'article L. 223-8 du présent code, un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation lorsque ce droit existe.

II. – 1° Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
 - b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ;
- 2° Toutefois, en ce qui concerne les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le délai précité est porté à 30 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir :
- a) Soit à compter du jour où l'intéressé est informé que l'adhésion a pris effet ;
 - b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a.

III. – En temps utile avant l'adhésion à distance à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, le membre participant reçoit les informations suivantes :

- 1° La dénomination de la mutuelle ou de l'union, l'adresse de son siège social, son numéro SIREN, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la section mutualiste qui propose la couverture ;
 - 2° Le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant au membre participant de vérifier celle-ci ;
 - 3° La durée minimale de l'adhésion ainsi que les garanties et exclusions prévues par le règlement ou le contrat collectif à adhésion facultative ;
 - 4° La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;
 - 5° L'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le membre participant doit également être informé du montant de cotisation que la mutuelle ou l'union peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;
 - 6° La loi sur laquelle la mutuelle ou l'union se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le membre participant ainsi que la loi applicable au règlement ou au contrat collectif à adhésion facultative et la langue que la mutuelle ou l'union s'engage à utiliser, avec l'accord du membre participant, pendant la durée de l'adhésion ;
 - 7° Les modalités d'examen des réclamations que le membre participant peut formuler au sujet du règlement mutualiste ou du contrat collectif à adhésion facultative et de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre Ier du livre VI du code de la consommation.
- Les informations sur les conditions d'adhésion communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au règlement ou au contrat collectif à adhésion facultative. Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

IV. – La mutuelle ou l'union doit également indiquer, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 les informations mentionnées à l'article L. 223-8, notamment le montant maximal des frais qu'elle peut prélever et, lorsque les garanties de ces règlements ou de ces contrats collectifs à adhésion facultative sont exprimées en unités de compte, les caractéristiques principales de celles-ci. Dans ce dernier cas, elle doit en outre préciser qu'elle ne s'engage que sur le nombre des unités de compte et non sur leur valeur qui peut être sujette à des fluctuations à la hausse comme à la baisse.

V. – Un décret en Conseil d'Etat fixe les informations communiquées au membre participant en cas de communication par téléphonie vocale.

VI. – Les infractions aux dispositions du présent article sont constatées et sanctionnées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans les conditions prévues au livre V. Les infractions constituées par l'absence matérielle des éléments d'information prévus au III du présent article, ainsi que le refus de la mutuelle ou de l'union de rembourser le membre participant dans les conditions fixées à l'article L. 222-13 du code de la consommation peuvent également être recherchées et constatées par les agents mentionnés aux articles L. 511-3 et L. 511-21 du code de la consommation, dans les conditions prévues à l'article L. 511-6 du même code. Les conditions d'application du présent article sont définies en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

Coups Durs

Document d'information sur le produit d'assurance

L'ADPRF a souscrit le contrat collectif à adhésion facultative « Coups Durs » auprès de la mutuelle Médico-Chirurgicale (MMC).

La gestion des garanties d'assurances est confiée par la Mutuelle assureur à PRAECONIS, Courtier Grossiste Mutualiste, filiale des mutuelles Mutest et MMC.

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit « Coups Durs » permet à l'adhérent de se prémunir et faire face financièrement en cas d'aléas de la vie au sens de la garantie, en couvrant une prise en charge équivalant à 3 mensualités du contrat complémentaire santé ou du contrat prévoyance auquel il a souscrit.



Qu'est-ce qui est assuré ?

GARANTIES FORFAITAIRES :

La prestation est **forfaitaire**, limitée à un sinistre par année d'assurance et plafonnée 300 € par sinistre, toutes garanties confondues :

✓ Perte d'emploi

Consécutives à un licenciement dans le cadre :

- D'un emploi en contrat de travail à durée indéterminée (CDI) d'une durée minimale de 6 mois
- Donnant droit au versement d'allocation d'assurance chômage,
- Avec une période de chômage continu pendant au moins 30 jours,

✓ Hospitalisation d'une nuitée

Suite à un accident au sens de la garantie.

✓ Arrêt de travail

En cas d'Incapacité Totale de Travail (ITT) d'une durée minimale de 90 jours, à la suite d'une maladie ou d'un accident

✓ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Consécutives à une maladie ou un accident.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

X Ne sont pas considérés comme des hospitalisations les séjours de cure, de repos, de convalescence, de rééducation, de soins thermaux, esthétiques ou de traitement des maladies mentales.

X Ne sont pas considérées comme un Accident au titre du présent contrat les conséquences d'une crise d'épilepsie, de delirium tremens, d'une rupture d'anévrisme, d'un infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée.



Y a-t-il des restrictions à la couverture ?

EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties prévues en cas **d'hospitalisation suite à un Accident, d'arrêt de travail ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :**

- La tentative de suicide de l'Adhérent au cours de la première année qui suit la Date d'effet des garanties,
- La pratique des sports à risque suivants : sports mécaniques, sports aériens, spéléologie, escalade, saut à l'élastique, canyoning,
- La guerre mettant en cause l'État français, et les explosions ou radiations causées par la réaction nucléaire, une transmutation du noyau de l'atome ou la radioactivité,
- La rixe, sauf si l'Assuré agit en état de légitime défense ou pour venir en aide à une personne en danger,
- Les Accidents ou Maladies qui sont le fait volontaire de l'Assuré,
- Les conséquences de l'éthylisme, de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ou d'hallucinogènes,
- Les Accidents dus à la conduite en état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du Sinistre),
- Les Maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la Date d'effet des garanties ainsi que leurs suites,
- La grossesse.

D'autres exclusions spécifiques à chaque garantie sont prévues au contrat (se reporter à la notice détaillée du produit).



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties s'exercent en France métropolitaine, Corse et dans les DROM, ainsi que lors de déplacements à l'étranger d'une durée maximum de 90 jours.
- ✓ En cas d'Accident ou de Maladie survenant hors de France, l'Assuré est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un Sinistre. Tout état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou de PTIA de l'Assuré à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti, survenu hors de France, doit être constaté médicalement en France pour ouvrir droit au paiement des prestations.



Quelles sont mes obligations ?

Obligation de déclaration :

L'assureur fonde ses engagements sur les déclarations de l'adhérent. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration expose l'adhérent à l'application des sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

En cas de sinistre :

En cas de Sinistre, l'Adhérent doit, dans les quatre-vingt-dix (90) jours maximums qui suivent sa survenance, le déclarer à l'Assureur :

- par mail : medical@praeconis.fr,
- via son espace adhérent,

- ou par voie postale à l'adresse du siège social de PRAECONIS SAS situé au 6 rue Paul Morel, 70 000 à Vesoul.

En retour, l'Assureur communiquera à l'Adhérent la liste des pièces justificatives nécessaires à l'instruction du dossier, à transmettre à l'adresse et/ou via le canal de transmission qu'il lui indiquera. Tout Sinistre non déclaré dans le délai maximum de quatre-vingt-dix (90) jours qui suit sa survenance, sauf cas fortuit ou de force majeure, ne bénéficiera pas des garanties si l'Assureur établit que le retard lui a causé un préjudice. Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du Sinistre expose l'Assuré à une Déchéance de garantie.



Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

La cotisation est versée mensuellement d'avance.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date de prise d'effet indiquée au certificat d'adhésion.

Les garanties prennent fin :

- En cas de non-paiement des cotisations,
- En cas de décès de l'Assuré,
- En cas de résiliation du contrat santé ou prévoyance souscrit par l'adhérent,
- De plein droit à la date de versement de l'indemnité pour la garantie PTIA,
- De plein droit en cas de résiliation par l'Assuré du Contrat complémentaire santé ou du Contrat de prévoyance intégrant la présente garantie.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion chaque année au 31 décembre, moyennant le respect d'un préavis de deux (2) mois.

Siège social : 11 rue Lafayette - 75009 Paris

Article 1 - Constitution et dénomination

Il est constitué entre les adhérents aux présents statuts et les adhérents ultérieurs qui s'y joindront, soit tous les adhérents de l'ADPRF à la suite de sa dissolution, une Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 Août 1901, ayant pour nom :

ASSOCIATION DE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE DES REGIONS FRANCAISES (ADPRF)**Article 2 - Siège social**

Le siège social est fixé au 11 rue Lafayette - 75009 PARIS. Il peut être déplacé en tout lieu sur simple décision du Conseil d'Administration.

Article 3 - Objet

Cette Association a pour objet de :

- Favoriser l'accès de ses membres exerçant des professions non salariées non agricoles aux garanties de prévoyance et de santé collectives telles qu'elles apparaissent notamment dans le cadre de la loi n°94-126 du 11 février 1994, dite Loi Madelin ;
- Favoriser l'accès aux adhérents à des garanties d'épargne et de prévoyance et de santé, au travers de contrats groupes, conclus avec des organismes d'assurance ;
- Favoriser l'accès des adhérents à l'ensemble de la couverture des risques assurables qu'ils rencontrent, tant dans leur vie privée que professionnelle ;
- Signer des conventions avec les organismes d'assurance habilités pour faire bénéficier ses adhérents de garanties collectives et des services découlant, et suivre l'application des dites Conventions ;
- Informer ses adhérents en matière de prévoyance, de santé, de retraite et d'épargne ;
- Effectuer toute opération et prendre toute initiative propre à la réalisation de son objectif social.
- Prendre la suite des engagements de l'ADPRF consécutivement à la dissolution de cette dernière.

Article 4 - Durée

La durée de l'Association est illimitée.

