

Notice (valant conditions générales)

APRIL Santé





Préambule	p.3
1. COMMENT S'EFFECTUE L'ADHÉSION AUX CONVENTIONS ?	P.3
2. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?	P.4
3. QUE GARANTISSENT LES CONVENTIONS APRIL SANTÉ ?	P.5
4. VOS GARANTIES	P.5
4.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P.5
4.2 MODIFICATION DES NIVEAUX DE GARANTIES	P.6
4.3 CONTENU DES GARANTIES	P.6
4.4 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ	P.9
5. CE QUE LES CONVENTIONS NE PRENNENT PAS EN CHARGE	P.10
6. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?	P.10
6.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER	P.10
6.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT	P.10
6.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF	P.10
7. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ?	P.11
7.1 MODALITÉS D'ADHÉSION	P.11
7.2 PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION DE VOS GARANTIES	P.11
7.3 CESSATION DE VOTRE ADHÉSION	P.12
8. VOTRE COTISATION	P.13
8.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?	P.13
8.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?	P.13
8.3 LES MODES DE PAIEMENT	P.13
8.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?	P.14
9. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION À LA CONVENTION	P.14
10. SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	P.15
11. PRESCRIPTION	P.15
12. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?	P.15
13. PROTECTION DE VOS DONNÉES	P.16
LEXIQUE	P.17
Tableau des garanties	p.19
Extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL	p.22
Statuts Identités Mutuelle	p.24

Préambule

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre des Conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative APRIL Santé souscrites par **l'Association des Assurés APRIL** auprès d'**IDENTITÉS MUTUELLE** (Conventions d'assurance n° IDM2020S01 et n° IDM2020S02).

IDENTITÉS MUTUELLE est une Mutuelle relevant des dispositions du livre II du Code de la mutualité, SIREN 379 655 541, dont le siège social est situé 24 boulevard de Courcelles, 75017 PARIS. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09. **IDENTITÉS MUTUELLE** est également désignée par le terme « Organisme assureur » dans la présente Notice.

L'Association des Assurés APRIL est une association loi 1901, 69439 LYON Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale. L'Association des Assurés APRIL est également désignée par le terme « Association » dans la présente Notice.

L'organisme gestionnaire de ces Conventions d'assurance est, par délégation de l'organisme assureur, **APRIL Santé Prévoyance**, SASU au capital de 540 640 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON CEDEX 03 – RCS Lyon 428 702 409 – N°ORIAS 07 002 609 – soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09. APRIL Santé Prévoyance est désignée ci-après par le terme « APRIL ».

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à l'une des Conventions d'assurance référencée ci-dessus. Il est également désigné par le terme « Vous » dans la présente Notice.

Le terme « Assuré » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de l'une des Conventions d'assurance. Les Assurés sont inscrits au *Certificat d'adhésion*.

Pour Vous faciliter la compréhension, chaque terme ou expression écrit en italique avec une majuscule est défini(e) au Lexique.

AVEC APRIL JE COMPRENDS

À NOTER

En adhérent à ce contrat vous devenez membre d'une association pouvant vous venir en aide en cas de difficulté à l'aide de son fonds social. Vous pouvez consulter les statuts sur son site : www.association-assures-april.fr



1. Comment s'effectue l'adhésion aux conventions ?

L'adhésion aux Conventions d'assurance est constituée par la signature de la demande d'adhésion, la présente Notice valant conditions générales et l'émission du *Certificat d'adhésion* qui mentionne l'Organisme assureur.

Adhésion aux Conventions

Convention APRIL Santé n° IDM2020S01

Vous adhérez à la Convention d'assurance APRIL Santé n° IDM2020S01 si Vous souscrivez un niveau de garanties autre que le niveau Access.

Cette Convention IDM2020S01 est une convention de type « solidaire » et « responsable » c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L.871-1 et L.862-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

En conséquence, aucune exclusion mentionnée au sein de la présente Notice ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et les frais de santé donnant lieu à remboursement de la *Sécurité sociale* sont garantis à minima à hauteur de 100% de la *Base de Remboursement de la Sécurité sociale* (remboursement *Sécurité sociale* inclus).

Cette Convention respecte les planchers minimaux et les plafonds maximums de garanties du « Contrat responsable » ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux *Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)*.