Article 5 - Composition de l'Association

L'Association est composée de membres personnes physiques. Sont membres de l'Association, les adhérents aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association, ainsi que les adhérents de l'ADPRF à jour de leurs cotisations au jour de la dissolution de cette dernière. Ils disposent d'un seul droit de vote à l'Assemblée Générale (même s'ils ont adhéré à plusieurs contrats groupes précités) et peuvent proposer une résolution à l'Assemblée Générale.

Article 6 - Démission – Radiation

La qualité de membre se perd par :

- La démission ;
- Le décès ;
- La radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour motif grave ;
- La résiliation de l'adhésion aux contrats groupe souscrits par l'Association.

Article 7 - Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

- Des cotisations des membres ;
- Des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- De toute autre ressource non interdite par la loi.

Article 8 - Administration

Un Conseil d'Administration, composé de trois membres, administre l'Association.

Les membres du Conseil d'Administration sont élus par l'Assemblée Générale pour une durée de six ans et sont éligibles.

Le Conseil d'Administration élit en son sein un bureau composé :

- D'un Président ;
- D'un secrétaire ;
- D'un trésorier.

Le Président et les membres du bureau sont élus par le Conseil d'Administration pour une durée de six ans à la majorité simple.

Le Conseil d'Administration est composé pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant déteu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant pas reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Article 9 - Réunion du Conseil

Le Conseil se réunit sur convocation du Président ou de la moitié de ses membres, au moins une fois par an, au siège de l'Association ou en visioconférence.

Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents, la voix du Président est prépondérante en cas de partage.

Tout membre qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois séances consécutives sera considéré comme démissionnaire.

Un procès-verbal de séance est signé par le Président et le Secrétaire.

Les membres du Conseil d'Administration exerceront leurs fonctions gratuitement. Toutefois, ils pourront prétendre, et sur justificatifs visés par le Président ou le Trésorier, au remboursement des frais qu'ils auront engagés pour l'exercice de leur mandat, sans que cela ne puisse être considéré comme un élément de rémunération.

Les membres du Conseil d'Administration s'interdisent, en outre, de percevoir par les organismes d'assurance avec lesquels l'Association a signé des contrats groupe, une rémunération liée au montant des cotisations ou à l'encours des contrats collectifs souscrits par l'Association.

Article 10 - Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Président représente l'Association. Il représente, notamment, l'Association en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut être habilité, sur mandat du Conseil d'Administration, à engager toute action en justice.

Le Président a le pouvoir de signer les contrats groupe de prévoyance, d'épargne et de retraite au profit de ses membres. L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit.

Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'Assemblée Générale les projets de résolution qui lui ont été communiqués quarante-cinq jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent.

Article 11 - Assemblée Générale Ordinaire**1/ Composition de l'Assemblée**

L'Assemblée Générale est constituée par l'ensemble des membres de l'Association au jour de la tenue de cette Assemblée.

Chaque membre dispose d'une voix.

Chaque membre peut disposer de cinq pouvoirs maximums. Un même adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote.

Les adhérents ont la faculté de donner mandat à :

- Un autre adhérent ;
- Ou leur conjoint.

2/ Ordre du jour de l'Assemblée Générale

L'ordre du jour est arrêté par le Président conformément à l'article 11 des présents statuts.

L'Assemblée ne peut délibérer que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Si des membres désirent qu'une résolution soit inscrite à l'ordre du jour, ils doivent en aviser le Président au moins quinze jours avant la date fixée pour l'Assemblée Générale.

3/ Quorum et vote

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni le quorum, une seconde Assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Il est tenu un procès-verbal des réunions de l'Assemblée Générale consultable au siège de l'Association.

4/ Réunions de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale se réunit chaque année à une date et un lieu fixés par le Président du Conseil d'Administration.

Les membres de l'Assemblée sont informés individuellement de la tenue de l'Assemblée, par lettre simple ou par courriel, quinze jours au moins avant la date prévue. Ils reçoivent, à cette occasion, le texte des résolutions et les différents rapports présentés. Il leur est également fourni les documents nécessaires pour se faire représenter ou pour voter par correspondance.

L'Assemblée Générale peut, le cas échéant, tenir ses réunions par tout moyen de visioconférence ou de télécommunication sous réserve que les moyens techniques et logistiques mis à disposition par l'Association transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

L'Assemblée Générale :

- Entend les rapports sur la gestion du Conseil et la situation de l'Association ;
- Approuve les comptes de l'exercice ;
- Pourvoit, s'il y a lieu, au renouvellement des membres du Conseil d'Administration ;
- Discute les questions écrites à l'ordre du jour.

Article 12 - Assemblée Générale Extraordinaire

L'Assemblée Générale extraordinaire décide des modifications des statuts.

Elle est convoquée, si besoin est, par le Président du Conseil d'Administration ou à la demande d'au moins 10% des adhérents. Les formes et les délais de convocation et les conditions de quorum et de vote de l'Assemblée Générale Extraordinaire sont les mêmes que ceux de l'Assemblée Générale Ordinaire prévus ci-dessus.

Article 13 - Règlement intérieur

Le Conseil d'Administration pourra, s'il le juge nécessaire, arrêter le texte d'un règlement intérieur qui déterminera les détails d'exécutions des présents statuts.

Article 14 - Dissolution de l'Association

En cas de dissolution décidée en Assemblée Générale Extraordinaire, un ou plusieurs liquidateurs seront nommés. La dissolution de l'Actif de l'Association est faite conformément à l'article 9 du 1^{er} juillet 1901 et du décret du 16 août 1901.

SOMMAIRE

TITRE I

DÉNOMINATION, SIÈGE, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I : Dénomination, siège et objet de la Mutuelle
- Articles 1 à 7

CHAPITRE II : Conditions d'admission, de démission, de radiation et d'exclusion

Section 1 : CONDITIONS D'ADMISSION - Articles 8 à 11
Section 2 : DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION
- Articles 12 à 15-1

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I : Assemblée Générale

Section 1 : COMPOSITION, ÉLECTIONS - Articles 16 à 18
Section 2 : RÉUNION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE - Articles 19 à 25

CHAPITRE II : Conseil d'Administration

Section 1 : COMPOSITION, ÉLECTIONS - Articles 26 à 32
Section 2 : RÉUNIONS - Articles 33 à 35
Section 3 : ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
- Articles 36 et 37
Section 4 : STATUT DES ADMINISTRATEURS - Articles 38 à 43

CHAPITRE III : Président et bureau

Section 1 : ÉLECTION ET MISSION DU PRÉSIDENT
- Articles 44 à 46

Section 2 : ÉLECTION, COMPOSITION DU BUREAU
- Articles 47 à 53

CHAPITRE IV : Dirigeant Opérationnel

CHAPITRE V : Organisation financière

Section 1 : PRODUITS ET CHARGES - Articles 54 à 56
Section 2 : MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS, RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRES - Articles 57 et 58
Section 3 : COMITE EN CHARGE DES INFORMATIONS COMPTABLES ET FINANCIÈRES - Article 60
Section 4 : COMMISSAIRES AUX COMPTES - Article 61
Section 5 : FONDS D'ÉTABLISSEMENT - Article 62

CHAPITRE VI : Mandataire Mutualiste

Section 1 : SECTIONS DE MUTUELLES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL OU INTERPROFESSIONNEL - Article 63

TITRE III

INFORMATION DES ADHÉRENTS - Article 64

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES - Articles 65 à 68

TITRE I
DÉNOMINATION, SIÈGE, OBJET ET
COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I :

Dénomination, siège et objet de la Mutuelle

Article 1 – Dénomination de la Mutuelle

La Mutuelle Mutuelle Médico-Chirurgicale dite MMC est une personne morale de droit privé à but non lucratif régie par le Code de la mutualité. Elle est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité. La MMC est immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 778 542 852.

Article 2 – Siège de la Mutuelle

Le siège de la Mutuelle est situé 6, rue Paul Morel – 70000 VESOUL

Article 3 – Objet de la Mutuelle

La Mutuelle a pour objet de réaliser les opérations d'assurance suivantes : couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie.

La Mutuelle est agréée pour les branches d'activité suivantes telles que définies par l'article R.211-2 du Code de la mutualité :

- 1) 1 - Accidents
- 2) 2 - Maladie
- 3) 16 - Pertes pécuniaires diverses

Elle peut pratiquer des opérations de réassurance et de coassurance conformément aux articles L.111-1 et L.227-1 du Code de la mutualité.

La Mutuelle peut présenter des contrats dont le risque est porté par un autre organisme mutualiste, dans les conditions définies l'article à L. 116-1 du Code de la Mutualité ;

Elle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance, conformément à l'Article L.116-2 du Code de la mutualité.

Elle peut se substituer intégralement à d'autres mutuelles ou unions, pour la délivrance de leurs engagements, vis-à-vis de leurs membres participants ainsi que de leurs ayants-droits, dans les conditions prévues à l'article L. 211-5 du Code de la mutualité et de ses décrets d'application.

La Mutuelle peut déléguer à tout organisme habilité pour ce faire, la gestion de tout ou partie des portefeuilles d'adhésions individuelles et de contrats collectifs qu'elle assure dans les conditions fixées à l'article L 116-3 du Code de la mutualité.

Elle peut également gérer pour le compte de tiers tout ou partie des contrats individuels ou collectifs assurés par un autre organisme assureur.

La Mutuelle peut aussi participer à la gestion des dispositifs de Complémentaire Santé Solidaire

Article 3-1 – Règlement intérieur

Un règlement intérieur, qui détermine les conditions d'application des présents statuts, peut être proposé par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale.

Tous les membres sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Le Conseil d'Administration peut proposer des modifications du règlement intérieur qui sont présentées pour approbation à la plus proche Assemblée Générale.

Article 4 – Adhésion à une union

La Mutuelle peut participer à la constitution ou adhérer à :

- Une union de groupe mutualiste dont l'objet est de faciliter et développer, en les coordonnant, les activités de ses membres.
- Une Union Mutualiste de groupe dont l'objet est de garantir et pérenniser l'indépendance de la Mutuelle.
- La Mutuelle peut adhérer à un groupement assurantiel de protection sociale.

La Mutuelle peut également :

- Prendre une participation dans toute société civile ou commerciale par voie de création, d'apport, de souscription ou d'achat de droits sociaux pouvant se rattacher à des activités et dans le respect des dispositions du code de la Mutualité ;
- Devenir membre d'une association ou d'un groupement d'intérêt économique (GIE).

Enfin, elle pourra exercer et mettre en œuvre toutes opérations de quelque nature qu'elles soient se rattachant directement ou indirectement à l'objet ci-dessus et susceptible d'en faciliter le développement ou la réalisation.

Article 5 – Opérations individuelles et collectives

Pour les contrats autres que collectifs, en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité, un (des) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration définit(ssent) le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Pour les opérations collectives, ces informations figureront dans le contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle, les conditions générales et les notices d'information y afférentes.

Article 6 – Respect de l'objet des mutuelles

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 7 – Informatique et libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication

ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

CHAPITRE II

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

Section 1

CONDITIONS D'ADMISSION

Article 8 – Catégories de membres

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

8.1 Membres participants

Les membres participants sont les personnes physiques qui ont adhéré à la mutuelle, bénéficient des prestations de la mutuelle et en ouvrent le droit à leurs ayants-droits qu'ils déclarent et inscrivent sur le bulletin d'adhésion ou contrat. Les membres participants doivent bénéficier des prestations d'un régime de protection sociale obligatoire français, ou résider sur le territoire français et bénéficier d'un régime de protection sociale obligatoire de l'Union Européenne.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la Mutuelle sont ceux désignés au certificat d'adhésion et qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- les conjoints ou concubins tels que définis à l'article 515-8 du Code Civil, ou la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant conformément aux dispositions de l'article 515-1 du Code Civil.

- les enfants du membre participant ou de son conjoint, concubin ou la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant, considérés comme à charge au sens de la Sécurité sociale, jusqu'au 31 décembre de leur 25ème anniversaire.

À leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants de la Mutuelle sans l'intervention de leur représentant légal.

8.2 Membres honoraires

Les membres honoraires sont :

- soit des personnes physiques qui paient une cotisation ou font des dons ou ont rendu des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle ;
- soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif. Elles sont représentées par leur représentant légal ou par toute personne mandatée à cet effet.

Article 9 – Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent à la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 8 et qui font acte d'adhésion dans les conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Elles reçoivent gratuitement copie des Statuts et des règlements afférents aux garanties souscrites auprès de la Mutuelle.

La signature de la proposition valant certificat d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s) mutualiste(s).

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

Article 10 – Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I – Opérations collectives facultatives

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion (qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis au contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice), des salariés de l'entreprise ou des membres de la personne morale et la Mutuelle.

Les salariés ou les membres de la personne morale acquièrent alors la qualité de membre participant, à la date d'effet de son adhésion.

L'entreprise ou la personne morale qui a souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle acquiert la qualité de membre honoraire, à la date d'effet du contrat collectif.

II – Opérations collectives obligatoires

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature

d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou par une personne morale et la Mutuelle et ce en vertu des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

Les salariés visés au contrat sont tenus de s'affilier à la Mutuelle sous réserve des éventuels cas de dispense. Ils acquièrent alors la qualité de membre participant à la date d'effet de leur affiliation.

L'entreprise qui a souscrit ledit contrat collectif auprès de la Mutuelle acquiert la qualité de membre honoraire à la date d'effet du contrat collectif

Article 11 – Commissionnement

Conformément à l'article L.116-3 du Code de la mutualité, lorsque l'intermédiaire a été désigné par une personne morale souscriptrice, la Mutuelle informe cette dernière du montant et du destinataire de la rémunération versée.

Section 2 DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

Article 12 – Démission

Le membre participant pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile, soit le 31 octobre au plus tard pour une résiliation au 31 décembre. La mutuelle peut, dans des conditions identiques, résilier le contrat collectif obligatoire. Le membre participant peut également dénoncer son adhésion dans les conditions prévues à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

Article 13 – Radiation

Outre le cas de décès, sont radiés des effectifs de la Mutuelle et perdent leur qualité de membre, les membres participants ou honoraires dont les garanties ont cessé pour quelque cause que ce soit et notamment en cas de résiliation, de non-renouvellement ou d'annulation des garanties intervenues en application des articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-8-1, L221-10, L221-10-1, L221-10-2, L. 221-14, L. 221-15 et L.221-17 du Code de la Mutualité, des dispositions des règlements mutualistes ou des contrats collectifs.

Sont également radiés, les membres participants ou honoraires qui ne remplissent plus les conditions d'admission prévues par les statuts, [le règlement intérieur], les règlements mutualistes ou les contrats collectifs.

L'ancien membre participant ou honoraire radié, remplissant à nouveau les conditions d'admission et souhaitant à nouveau adhérer à la mutuelle est considéré en tous points comme un nouveau membre participant.

Article 14 – Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle. de façon directe, indirecte ou par personne interposée, ou qui refusent d'exécuter les obligations prévues par les présents statuts et le règlement intérieur, ou dont l'attitude ou la conduite est susceptible de causer un préjudice financier, matériel ou moral à la Mutuelle.

La fraude ou la tentative de fraude aux prestations constituent un motif d'exclusion de la Mutuelle sans préjudice du droit de la Mutuelle d'obtenir le remboursement des prestations indument versées.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

S'il s'abstient d'y référer, sauf cas de force majeure, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

En aucun cas, le membre exclu pour des faits ayant causé un préjudice à la Mutuelle ne pourra devenir ayant-droit d'un membre participant ou adhérer de nouveau à la Mutuelle, sauf décision contraire du Conseil d'Administration.

Article 15 – Conséquences de la démission, de la radiation ou de l'exclusion

La démission ou l'exclusion d'un Membre entraîne de plein droit et sans qu'il soit nécessaire d'effectuer quelque formalité que ce soit, la cessation des effets de toutes les adhésions et affiliations individuelles ou de tous les contrats collectifs qu'il a souscrits auprès de la Mutuelle sous réserve des cas expressément prévus par les dispositions légales et réglementaires.

Elle entraîne également de plein droit la perte de la qualité de Membre Participant ou de Membre Honoraire. Il en est de même de la radiation, lorsque l'ensemble des adhésions et affiliations individuelles ou des contrats collectifs souscrits par le Membre auprès de la Mutuelle, ont cessé de produire leurs effets.

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations dûment acquittées versées antérieurement à la date de l'événement, sous réserve des dispositions législatives et réglementaires

applicables et sauf stipulations contraires prévues au règlement mutualiste ou au contrat collectif.

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

La démission, la radiation et l'exclusion ne font pas obstacle au recouvrement des sommes éventuellement dues par le Membre à la Mutuelle.

Article 15-1 – Délai de prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance;

2) 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 participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1) du I de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2), les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant

TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I Assemblée Générale

Section 1 COMPOSITION, ÉLECTIONS

Article 16 – Composition

L'Assemblée Générale de la Mutuelle est composée des délégués élus qui représentent les membres participants et les membres honoraires de la Mutuelle. Ces délégués sont élus dans le cadre des sections de vote telles que définies dans l'article « SECTIONS DE VOTE », selon les modalités définies aux articles « SECTIONS DE VOTE » et « ELECTIONS DES DELEGUES ».

Dans le cas où la Mutuelle réalise des opérations collectives visées à l'article L.221-2 du Code de la mutualité, peuvent être désignés des délégués représentant les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs en tant que membres honoraires et des délégués représentant leurs salariés en tant que membres participants.

Le statut de mandataire mutualiste, tel que défini à l'article L.114-37-1 du Code de la Mutualité, s'applique aux délégués. Ceux-ci bénéficient, par conséquent, d'un droit à la formation et du remboursement de leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour, pour les Assemblées Générales, formations et réunions auxquelles ils sont conviés au titre de leur mandat de délégué. Ce remboursement s'effectuera dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

Article 16-1 – Composition des sections de vote

Les membres sont répartis en sections de vote selon des critères liés à la nature des opérations d'assurance, à la profession des membres, à leur qualité et à leur domiciliation géographique, conformément à l'article L. 114-6 II du Code de la mutualité.

L'étendue et la composition des sections de vote sont les suivantes :

- Une section 1 dite « TNS », regroupement l'ensemble des membres participants adhérent à un contrat collectif facultatif « TNS / Madelin » souscrit au bénéfice des travailleurs non salarié.

- Une section 2 dite « contrat obligatoire », regroupement l'ensemble des membres participants et honoraires adhérents à un contrat collectif à adhésion obligatoire.

- Une section 3 dite « individuelle » regroupant l'ensemble des adhérents membres participants ou honoraires ne faisant pas partie des deux premières sections et ayant adhéré à un contrat individuel.

Article 16-2 – Élection des délégués

Les membres de chaque section élisent parmi eux le ou les délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Sont électeurs dans une section de vote, les membres participants et les membres honoraires rattachés à ladite section qui satisfont aux conditions suivantes :

- Agés de 18 ans au moins au jour de l'élection, les membres participants mineurs de plus de 16 ans ayant adhéré sans l'intervention de leur représentant légal étant admis au vote ;

-Et présents dans les fichiers de la Mutuelle en tant que membres participants ou honoraires au 1er janvier précédant l'élection.

Les membres honoraires qui sont des personnes morales, sont représentés par leur représentant légal.