De même, en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dépenses de santé exposées dans le cadre du panier de soins « 100% Santé » seront intégralement prises en charge dans les conditions et selon le calendrier déterminé au décret susvisé.

Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables et solidaires ».

À noter :

Si Vous avez souscrit l'un des niveaux de garanties responsables et que Vous souhaitez bénéficier du régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin », Vous devez obligatoirement :

- relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou des Bénéfices Non Commerciaux ou des traitements et salaires en application des dispositions de l'article 62 du Code général des impôts ;
- être affilié à un *Régime Obligatoire* d'assurance maladie français ;
- être à jour du paiement de vos cotisations au titre des Régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquels Vous êtes affilié.

Convention APRIL Santé n° IDM2020S02

Vous adhérez à la Convention d'assurance APRIL Santé n° IDM2020S02 si Vous souscrivez le niveau de garanties Access.

Cette Convention d'assurance est dite non responsable, c'est-à-dire qu'elle ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L.871-1 et L.862-4 du Code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale. Elle n'est donc pas éligible au dispositif d'aide pour une complémentaire santé (CMU) et au régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin ».

2. Qui peut adhérer et être assuré ?

Pour adhérer et être assuré au titre de l'une des Conventions d'assurance APRIL Santé, le proposant doit :

- résider en France Continentale, Corse
- relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire français.

Peuvent également être assurés au titre de ces Conventions, votre *Conjoint* et vos *Enfants*, ayants droit aux prestations en nature d'un *Régime Obligatoire* d'assurance maladie français. Ils sont alors inscrits au *Certificat d'adhésion*.

Attention : L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et de chacun des Assurés. Ils doivent en conséquence répondre aux questions posées par l'organisme assureur qui sont de

À NOTER

Si au cours de la vie du contrat votre situation devait changer, n'oubliez pas d'en informer APRIL Santé Prévoyance en suivant les indications de l'article 8 de la présente Notice.

nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend à sa charge.

Toute inexactitude, omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle établie par APRIL dans les informations qui lui seront fournies entraînera l'application des sanctions prévues à l'article L.221-14 et L.221-15 du Code de la mutualité ci-dessous reproduits.

Article L.221-14 du Code de la mutualité :

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

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Lorsque l'adhésion à la mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel, les deux premiers alinéas ne s'appliquent pas.

Article L.221-15 du Code de la mutualité :

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

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

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du précédent alinéa.

3. Que garantissent les conventions APRIL Santé ?

Les Conventions APRIL Santé garantissent le remboursement des frais médicaux et/ou chirurgicaux ainsi que les dépenses de soins de santé.

Ces frais ou dépenses doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité des garanties.

APRIL Santé comprend différents niveaux de garanties :

- un niveau de garanties non responsables : le « Niveau Access » ;
- des niveaux de garanties responsables ;
- des options et renforts de garanties qui peuvent venir compléter le niveau des garanties responsables (le niveau Access ne permet pas la souscription de l'option ni des renforts de garanties).

Les choix des options et renforts de garanties sont liés au niveau de garanties souscrit.

4. Vos garanties

4.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Pour chaque garantie, les montants de remboursement sont précisés au sein du tableau des garanties figurant en annexe en fonction du niveau de garantie souscrit.

Selon les garanties, les montants de remboursement sont exprimés :

- en Frais réels ;
- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la *Sécurité sociale (Base de Remboursement)* ;
- ou sous la forme d'un forfait. Sauf disposition contraire indiquée au tableau des garanties, ces forfaits sont valables par *Année d'Adhésion* et par *Assuré*, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

LES REMBOURSEMENTS SONT TOUJOURS EFFECTUÉS DÉDUCTION FAITE DU REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (SAUF DISPOSITION CONTRAIRE MENTIONNÉE AU TABLEAU DES GARANTIES OU DANS LA PRÉSENTE NOTICE) OU DE TOUT AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ AUPRÈS DUQUEL VOUS POURRIEZ ÊTRE ASSURÉ ET DANS LA LIMITE DE VOS GARANTIES. DANS TOUS LES CAS, VOS REMBOURSEMENTS SONT LIMITÉS AU MONTANT DE VOTRE DÉPENSE RÉELLE.