Chaque section élit un délégué pour 650 membres ou fraction de 650 membres.

Tout candidat à la fonction de délégué doit justifier au jour du scrutin, d'au moins un an d'appartenance à la mutuelle en qualité de membre participant ou honoraire et être à jour de ses cotisations.

Le mandat de délégué prend effet dès la publication des résultats par la Mutuelle, pour une durée de six (6) ans renouvelable. Le scrutin est plurinominal à un tour. L'élection est acquise aux candidats ayant recueilli le plus grand nombre de voix et, en cas d'égalité de voix, au plus âgé. Il est procédé à l'élection des délégués :

- soit par correspondance ;
- soit par voie dématérialisée sur un site internet sécurisé dédié à l'élection des Délégués. A cet effet, chaque adhérent reçoit un identifiant et un mot de passe unique pour chaque élection.

La perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué.

En cas de vacance de poste en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause, il est procédé, avant la prochaine Assemblée Générale, au remplacement du délégué par le candidat non élu ayant obtenu dans la section le plus grand nombre de voix. Il achève le mandat de son prédécesseur. En cas de vacance de poste significative constatée, le Conseil d'Administration peut procéder à des élections intermédiaires partielles.

Article 17 – Empêchement

Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut donner un pouvoir à un autre délégué, non administrateur, sans que le nombre de pouvoirs réunis par un même délégué puisse excéder cinq.

Article 18 – Dispositions propres aux mineurs

Les membres participants mineurs de plus de 16 ans ayant la qualité de membre participant ayant adhéré sans l'intervention de leur représentant légal élu délégué exercent leur droit de vote à l'Assemblée Générale.

Section 2 RÉUNION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 19 – Convocation annuelle obligatoire

Les délégués se réunissent en Assemblée Générale au moins une fois par an, sur convocation du Président du Conseil d'Administration, dans un délai de sept mois suivant la clôture de l'exercice afin de procéder à l'examen des comptes, sauf prolongation de ce délai, à la demande motivée du Conseil d'Administration, par ordonnance du Tribunal Judiciaire statuant sur requête.

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par

- La majorité des administrateurs composant le conseil ;
- Les commissaires aux comptes ;
- L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant ;
- Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;
- Les liquidateurs.

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

Article 20 – Modalités de convocation de l'Assemblée Générale

La convocation est faite dans les conditions et délais suivants : Les délégués à l'Assemblée Générale sont convoqués individuellement au moins quinze jours avant la date de sa réunion. Lorsque l'Assemblée n'a pu délibérer faute de réunir le quorum requis, la deuxième Assemblée est convoquée six jours au moins avant la date de sa réunion dans les mêmes formes que la première. Les membres composant l'Assemblée Générale qui le souhaitent, peuvent recevoir les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par le Code de la mutualité de façon dématérialisée.

Article 21 – Ordre du jour

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est fixé par le Président du Conseil d'Administration. Toutefois, les membres participants ou les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolutions dans les conditions prévues par les dispositions réglementaires en vigueur. L'Assemblée ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour. Elle peut, néanmoins, 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.

Article 22 – Compétences de l'Assemblée Générale

Le Conseil d'Administration procède à l'élection du président.

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 et le montant des droits d'adhésion ;
 - Les montants ou taux de cotisations, dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité ;
 - Les prestations offertes, dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité ;
 - L'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité ;
 - Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
 - L'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes 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 contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
 - Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
 - Les comptes combinés ou consolidés de l'exercice établis conformément à l'article L. 212-7 du Code de la mutualité ainsi que sur le rapport de gestion du groupe établi conformément à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité ;
 - Le rapport spécial du/des Commissaire(s) aux Comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité ;
 - Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les livres II et III auquel est joint le rapport du Commissaire aux Comptes prévu à l'article L. 114-39 du Code de la mutualité ;
 - Le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-3 du Code de la mutualité ;
 - Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité.
 - Les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du même Code ; ou [Les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du ou des règlement(s) mutualiste(s) défini(s) par l'article L.114-1, 8ème alinéa du Code la Mutualité ;]
 - Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 116-1 à L. 116-3 du Code de la Mutualité ;
 - Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux décisions qu'il a prises concernant les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives ;
 - Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux décisions qu'il a prises concernant les règlements des opérations individuelles ;
 - L'allocation d'une indemnité au Président du Conseil d'Administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes sont confiées.
 - Le rapport sur les opérations d'intermédiation, visé à l'article L.116-4 du Code de la mutualité, présenté par le Conseil d'Administration ;
 - Les modifications des règlements mutualistes.
 - Toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.
- L'Assemblée Générale décide de :
- la nomination des Commissaires aux Comptes ;
 - la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
 - la délégation de pouvoir prévue à l'article 25 des 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.

Article 23 – Délibérations – quorum – majorité

Chaque délégué dispose d'une voix à l'Assemblée Générale. En complément de l'article 23.1. « Vote des résolutions », les délibérations interviennent soit à main levée, soit à bulletin secret à l'initiative d'un ou plusieurs délégués ou du Conseil d'Administration.

Le calcul de la majorité requise est établi en début de séance.

I – Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la mutualité, la délégation de pouvoir prévue à l'article L.114-11 du Code de la mutualité, les prestations offertes mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la mutualité, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives et individuelles, 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 délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou de vote électronique est au moins égal à la moitié du total des délégués.

Si lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée ; celle-ci délibère valablement si le nombre de délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou de vote électronique est au moins égal au quart du total des délégués. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux-tiers des suffrages exprimés.

II – Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées au paragraphe I du présent article, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du total des délégués.

Si lors de la première convocation, l'Assemblée Générale de la mutuelle n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée ; celle-ci délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion, approuvé par l'Assemblée Générale lors de la séance suivante.

Article 23-1 – Vote des résolutions

Le vote des résolutions portées à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale peut être effectué :

- Soit en Assemblée Générale ;
- Soit par procuration
- Soit par correspondance ; Le formulaire de vote par correspondance comporte l'indication de la date fixée conformément, avant laquelle il doit être reçu par la Mutuelle pour qu'il en soit tenu compte. La date après laquelle il ne sera plus tenu compte des formulaires de vote par correspondance reçus par la mutuelle ne peut être antérieure de plus de trois jours à l'Assemblée Générale.
- Soit par voie dématérialisée sur un site internet sécurisé dédié au vote des résolutions de l'Assemblée Générale. A cet effet, chaque délégué reçoit un identifiant et un mot de passe unique pour chaque Assemblée Générale.

Article 24 – Force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale

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 et au Code de la mutualité.

Article 25 – Délégation de pouvoir de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale de la mutuelle peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'Administration pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la mutualité. Cette délégation est valable un an et peut être renouvelée annuellement.

CHAPITRE II Conseil d'Administration Section 1 COMPOSITION, ÉLECTIONS

Article 26 – Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé d'au moins 10 administrateurs et 18 au plus.

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 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.

Le Conseil d'Administration entérinera le nombre de postes, avant chaque élection ainsi que le nombre d'administrateurs femmes et le nombre d'administrateurs hommes requis conformément à l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité. Le Conseil d'Administration pourra confier à un Comité, composé à parité et à minima de deux administrateurs, la mission de susciter des candidatures si besoin.

Deux représentants des salariés de la Mutuelle élus dans les conditions fixées à l'article 33-1 « REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION », assistent aux

séances du Conseil d'Administration avec voix consultative.

Article 27 – Présentation des candidatures

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateurs doivent être adressées au siège de la Mutuelle soit par lettre recommandée avec avis de réception, soit par lettre remise au Président contre décharge, trente jours au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

Article 28 – Conditions d'éligibilité – Limite d'âge

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

- être âgés de 18 ans révolus ;
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection ;
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la mutualité ;
- satisfaire aux conditions d'honorabilité, de compétence et d'expérience sous le contrôle de l'ACPR tel que prévu à l'article L.114-21 du code de la mutualité ;
- satisfaire aux conditions relatives aux règles de cumul de mandat définies à l'article L.114-23 du Code de la mutualité. La limite d'âge à l'exercice des fonctions d'administrateur est de 70 ans.

Par exception, un tiers au plus des Administrateurs peut avoir dépassé cette limite d'âge.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les Administrateurs ayant dépassé la limite d'âge de 70 ans entraîne la démission d'office de l'Administrateur le plus âgé. Toutefois, lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel Administrateur, ce dépassement entraîne la démission de l'Administrateur nouvellement élu.

Article 29 – Modalités de l'élection

Sous réserve des dispositions légales et réglementaires, les administrateurs, qui doivent respecter les dispositions prévues du Code de la Mutualité, sont élus par l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale dans des conditions garantissant le secret du vote, à bulletin secret au scrutin plurinominal à un tour, ou par vote électronique, parmi les membres participants et membres honoraires.

Afin de permettre aux membres de l'assemblée générale d'élire les administrateurs dans les conditions prévues le Code de la Mutualité, il est établi une liste de candidats divisée en deux parties : l'une comportant les hommes, l'autre comportant les femmes, le nombre minimum de candidats à élire de chaque sexe devant être clairement identifié.

L'électeur doit, sous peine de nullité du vote et sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe, désigner un nombre de candidats de chaque sexe conforme à la répartition indiquée sur la liste. Cette répartition est déterminée selon les dispositions de l'article L114-16-1 du Code de la mutualité.

En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au plus jeune. En cas d'égalité de suffrages, priorité est donnée au candidat dont l'élection permet d'atteindre l'objectif de parité. Si l'objectif est déjà atteint ou ne peut être atteint à défaut de candidatures suffisantes, l'élection est acquise au plus jeune.

Les candidatures au poste d'administrateur doivent être adressées soit par lettre recommandée avec accusé de réception soit par lettre remise au Président de la mutuelle contre décharge, soit par mail sous réserve de la réception d'un accusé de réception, au moins 30 jours avant l'Assemblée Générale au cours de laquelle les élections auront lieu.

Article 30 – Durée du mandat

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de six ans. Le mandat s'achève à l'issue de l'Assemblée Générale qui se tient dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat et qui statue sur les comptes de l'exercice écoulé. Les membres élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

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 ;
 - 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 ;
 - lorsqu'ils sont condamnés pour l'un des faits visés aux I et II de l'article L.114-21 du Code de la mutualité ;
 - à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution en application de l'article L.612-23-1 du Code monétaire et financier.
- Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Article 31 – Renouvellement du Conseil d'Administration

Le renouvellement du Conseil a lieu par moitié tous les trois

ans. Les membres sortants sont rééligibles.

En cas de renouvellement complet, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 32 – Vacance

En cas de vacance d'un poste d'administrateur, suite à démission, décès ou dans les hypothèses énumérées à l'article 30, il est pourvu provisoirement par le Conseil d'Administration 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.

Section 2 RÉUNIONS

Article 33 – Réunions du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du président chaque fois que la situation de la Mutuelle l'exige et au moins trois fois par an.

Le président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration. S'ils le souhaitent, cette opération peut se faire de façon dématérialisée.

Le Conseil d'Administration peut, le cas échéant, tenir ses réunions par tout moyen de visioconférence ou de télécommunication, sauf lorsque le Conseil d'Administration est réuni pour procéder aux opérations mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 114-17 du Code de la Mutualité. Seront réputés présents les administrateurs qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ces moyens transmettent au moins le fond de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations. Il est fait mention de leur participation à la réunion par ces moyens sur la feuille d'émargement et dans le procès-verbal de la réunion.

Dans le cadre de la représentation des salariés prévue par l'article L.114-16 du Code de la Mutualité, un représentant du personnel assiste, avec voix consultative, aux séances du Conseil d'Administration. Les représentants des salariés sont élus, par la délégation du personnel du comité social et économique, en son sein.

Article 33-1 – Représentation des salariés au Conseil d'Administration

Conformément à l'article L. 114-16-2 du Code de la mutualité, deux représentants du personnel au Conseil d'Administration sont élus par les salariés de la Mutuelle.

Le mandat de représentant élu par les salariés est incompatible avec tout mandat de délégué syndical ou de membre du comité social et économique de la Mutuelle ainsi qu'avec l'exercice de fonctions clés ou de dirigeant opérationnel. Le représentant élu par les salariés qui, lors de son élection, est titulaire d'un ou de plusieurs de ces mandats doit s'en démettre dans les huit jours. A défaut, il est réputé démissionnaire de son mandat de représentant élu par les salariés.

Les candidats doivent pouvoir justifier d'une ancienneté dans un emploi effectif à la Mutuelle d'au moins un an au jour du scrutin, et n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations prévues par l'article L.114-21 du Code de la mutualité.

Sous peine d'irrecevabilité, les candidatures doivent être présentées à la Mutuelle huit (8) jours calendaires au moins avant la date de l'élection.

Sont électeurs, les salariés ayant 18 ans accomplis travaillant depuis trois mois au moins à la Mutuelle au jour du scrutin, et n'ayant pas subi de condamnation prévue par l'article L.114-21 du Code de la mutualité.

Les élections ont lieu sous forme de scrutin de liste à la représentation proportionnelle au plus fort reste et sans panachage. Chaque liste comporte un nombre de candidats double de celui des sièges à pourvoir en qualité de titulaire ou de suppléant et est composée alternativement d'un candidat de chaque sexe. Sur chacune des listes, l'écart entre le nombre des candidats de chaque sexe ne peut être supérieur à un.

Le vote est effectué à bulletin secret. En cas d'égalité des voix, les candidats dont les contrats de travail sont les plus anciens sont déclarés élus avec leur suppléant, et en cas d'égalité d'ancienneté, les mandats sont attribués aux

candidats les plus jeunes.

Le vote s'effectue dans les locaux de la Mutuelle et par correspondance pour les salariés empêchés.

Les représentants sont élus pour une durée de six ans.

Leur mandat cesse de manière anticipée dès lors qu'ils n'ont plus la qualité de « salarié » de la Mutuelle. En cas de faute dans l'exercice de leur mandat, les représentants élus sont révocables par décision du Président du Tribunal Judiciaire, rendue en la forme des référés, à la demande de la majorité des membres du Conseil d'Administration.

En cas de vacance de poste en cours de mandat par décès, démission, révocation, rupture du contrat de travail ou pour toute autre cause que ce soit, le Conseil d'Administration nomme le représentant des salariés venant à l'ordre de suppléance, ce dernier achevant le mandat vacant de son prédécesseur.

Les représentants élus par les salariés disposent du temps nécessaire pour exercer utilement leur mandat, dans les mêmes conditions que celles définies à l'article L. 225-30-1 du code de commerce pour les administrateurs salariés. Ils bénéficient à leur demande, lors de leur première année d'exercice, d'une formation à la gestion adaptée à l'exercice de leur mandat, à la charge de la mutuelle, de l'union ou de la fédération. La durée de ce temps de formation, ne peut être inférieure à vingt heures par an.

Les représentants élus par les salariés ne perdent pas le bénéfice de leur contrat de travail. Leur rémunération en tant que salariés ne peut être réduite du fait de l'exercice de leur mandat.

Article 34 – Délibérations du Conseil d'Administration

Tout ou partie des administrateurs peut participer aux séances du Conseil d'Administration par tout moyen de visioconférence ou de télécommunication.

Seront réputés présents les administrateurs et les représentants qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations. Il est fait mention de leur participation à la réunion par ces moyens sur la feuille d'émargement et dans le procès-verbal de la réunion. Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du Président et des autres membres du bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

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 une obligation de discrétion s'opposant à la divulgation de renseignements confidentiels.

Article 35 – Démission d'office

Les membres du Conseil d'Administration peuvent, par décision de ce dernier, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances consécutives. Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale.

Section 3 ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 36 – Compétences du Conseil d'Administration

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.

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte :

- des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du Livre II du Code de commerce ;
- de la liste des organismes avec lesquels la Mutuelle établit des comptes consolidés ou combinés conformément à 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 ;
- de l'ensemble des rémunérations versées le cas échéant au Dirigeant Opérationnel mentionné à l'article L.211-14 du Code de la mutualité ;
- de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs ;

- des transferts financiers entre la Mutuelle et d'autres Mutuelles ou Unions de Mutuelles.

Il établit également :

- Un rapport sur les décisions prises dans les domaines des opérations individuelles et collectives ;
- Le cas échéant, un rapport annuel sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion, visés aux articles L.116-1 à L.116-3 du code de la mutualité

Le Conseil d'Administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'Administration ou le cas échéant au dirigeant opérationnel mentionné à l'article L. 211-14 du Code de la mutualité.

Le Conseil d'Administration adopte également les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-5 du Code de la Mutualité, les modifications des règlements des opérations individuelles décidées par le Conseil d'Administration, font l'objet d'une notification aux membres participants.

Le Conseil d'Administration, sur proposition du Président, nomme et met fin aux fonctions du Dirigeant Opérationnel mentionné à l'article L.211-14 du Code de la mutualité.

Il approuve les éléments de son contrat de travail et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle.

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

Article 37 – Délégations d'attributions par le Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions dans le cadre des textes législatifs et réglementaires.

Section 4 STATUT DES ADMINISTRATEURS

Article 38 – Action sociale – réalisations sanitaires, sociales ou culturelles

La Commission d'Aides sociales, instance du Conseil d'Administration, est composée d'Administrateurs de la MMC. Elle est animée par son Président désigné par les membres du Conseil d'Administration.

Missions :

L'objectif de cette Commission est d'analyser, sur critères sociaux et en relation avec l'objet du contrat souscrit, les demandes d'aides financières ponctuelles et accessoires des adhérents effectuées soit directement à la MMC, soit par l'intermédiaire de l'association «Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)». Les demandes adressées directement à la MMC sont étudiées par le Secrétaire Général de la Mutuelle qui émet un avis sur la suite à donner au dossier. Les aides sont attribuées dans la limite des crédits alloués chaque année par l'Assemblée Générale.

Article 39 – Indemnités versés aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la mutualité.

Article 40 – Remboursement des frais aux administrateurs

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.

Article 41 – Interdictions liées à la fonction d'administrateur

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 chiffre d'affaires de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Les anciens 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.

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles L.114-32 à L.114-37 du Code de la mutualité.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres

en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Article 42 – Obligations des administrateurs

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. Le président du Conseil d'Administration est également tenu de faire savoir les mandats de président qu'il détient dans une autre Mutuelle, Union, Fédération. Le président et les administrateurs 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 43 – Responsabilité

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement et solidairement, selon les cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

CHAPITRE III Président et bureau

Section 1 ÉLECTION ET MISSION DU PRÉSIDENT

Article 44 – Élection et révocation

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

Le président est élu dans les conditions suivantes : à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

Le président est élu pour une durée de trois ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible.

La déclaration des candidatures aux fonctions de président du Conseil d'Administration doit être envoyée au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception, au moins un mois avant la date de l'élection.

Article 45 – Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le premier vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le premier vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Article 46 – Missions

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 engagées en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre 1^{er} du livre VI du code monétaire et financier.

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 toutes les conventions autorisées.

Il engage ou ordonnance les dépenses.

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

Il est compétent pour décider d'agir en justice ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle. Le président peut, sous son contrôle et sa responsabilité, confier au directeur de la Mutuelle l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

A l'égard des tiers, la mutuelle est engagée même par les actes du Président qui ne relèvent pas de l'objet de la mutuelle, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances.