Quand elles sont contractées sans fraude et conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la Convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

4.2 MODIFICATION DES NIVEAUX DE GARANTIES

Tout changement de niveau ou de renfort de garanties est soumis à étude et acceptation préalable de la part d'APRIL.

4.3 CONTENU DES GARANTIES

Les garanties dont Vous bénéficiez dépendent du niveau de garanties, option et renforts que Vous avez souscrits.

Il convient pour chaque garantie de se reporter à l'article concerné ainsi qu'au tableau des garanties joint à la présente Notice qui précisent les conditions et modalités de prise en charge.

Les montants et les plafonds de garanties sont indiqués au sein du tableau de garanties.

Pour pouvoir être remboursés, les frais engagés doivent avoir fait l'objet d'une prise en charge par le **Régime Obligatoire**.

Sauf disposition contraire mentionnée dans la présente Notice ou dans le tableau des garanties, les frais non pris en charge par le **Régime Obligatoire** ou pris en charge mais non remboursés ne sont pas garantis.

Limitation :

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement de la Sécurité sociale** (à l'exception des garanties 100% Santé, des médicaments et Honoraires en cas d'*Hospitalisation* à la suite d'un *Accident*) ainsi que les équipements optiques de classe B (Offre libre), font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré.

En fonction du niveau de garanties souscrit, Vous avez la possibilité lors de votre adhésion de souscrire **une option permettant le rachat de la limitation**. Dans ce cas le niveau de garanties des Assurés ne fera pas l'objet d'une limitation au cours des trois (3) premiers mois qui suivent la prise d'effet des garanties.

ATTENTION : Cette option ne peut être souscrite qu'au moment de l'adhésion. Si cette option est souscrite, il ne sera pas possible de la supprimer, elle s'appliquera pour tous les Assurés quel que soit la date de prise d'effet de leurs garanties y compris en cas d'ajout d'un Assuré.

L'option rachat de la limitation n'est pas applicable sur les renforts de garanties.

Délai d'attente :

Les frais engagés au titre des garanties non remboursées par la **Sécurité sociale** et exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré ; sauf s'ils sont consécutifs à un **Accident** dont l'Assuré est victime après la prise d'effet des garanties.

Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

4.3.1 HOSPITALISATION

Sont pris en charge au titre de cette garanties les frais de soins dits "de courte durée" dispensés au cours d'une *Hospitalisation* selon les modalités suivantes :

Hospitalisation en Secteur conventionné :

Séjours en Médecine, Chirurgie, Hospitalisation à domicile et Maternité

Frais de séjour

En cas d'*Hospitalisation*, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à votre charge après un remboursement partiel de la **Sécurité sociale**.

Forfait journalier hospitalier

Est pris en charge le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une *Hospitalisation*. Le montant de ce forfait est réglementé et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

CONSEIL

En cas d'hospitalisation, pensez à faire une demande de prise en charge sur votre Espace Assuré : www.april.fr.

Les frais pris en charge par votre contrat seront ainsi directement réglés par APRIL Santé Prévoyance à l'hôpital ou à la clinique, ce qui vous évite des avances de frais importantes.

Honoraires

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une *Hospitalisation* (y compris en cas d'*Hospitalisation* à domicile) ou à une intervention chirurgicale.

Le niveau de prise en charge varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un *Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)* prévu par la convention nationale médicale.

Séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés ainsi que les séjours en psychiatrie en Secteur conventionné

Si Vous avez souscrit un niveau de garanties responsables :

Le forfait journalier hospitalier, les frais de séjour, les honoraires et frais médicaux pour :

- les séjours en soins de suite, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec *Hospitalisation*, les frais de maison de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues.
- les *Hospitalisations* pour motif psychiatrique prises en charge par la *Sécurité sociale*.

Hospitalisation en Secteur non conventionné

Sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de séjour et de soins pris en charge par la *Sécurité sociale*.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la *Base de Remboursement* de la *Sécurité sociale*.

4.3.2 SOINS COURANTS

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

Les honoraires médicaux

Sont pris en charge les honoraires pratiqués pour :

- une consultation au cabinet du médecin (généraliste ou spécialiste) ou pour une visite effectuée par ce dernier à domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes).
- les actes techniques médicaux, actes de chirurgie, actes obstétricaux et actes d'imagerie médicale.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un *Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)* prévu par la convention nationale médicale.

Les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors parcours de soins coordonnés » sont soumis à des conditions de remboursement spécifiques :

La Convention ne prendra pas en charge la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la *Sécurité sociale*) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats dits « responsables ».

- les honoraires paramédicaux,
- les frais d'analyse et examens de laboratoires,

A noter : les frais de santé listés ci-dessus sont pris en charge y compris en soins externes et à domicile.

Sont également pris en charge :

- les frais de transport dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin,
- les médicaments remboursés par la Sécurité sociale,
- Le matériel médical,

Sont pris en charge au titre de cette garantie les prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèses Auditives et accessoires optiques).

4.3.3 AIDES AUDITIVES

Sont pris en charge les dispositifs médicaux visant à compenser une perte d'audition (audioprothèse/appareil auditif).

Équipement « 100% Santé » et dispositions spécifiques aux contrats « responsables et solidaires » (niveau de garanties responsables)

Si Vous avez souscrit un niveau de garanties responsables, à compter du 1^{er} janvier 2021, la prise en charge des équipements auditifs s'effectue selon les dispositions du décret n°2019-21 relatif aux

CONSEIL

Respectez le parcours de soins !
Si vous n'avez pas déclaré votre médecin traitant ou si vous consultez directement un médecin sans être orienté par votre médecin traitant, vous serez considéré comme étant en dehors du parcours de soins coordonnés. Vos consultations seront donc moins bien remboursées.

À NOTER

Certains transports prescrits par votre médecin peuvent ne pas donner lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie. Renseignez-vous auprès de votre centre de Sécurité Sociale !



contrats responsables et solidaires. Les équipements « 100% Santé » (équipements de classe I) seront intégralement pris en charge après remboursement du Régime Obligatoire.

Les plafonds de prise en charge et les durées de renouvellement de la garantie AIDES AUDITIVES sont conditionnés au respect du dispositif relatif aux « contrats responsables et solidaires » et figurent au sein du tableau des garanties.

4.3.4 DENTAIRE

Soins dentaires et Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien-dentiste
- les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux.

Soins et Prothèses 100% Santé

Si Vous avez souscrit un niveau de garanties responsables, les frais de prothèses exposés dans le cadre du panier des soins dits « 100% Santé » seront intégralement pris en charge après remboursement du Régime Obligatoire dans les conditions fixées par le décret n°2019-21 relatif aux contrats « responsables et solidaires».

Prothèses (dont offre Modérée ou offre Libre)

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de prothèses dentaires (dont les appareils dentaires) qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité sociale.

Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

Plafonds dentaires

Selon le niveau de garanties souscrit, la prise en charge des soins et prothèses dentaires (à l'exception des soins et prothèses 100% Santé) fait l'objet d'un plafonnement.

4.3.5 OPTIQUE

Seuls les frais d'optique ayant fait l'objet d'une prescription médicale sont pris en charge.

Équipement optique

Dispositions générales

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'équipement d'optique médical remboursés par la Sécurité sociale comme indiqué au sein de votre tableau des garanties en fonction du niveau souscrit, du niveau de correction de vue de l'Assuré et de la complexité des verres (cf. annexe Grilles optiques) .

Équipement 100% Santé et dispositions spécifiques aux contrats « responsables et solidaires » (niveau de garanties responsables)

Si Vous avez souscrit un niveau de garanties responsables, les conditions de prise en charge de l'équipement d'optique médical s'effectuent dans les conditions prévues par le dispositif des contrats « responsables et solidaires ».

La prise en charge des verres et des frais de monture est limitée comme indiqué au tableau des garanties.

Les équipements « 100% Santé » seront intégralement pris en charge après remboursement du Régime Obligatoire dans les conditions fixées par le décret n°2019-21 relatif aux contrats « responsables et solidaires».

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement complet (composé de deux verres et d'une monture) par période de **deux ans à compter du dernier renouvellement** de l'équipement ou par période **d'un an** pour les Assurés de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Un renouvellement anticipé est possible en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières.

● Lentilles

En fonction du niveau de garanties, les frais liés à l'achat de lentilles correctrices médicalement prescrites y compris les lentilles jetables sont pris en charge.

La prise en charge diffère selon que les lentilles sont remboursées ou non par la Sécurité sociale.