Section 2 ÉLECTION, COMPOSITION DU BUREAU

Article 47 – Élection

Les membres du bureau, autres que le président du Conseil d'Administration, sont élus à bulletin secret ou à main levée à moins qu'un administrateur ne s'y oppose, pour un an, par le Conseil d'Administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant

procédé au renouvellement du Conseil d'Administration. Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'Administration.

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

Article 48 – Composition

Le bureau est composé de la façon suivante :

- le président du Conseil d'Administration ;
- deux vice-présidents ;
- un secrétaire général ;
- un secrétaire général adjoint ;
- un trésorier général ;
- un trésorier général adjoint.

Article 49 – Réunions et délibérations

Le bureau se réunit sur convocation du président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

La convocation est envoyée aux membres du bureau cinq jours francs au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. S'ils le souhaitent, cette opération peut se faire de façon dématérialisée.

Le président peut inviter des personnes extérieures au bureau à assister aux réunions du bureau.

Le bureau soumet ses propositions au Conseil d'Administration.

Article 50 – Le vice-président

Le ou les vice-présidents secondent le président, qu'ils suppléent en cas d'empêchement, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Dans ce cas, ils exercent ces fonctions suivant l'ordre dans lequel ils ont été désignés par le Conseil d'Administration.

Article 51 – Le secrétaire

Le secrétaire est responsable de la rédaction des procès-verbaux. Le secrétaire adjoint seconde le secrétaire. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée dans sa fonction.

Article 52 – Le trésorier

Le trésorier effectue les opérations financières de la Mutuelle.

Il est chargé du paiement des dépenses ordonnancées par le président et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle. Il fait procéder selon les directives du Conseil d'Administration à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à la discussion du Conseil d'Administration les comptes annuels et les documents ou rapports, états et tableaux qui s'y rattachent.

Le trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnancement, notamment le chef du service comptable, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 53 – Le Trésorier Adjoint

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

CHAPITRE IV Dirigeant Opérationnel

Conformément à l'article L.211-14 du Code de la mutualité, le Dirigeant Opérationnel, qui ne peut être un Administrateur, est nommé par le Conseil d'Administration, sur proposition du Président.

Il est mis fin à ses fonctions suivant la même procédure.

Le Conseil d'Administration approuve les éléments du contrat de travail du Dirigeant Opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle. Le Dirigeant Opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'Administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité. Il assiste à toutes les réunions du Conseil d'Administration.

Le Dirigeant Opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la mutuelle, de la délégation mentionnée au précédent alinéa et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux Assemblées Générales, au Conseil d'Administration et au Président.

CHAPITRE V Organisation financière

Section 1 PRODUITS ET CHARGES

Article 54 – Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale ;

- les cotisations des membres participants et des membres honoraires ;
- les produits financiers ;
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers ;
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- les versements éventuels d'un organisme de réassurance ;
- le produit des recours contre les tiers et d'une façon générale de tout ce qui revient de droit à la Mutuelle ;
- les versements pour frais de gestion ;
- plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi.

Article 55 – Charges

Les charges comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants et à leurs ayants droit ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- les versements faits aux Unions et Fédérations ;
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination ;
- les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
- les cotisations versées au système fédéral de garantie prévu à l'article L.111-5 du Code de la mutualité ;
- la redevance prévue au Chapitre II du titre 1er du livre VI du Code monétaire et financier affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolutions (ACPR) pour l'exercice de ses missions ;
- plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

Article 56 – Apports et transferts financiers

En cas de création de Mutuelles définies à l'article L.111-3 ou d'Unions définies à l'article L.111-4 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la Mutuelle ou de l'Union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

Section 2 MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS, RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRES

Article 57 – Modes de placement et de retrait des fonds

Le Conseil d'Administration décide du placement et du retrait des fonds de la Mutuelle, compte tenu le cas échéant des orientations définies par l'Assemblée Générale.

Article 58 – Marge de solvabilité

La Mutuelle dispose à tout moment d'une marge de solvabilité calculée et constituée conformément à la réglementation applicable aux Mutuelles régies par le Code de la mutualité.

Article 59 - Article supprimé

Section 3 COMITÉ EN CHARGE DES INFORMATIONS COMPTABLES ET FINANCIÈRES

Article 60 – Comité en charge des informations comptables et financières

Un Comité en charge des informations comptables et financières est désigné, par le Conseil d'Administration, parmi ses membres, tous les deux ans. Le comité est composé de 3 à 5 membres du Conseil d'Administration ; il peut s'y adjoindre au maximum deux membres participants non-membres du Conseil d'Administration désignés par ce dernier en raison de leurs compétences particulières en matière financière et comptable.

Le comité se réunit au moins deux fois par an.

Ce comité est notamment chargé des missions suivantes :

- 1) Il suit le processus d'élaboration de l'information financière et, le cas échéant, formule des recommandations pour en garantir l'intégrité ;
- 2) Il suit l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques, ainsi que le cas échéant de l'audit interne, en ce qui concerne les procédures relatives à l'élaboration et au traitement de l'information comptable et financière, sans qu'il soit porté atteinte à son indépendance ;
- 3) Il émet une recommandation au Conseil d'Administration sur les commissaires aux comptes proposés à la désignation par l'assemblée générale. Il émet également une recommandation au Conseil d'Administration lorsque le renouvellement du mandat du ou des commissaires est envisagé dans les conditions définies à l'article L. 823-3-1 du Code de commerce ;
- 4) Il suit la réalisation par le commissaire aux comptes de sa mission et tient compte des constatations et conclusions du Haut conseil du commissariat aux comptes consécutives aux contrôles réalisés en application des articles L. 821-9 et suivants du Code de commerce.
- 5) Il s'assure du respect par le commissaire aux comptes des conditions d'indépendance définies à la section 2 du chapitre II du présent titre ; en ce qui concerne les entités

4 du règlement (UE) n° 537/2014 précité et s'assure du respect des conditions mentionnées à l'article 6 du même règlement;

6) Il approuve la fourniture des services mentionnés à l'article L. 822-11-2 du Code de commerce ;

7) Il rend compte régulièrement au Conseil d'Administration de l'exercice de ses missions. Il rend également compte des résultats de la mission de certification des comptes, de la manière dont cette mission a contribué à l'intégrité de l'information financière et du rôle qu'il a joué dans ce processus. Il l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

Section 4 COMMISSAIRES AUX COMPTES

Article 61 – Co-Commissaires aux Comptes

En vertu de l'article L.114-38 du Code de la mutualité, l'Assemblée Générale nomme les Co-Commissaires aux comptes, choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du Code de commerce.

Le président convoque le(s) Co-Commissaire(s) aux comptes à toute Assemblée Générale.

Le(s) Co-Commissaire(s) aux comptes exercent leurs missions conformément aux règles de leur profession.

Section 5 FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Article 62 – Montant du fonds d'établissement et fonds de développement

Le fonds d'établissement est égal à 458 600 €.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions de l'article 23-1 des statuts, sur proposition du Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration peut décider de constituer un fonds de développement destiné à procurer à la Mutuelle les éléments de solvabilité dont elle doit disposer pour satisfaire à la réglementation en vigueur, conformément aux dispositions de l'article R. 212-3 du Code de la Mutualité. Ce fonds est alimenté par des emprunts contractés en vue de financer un plan d'amélioration de l'exploitation ou un plan de développement à moyen ou long terme.

Les dispositions de l'article R. 212-2 du Code de la Mutualité s'appliquent au fonds de développement.

CHAPITRE VI Mandataire Mutualiste

Article 63 – Définition et désignation

Le mandataire mutualiste est une personne physique exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs mentionnés à l'article L.114-16 du Code de la Mutualité, qui apporte à la Mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel il a été désigné .

Le mandataire mutualiste est désigné par le Conseil d'Administration à la majorité simple.

Le Conseil d'Administration détermine les missions attribuées au mandataire mutualiste.

Le mandataire mutualiste doit rendre compte annuellement de la réalisation de ces missions. La Mutuelle propose à ses mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation, à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés dans les conditions définies par l'article « REMBOURSEMENT DE FRAIS AUX ADMINISTRATEURS » des présents statuts

TITRE III INFORMATION DES ADHERENTS

Article 64 – Étendue de l'information

Dans le cadre des opérations individuelles, chaque membre de la mutuelle reçoit un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

Dans le cadre des opérations collectives, le membre reçoit un exemplaire des statuts et une notice d'information.

Les modifications de ces documents sont portées à la connaissance du membre.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

Article 65 – Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 23-1 des statuts.

L'Assemblée Générale nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être choisis parmi les membres du Conseil

d'Administration.

La liquidation de la Mutuelle s'effectue dans les conditions et formes visées à l'article L.212-14 du Code de la mutualité. Pendant la liquidation et jusqu'à expresse décision contraire, tous les éléments de l'actif continuent à demeurer la propriété de la Mutuelle.

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

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 23-1 des présents statuts à d'autres Mutuelles, Unions, Fédérations, ou au Fonds National de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L.421-1 du Code de la mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la mutualité.

Article 66 – Subrogation

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 due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

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

Article 67 – Mentions obligatoires dans les documents

La Mutuelle doit faire figurer sa dénomination suivie par la mention « Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, SIREN 778 542 852 » dans ses statuts, règlements mutualistes, bulletins d'adhésion, contrats collectifs, publicités ou tous autres documents concernant son activité et signés par elle ou en son nom.

Article 68 – Adhésion à l'UMG « L'Alliance Mutualiste »

La mutuelle adhère à l'Union Mutualiste de Groupe « L'Alliance Mutualiste » telle que définie à l'article L.111-4-2 du Code de la Mutualité.