Chirurgie réfractive de l'œil, traitement de l'œil au laser, implant oculaire

En fonction du niveau de garantie souscrit, sont pris en charge les frais de chirurgie réfractive de l'œil, les traitements de l'œil au laser et les implants oculaires.

À NOTER

Le détartrage, le traitement d'une carie, la dévitalisation font partie des soins dentaires dits « conservateurs », et les extractions sont des soins dentaires chirurgicaux.

4.3.6 AUTRES PRESTATIONS

- Les dépenses médicales effectuées à l'étranger remboursées par la *Sécurité sociale française* :

Sont pris en charge vos frais médicaux chirurgicaux et/ou d'*Hospitalisation* lors d'un séjour temporaire dans le monde entier **dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la *Sécurité sociale française*.**

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la Base de Remboursement de la *Sécurité sociale*, et exclut tout autre remboursement de la part d'APRIL.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

4.3.7 RENFORTS

En fonction du niveau de garantie souscrit, Vous avez la possibilité de souscrire trois (3) des renforts de garanties :

- un Renfort Hospitalisation ;
- un Renfort Médecines naturelles et Médicaments ;
- un Renfort Optique / Dentaire / Audiologie comportant deux (2) forfaits de garanties

Les modalités, montants et plafonds de prise en charge des renforts de garanties sont précisés au sein du tableau de garanties figurant en annexe.

Modalités de souscription et de résiliation des renforts :

Les renforts peuvent être souscrits au moment de l'adhésion à la Convention **APRIL SANTE IDM2020S01** ou en cours d'adhésion. Dans cette seconde hypothèse, les renforts de garanties ne prendront effet au premier (1^{er}) janvier de l'année qui suit la demande.

Comme indiqué au paragraphe 4.3, la limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois s'applique également sur les renforts. L'option rachat de la limitation ne s'applique pas aux renforts.

Vous avez la possibilité de résilier vos renforts de garanties en adressant un courrier par lettre recommandée à APRIL – 114 boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, sous réserve que ces renforts aient pris effet depuis plus de douze (12) mois.

Vous pouvez également adresser Votre courrier par *Lettre Recommandée Electronique* à l'adresse suivante : relationclient@april.com.

Une fois résiliés, les renforts ne pourront plus être souscrits.

Modification des renforts de garanties :

Tout changement de renforts ou de niveau est soumis à étude et acceptation préalable de la part d'APRIL.

Renfort Hospitalisation

Chambre particulière (hors hospitalisation psychiatrique)

Prise en charge des frais de chambre particulière pour des séjours en médecine, chirurgie et maternité.

Frais d'accompagnant

Cette garantie prévoit, en cas d'*Hospitalisation* d'un Assuré, le versement d'un forfait journalier prenant en charge le cas échéant les frais de repas et de lit de l'accompagnant.

Renfort Optique/Dentaire/Audiologie

Vous bénéficiez d'un montant forfaitaire supplémentaire pour vos frais dentaires, optique ou aides auditives.

Renfort Médecines naturelles et Médicaments

Vous bénéficiez d'un forfait permettant une prise en charge de frais non remboursés par la *Sécurité sociale* consécutifs à des actes, soins ou consultations dont la liste est précisée au sein du tableau de garanties.

4.4 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ

Ce service Vous permet de ne pas régler les frais de soins pris en charge par la *Sécurité sociale* auprès des professionnels de santé acceptant le Tiers payant. Cette dispense de paiement est limitée au montant de la *Base de Remboursement* ou au montant des plafonds et forfaits prévus au tableau des garanties.

Pour bénéficier de ce service, Vous devrez présenter au professionnel de santé votre carte Tiers Payant Santé.



5. Ce que les conventions ne prennent pas en charge

Sont exclus de l'ensemble des garanties :

- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires ;
- les séjours en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en longs séjours ;
- les soins esthétiques, les cures de toutes natures, la thalassothérapie ;
- la participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux ;
- la diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonné ;
- les frais de soins non pris en charge par la Sécurité sociale et/ou ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties.

6. Que faut-il faire pour obtenir vos remboursements ?

6.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER

Si Vous bénéficiez de la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et APRIL, vos remboursements s'effectueront automatiquement.