À ce titre, elle s'engage au respect des dispositions des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation conclue avec elle, et notamment celles imposant de recueillir l'autorisation préalable du Conseil d'Administration et/ou de l'Assemblée Générale de l'Union Mutualiste de Groupe pour la réalisation d'opérations précisément définies dans les statuts de l'UMG ou dans la convention d'affiliation.

La mutuelle s'engage à se conformer aux mécanismes traduisant d'une part l'influence dominante de l'Union sur les mutuelles affiliées et d'autre part la solidarité financière, ainsi qu'à se soumettre aux pouvoirs de contrôle et de sanction de celle-ci.

CODE DE LA MUTUALITÉ ANNEXE À L'ORDONNANCE N°2001-350 DU 19 AVRIL 2001

NOTICE COUPS DURS N° NCD - 2024 - 0705

Conditions générales du contrat collectif à adhésion facultative « Coups Durs » souscrit par L'ADPRF, auprès de la Mutuelle Médico Chirurgicale (MMC).

1. DÉFINITIONS :

ASSUREUR

La Mutuelle Médico-Chirurgicale (MMC), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 778 542 852, dont le siège social est situé 6 rue Paul Morel - 70000 VESOUL.

Le présent contrat est distribué et géré par PRAECONIS, SAS inscrite au RCS de Vesoul sous le n°527 879 415 et à l'ORIAS sous le n°10 05 84 26, Courtier grossiste, dont le siège social est situé au 6 rue Paul Morel, 70000 VESOUL.

SOUSCRIPTEUR

L'ADPRF (Association de Développement de la Prévoyance des Régions Françaises), enregistrée à la Préfecture de Police de Paris sous le numéro W901002184, sise 11, Rue La Fayette, 75009 Paris.

ÉCHÉANCE PRINCIPALE :

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année à venir. L'échéance principale est fixée au 1er janvier.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévu d'une cause extérieure. **Ne sont pas considérées comme un Accident au titre du présent contrat les conséquences d'une crise d'épilepsie, de delirium tremens, d'une rupture d'anévrisme, d'un infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée.**

Adhérent

Personne physique désignée en qualité de chef de famille au titre d'un contrat Complémentaire santé ou d'adhérent à un Contrat de prévoyance proposé par l'ADPRF.

Année d'assurance

Période comprise entre le premier janvier et de 31 décembre.

Bénéficiaire

Le bénéficiaire des garanties est l'Adhérent lui-même ou son représentant légal pour les assurés majeurs protégés.

Cas fortuit

Événement dont compte tenu des connaissances acquises et des techniques actuelles, il est impossible d'en prévoir l'arrivée.

Contrat complémentaire santé

Contrat souscrit par l'ADPRF auprès de ses différents assureurs., dont l'objet est le remboursement des frais de santé

Contrat de prévoyance

Contrat souscrit par l'ADPRF auprès de ses

différents assureurs., dont l'objet est la couverture des risques de prévoyance.

Date d'effet des garanties

Date de prise d'effet du Contrat complémentaire santé ou du Contrat de prévoyance.

Délai de carence :

Période suivant la Date d'effet des garanties pendant laquelle l'Adhérent ne bénéficie pas des garanties prévues au Contrat. Le Délai de carence s'applique sur la seule garantie Perte d'emploi.

Déchéance

Sanction consistant à priver l'Adhérent du bénéfice des garanties en cas de non-respect de l'une de ses obligations.

Force majeure

Circonstance exceptionnelle, étrangère à la personne de celui qui l'éprouve, qui a eu pour résultat de l'empêcher d'exécuter ses obligations.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

Etat d'une personne qui se trouve temporairement dans l'impossibilité complète, continue et médicalement reconnue, de se livrer à l'exercice de son activité professionnelle.

Licenciement

Rupture définitive d'un contrat de travail à durée indéterminée à l'initiative de l'employeur.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Etat, médicalement constaté, d'une personne inapte totalement et irrémédiablement à tout travail ou occupation rémunérée et nécessitant l'assistance constante d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie ordinaire.

Rupture conventionnelle

Rupture du contrat de travail résultant d'un accord entre l'employeur et le salarié dans les conditions définies à l'article L.1237-11 du Code du travail.

Sinistre

Événement non connu de l'Adhérent à la Date d'effet des garanties susceptible de mettre en jeu les garanties.

2. OBJET DES GARANTIES

Les présentes garanties sont destinées à couvrir le remboursement équivalant aux mensualités du contrat complémentaire santé ou du contrat de prévoyance de l'adhérent.

2.1 – les garanties forfaitaires

L'Assureur garantit à l'Adhérent la prise en charge d'un montant équivalent à celui de trois (3) mensualités du contrat de base d'assurance complémentaire santé ou de prévoyance dont l'adhérent est titulaire, à la suite de la survenance de l'un des événements suivants, étant entendu que la prise en charge est, par adhésion au contrat Coups Durs, plafonnée à 300 € (trois cents euros) dans la limite d'un Sinistre par Année d'assurance, toutes garanties confondues et d'un sinistre par événement déclencheur, toutes garanties confondues.

Perte d'emploi En cas de perte d'emploi consécutive à un Licenciement, sous réserve

que les 4 conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- l'Adhérent doit justifier, à la date de son Licenciement, avoir occupé un emploi salarié sous contrat de travail à durée indéterminée pendant 6 mois au moins chez le même employeur,
 - le chômage doit être total,
 - le chômage doit ouvrir droit au versement d'allocation d'assurance chômage (allocation d'aide au retour à l'emploi versée par France Travail, prestations versées par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public, allocations de formation versées dans le cadre d'une convention de reclassement ou d'une formation assurée par un centre agréé),
 - le chômage doit être continu pendant au moins trente (30) jours à compter de la date de réception par l'Adhérent, de la lettre d'admission au bénéfice des allocations d'assurance chômage envoyée par l'organisme concerné. Les périodes de chômage séparées par moins de trois (3) mois sont considérées comme une seule période.
- Le Délai de carence de la garantie Perte d'emploi s'élevé à cent quatre-vingts (180) jours.

Arrêt de travail

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), sous réserve que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- En cas de Maladie, les premières constatations médicales de la Maladie à l'origine de l'ITT doivent survenir après la Date d'effet des garanties,
 - En cas d'accident, la date de l'accident doit être postérieure à la date d'effet des garanties,
 - L'arrêt de travail consécutif à l'ITT doit être d'au moins 90 jours,
- En cas de rechute dans les 3 mois suivant la fin de l'ITT, la nouvelle ITT ne donne pas lieu à une nouvelle indemnisation si elle est due directement ou indirectement à une réapparition d'une affection à l'origine de l'ITT précédente.

Hospitalisation suite à un Accident

En cas d'hospitalisation de l'Adhérent due à un Accident., sous réserve que l'hospitalisation soit d'une durée d'au moins une (1) nuitée.

Ne sont pas considérés comme des hospitalisations au titre du présent contrat, les séjours de cure, de repos, de convalescence, de rééducation, de soins thermaux, esthétiques ou de traitement des maladies mentales.

L'indemnité versée en cas d'hospitalisation suite à un Accident ne peut pas être cumulée avec celle versée en cas d'arrêt de travail ou de PTIA.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

En cas de PTIA de l'Adhérent, consécutive à une Maladie ou à un Accident, sous réserve que les premières constatations de la Maladie à l'origine de la PTIA surviennent après la Date d'effet des garanties.

3. TERRITORIALITE

Les garanties s'exercent en France métropolitaine, Corse et dans les DROM, ainsi que lors de déplacements à l'étranger d'une durée maximum de 90 jours.

En cas d'Accident ou de Maladie survenant hors de France, l'Adhérent est tenu de faire

élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre. Tout état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou de PTIA de l'Adhérent à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti, survenu hors de France, doit être constaté médicalement en France pour ouvrir droit au paiement des prestations.

4. EXCLUSIONS DE GARANTIE

Sont exclus des garanties prévues en cas d'hospitalisation suite à un Accident, d'arrêt de travail ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- La tentative de suicide de l'Adhérent au cours de la première année qui suit la Date d'effet des garanties,
- La pratique des sports à risque suivants : sports mécaniques, sports aériens, spéléologie, escalade, saut à l'élastique, canyoning,
- La guerre mettant en cause l'État français, et les explosions ou radiations causées par la réaction nucléaire, une transmutation du noyau de l'atome ou la radioactivité,
- La rixe, sauf si l'Adhérent agit en état de légitime défense ou pour venir en aide à une personne en danger,
- Les Accidents ou Maladies qui sont le fait volontaire de l'Adhérent,
- Les conséquences de l'éthylisme, de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ou d'hallucinogènes,
- Les Accidents dus à la conduite en état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du Sinistre),
- Les Maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la Date d'effet des garanties ainsi que leurs suites,
- La grossesse.

Sont exclus des garanties prévues en cas de perte d'emploi :

- Les démissions volontaires, légitimes ou non, même si elles sont indemnisées par la France Travail ou par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public,
- Toute forme de cessation d'activité lorsque l'Adhérent est dispensé de rechercher un nouvel emploi,
- Les fins de contrat de travail à durée déterminée ou de contrat temporaire de travail,
- Le licenciement non indemnisé par France Travail ou par tout autre organisme gestionnaire d'une prestation équivalente pour les salariés du secteur public,
- Le chômage partiel ou saisonnier,
- Le licenciement pour faute lourde,
- La cessation d'activité d'un travailleur indépendant,
- Le chômage consécutif au licenciement de l'Adhérent salarié de son conjoint, ascendant, descendant, collatéral ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, ascendant, descendant, collatéral,
- Les Licenciements lorsque l'Adhérent est domicilié à l'étranger,
- La rupture du contrat de travail au cours de la période d'essai,
- La rupture conventionnelle,
- Le départ ou la mise à la retraite, en

retraite ou en pré-retraite,

- Le chômage résultant d'une grève ou d'un confinement (tel le chômage partiel),
- La connaissance préalable à la prise d'effet des garanties de la date de mise au chômage.
- L'adhérent n'ayant pas travaillé de manière continue dans les 6 mois précédant la signature du contrat chez le même employeur.

5. LA MISE EN JEU DES GARANTIES

5.1- Déclaration de Sinistre

En cas de Sinistre, l'Adhérent doit, dans les quatre-vingt-dix (90) jours maximums qui suivent sa survenance, le déclarer à l'Assureur par mail : medical@praeconis.fr, ou via son espace adhérent MaWebMutuelle ou par voie postale à l'adresse du siège social de l'Assureur. En retour, l'Assureur communiquera à l'Adhérent la liste des pièces justificatives à lui transmettre, nécessaires à l'instruction du dossier. Tout sinistre non déclaré dans le délai maximum de quatre-vingt-dix (90) jours qui suit sa survenance, sauf cas fortuit ou de force majeure, ne bénéficiera pas des garanties si l'Assureur établit que le retard lui a causé un préjudice.

RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION / OMISSION OU DECLARATION INEXACTE

Conformément au Code de la mutualité, toute réticence, omission ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus de l'Adhérent, l'expose à la nullité de l'adhésion. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle.

5.2 Pièces justificatives à joindre par l'Adhérent à sa demande d'indemnisation

L'Adhérent doit joindre à sa demande d'indemnisation les pièces justificatives ci-dessous énumérées :

Dans tous les cas : L'échéancier des cotisations d'assurance complémentaire santé dues au titre du Contrat complémentaire santé ou des cotisations de prévoyance dues au titre du Contrat de prévoyance.

En cas de perte d'emploi

- La copie du certificat de travail de l'employeur, daté et signé, mentionnant la date de début et la date de fin du contrat de travail,
 - Les décomptes d'allocations France Travail pour les salariés du secteur privé ou d'allocations équivalentes pour les salariés du secteur public,
 - La copie de la lettre de licenciement,
- ##### En cas d'arrêt de travail
- La copie des avis d'arrêt de travail.

En cas d'hospitalisation suite à un Accident

- Le certificat du médecin précisant les causes, circonstances et lieux de l'Accident
- Le bulletin d'hospitalisation faisant apparaître les dates et heures d'entrée et de sortie.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- Un rapport médical circonstancié attestant de l'état de PTIA.

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit de demander tout autre document lui permettant d'apprécier la réalité du Sinistre déclaré.

5.3 - Paiement des indemnités

L'Assureur verse à l'Adhérent l'indemnité qui lui

est due dans un délai de quinze (15) jours à compter du jour où il dispose d'un dossier complet, étant entendu que la prise en charge est limitée, par adhésion au contrat Coups Durs, à un Sinistre par Année d'assurance, toutes garanties confondues.

6. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant de ce contrat sont prescrites par deux (2) 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 de l'adhérent, que le 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 de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou a été indemnisé par celui-ci. Ce délai est porté à dix ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues aux articles 2240 et suivants du Code Civil, et par une des causes d'interruption spécifiques à l'assurance, à savoir :

- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes de suspension de la prescription sont prévues aux articles 2230 et suivants du Code Civil, et notamment :

- la prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.
- la prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. Les parties au présent contrat ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

À partir du jour où il a été notifié à l'intéressé que ses droits étaient ouverts, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à l'Assureur dans le plus bref délai, à compter du paiement ou de la décision de refus du paiement desdites prestations.

7. PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES ACCORDEES AUX ASSURES

Les garanties prennent effet à la date de prise d'effet du Contrat complémentaire santé ou du Contrat de prévoyance souscrit par l'Adhérent et après paiement de la première cotisation. Les garanties sont acquises pour la durée de vie du Contrat complémentaire santé ou du Contrat de prévoyance.

Les garanties prennent fin :

- En cas de non-paiement de la cotisation,
- En cas de décès de l'Adhérent,
- En cas de résiliation du contrat de complémentaire santé ou du contrat de prévoyance sur lequel porte la présente garantie,
- De plein droit à la date de versement de l'indemnité pour la garantie PTIA,
- De plein droit en cas de dénonciation du présent contrat par l'ADPRF ou par l'Assureur à l'échéance annuelle. Dans ce cas, l'ADPRF s'engage à en informer chaque Adhérent deux (2) mois avant la date d'effet de la résiliation,
- De plein droit en cas de résiliation par l'Adhérent du Contrat complémentaire santé ou du Contrat de prévoyance intégrant la présente garantie.

8. RESILIATION

9.1 - L'adhésion peut être résiliée par l'adhérent

- Résiliation à l'échéance annuelle : l'adhérent peut mettre fin à son adhésion au plus tard deux (2) mois avant la fin de l'année civile. Elle doit être adressée au 31 octobre au plus tard pour une radiation au 31 décembre.

9.2 - Par l'Assureur

- De plein droit :

En cas de retrait d'agrément de l'Assureur.

9.3 - Les modalités de résiliation

La résiliation par l'adhérent pourra être effectuée, au choix de celui-ci soit :

- par lettre ou tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur,
- par acte extrajudiciaire,
- par le même mode de communication lorsque l'Assureur propose la conclusion du contrat par un mode de communication à distance.

La résiliation par l'Assureur sera notifiée à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

9.4 - Les conséquences de la résiliation

Les cas de résiliation susmentionnés ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées et entraînent de plein droit la cessation de toutes les garanties assurées par l'Assureur. Aucune prestation ne peut être versée après la date d'effet de la résiliation.

9. LANGUE ET LÉGISLATION

La langue utilisée est le français. Les relations précontractuelles et le présent contrat sont régis par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

10. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » n°78- 17 du 6 janvier 1978, l'ensemble formant un tout indissociable, l'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de portabilité et d'opposition pour motifs légitimes des données à caractère personnel le concernant, en s'adressant par courrier à l'adresse du siège social de l'Assureur, ou par mail à l'adresse suivante :

dpo.rgpd@praeconis.fr

Les données à caractère personnel concernant l'adhérent sont utilisées par l'Assureur, ses mandataires et réassureurs, dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat. Ces informations peuvent aussi faire l'objet :

- de traitements contentieux,
- de traitements de contrôle interne,
- de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et notamment celles relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCB-FT),
- de traitements de lutte contre la fraude à l'assurance qui peuvent entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude,
- d'un démarchage en prospection commerciale par la Mutuelle Assureur, l'une de ses filiales ou l'un de ses partenaires.

Si l'adhérent ne souhaite pas être sollicité, il lui suffit de le faire savoir par simple courrier à l'adresse du siège social de la Mutuelle Assureur. Conformément aux dispositions des articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, l'adhérent a la possibilité de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, en adressant un courrier à la société OPPOSETEL (service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES) ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Les données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

En cas de réclamation, l'adhérent peut choisir de saisir la CNIL.

11. FACULTÉ DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer au présent contrat pendant quatorze jours calendaires révolus à compter du jour où la garantie a pris effet.

Cette renonciation doit être faite soit :

- par courrier envoyé à l'adresse suivante :

PRAECONIS
6 rue Paul Morel
70000 VESOUL.

- soit via tout support durable.

La renonciation peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après : « Je soussigné(e) ... demeurant à ... déclare renoncer à mon adhésion n°... au contrat « Coups Durs », dont la date d'effet est fixée au .../.../... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la

réception de ma demande.

Date :

Signature : »

12. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

La réclamation doit être adressée à l'intermédiaire d'assurance dans un délai de deux ans à compter du paiement ou de la notification du refus de paiement ou toute autre action entraînant la contestation :

- Par courrier à l'adresse suivante :

PRAECONIS
Service Réclamations
6 rue Paul Morel
70000 VESOUL

- Par courriel à l'adresse suivante :

reclamations@praeconis.fr

Votre intermédiaire d'assurance dispose de dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception à l'adhérent, sauf si la réponse elle-même est apportée à l'adhérent dans ce délai. A défaut de pouvoir accuser réception dans le délai précité, votre intermédiaire d'assurance dispose de deux mois à compter de la date de réception de la réclamation pour faire parvenir une réponse à l'adhérent.

A compter de la réclamation écrite de l'adhérent, la saisine du Médiateur peut se faire gratuitement.

Le Médiateur est une personne indépendante qui s'engage à formuler un avis motivé dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception des pièces fondant la demande. Son avis n'engage pas les parties concernées qui restent libres de recourir aux juridictions compétentes.

Sous réserve qu'aucune action judiciaire ne soit engagée, l'adhérent aura la possibilité de saisir le Médiateur :

- Par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
Pôle Planète CSCA – TSA 50110
75441 PARIS Cedex 09

- Par courriel à l'adresse suivante :

www.mediation-assurance.org

La procédure de médiation se déroule conformément aux dispositions du Code de la Consommation.

13. CONTRÔLE

L'assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

DROIT DE RENONCIATION

COUPS DURS

Conditions :

- Compléter et signer le présent formulaire ;
- Utiliser l'adresse figurant au dos du formulaire détachable ;
- L'expédier au plus tard le quatorzième jour à partir de la prise d'effet du contrat.

Je déclare annuler le contrat ci-après :

Nom du contrat : **COUPS DURS**

Date de la souscription du contrat :

Nom et prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal de l'adhérent :

Ville de l'adhérent :

Signature obligatoire de l'adhérent :

PRAECONIS
6 rue Paul Morel
70000 VESOUL