Dans les autres cas, ou si Vous n'utilisez pas le système de télétransmission lors de votre dépense de santé, Vous devrez adresser à APRIL, Service Prestations, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 694396 Lyon Cedex 03 :

- Les originaux des décomptes délivrés par la Sécurité sociale,
- Y compris lorsque la Sécurité sociale n'intervient pas : les originaux des notes ou factures acquittées comportant le numéro SIRET du praticien, précisant le nom et prénom de l'Assuré concerné et les actes ou prestations réalisés pour lesquels un remboursement est prévu au sein du tableau des garanties ainsi que les prescriptions médicales,
- Les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.
- En cas d'Hospitalisation, le bulletin de situation, factures et notes d'honoraires et sur demande, un certificat médical détaillé.

Pour vos frais d'optique : si Vous n'utilisez pas le service Tiers payant Optique, Vous devrez Nous adresser les factures et ordonnances relatives aux frais dont le remboursement est demandé.

Dans le cadre du dispositif relatif aux contrats « solidaires et responsables », en cas de renouvellement anticipé de l'équipement d'optique médical (verres et monture), l'Assuré devra Nous communiquer la prescription médicale et tout justificatif permettant d'attester que ce renouvellement anticipé est consécutif à une évolution de la vue.

À défaut, les frais liés à l'acquisition de l'équipement d'optique médical ne seront pas pris en charge au titre de la garantie Optique.

APRIL pourra demander toutes autres pièces en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de sa demande de prestations.

Les modalités de transmission de ces documents sont détaillées à l'article 9 « Gestion administrative de votre adhésion ».

6.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Organisme assureur est subrogé dans vos droits. Cela signifie que si les frais de santé remboursés sont la conséquence d'un Accident causé par un tiers, APRIL pourra agir contre ce dernier pour récupérer les sommes qui Vous ont été versées. Les modalités de transmission de ces documents sont détaillées à l'article 9 « Gestion administrative de votre adhésion ».

6.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF

APRIL pourra demander à l'Assuré ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Assuré devra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL. De même APRIL pourra faire procéder à des contrôles et/ou enquêtes nécessaires.

À NOTER

La télétransmission permet à APRIL Santé Prévoyance de recevoir de votre Sécurité sociale les informations nécessaires à votre remboursement. Vous n'avez donc rien à faire ! Vous serez remboursé sous 24 heures.

APRIL se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré à tout moment, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, ledit médecin désigné par APRIL doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

Le médecin expert missionné par APRIL sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'Assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Dans ce cas, les frais et honoraires du médecin de l'Assuré resteront à sa charge.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

En cas de contestation d'ordre médical, chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

À NOTER

Vous pouvez être en désaccord avec les conclusions de l'expert et demander l'organisation d'une expertise contradictoire en présence du médecin de votre choix.

7. À partir de quand et pour combien de temps êtes-Vous garanti ?

7.1 MODALITÉS D'ADHÉSION

Si Vous adhérez à la Convention en signant la demande d'adhésion papier, par votre signature, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre contrat dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Si Vous avez choisi d'adhérer à la Convention par internet, Vous signez électroniquement la demande d'adhésion. Pour signer électroniquement, Vous devez renseigner le « code signature » qui Vous aura été personnellement communiqué par SMS (au numéro de téléphone que Vous Nous aurez communiqué sur votre demande d'adhésion). Ce « code signature » a une durée de validité limitée et est strictement personnel et confidentiel. En utilisant ce «code signature », Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous Vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Aussitôt après la signature de votre demande d'adhésion, Vous recevrez un courriel de confirmation à l'adresse électronique que Vous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre demande d'adhésion par APRIL. Vous disposez d'un accès sécurisé sur un site dédié Vous permettant d'accéder à tout moment à l'ensemble des documents.

Les documents signés sont archivés par APRIL chez un tiers certifié et serviront de preuve en cas de différend sur l'application des conditions du contrat

Si votre adhésion s'effectue dans le cadre d'une reprise à la concurrence non déclarée à l'adhésion, il Vous appartiendra de procéder aux formalités de résiliation de l'ancien contrat. Dans ce cas l'Organisme assureur ne sera pas responsable en cas d'interruption de couverture.

À NOTER

Certificat d'adhésion, il est la justification de votre contrat.

7.2 PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

Votre adhésion à la Convention est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL.

Votre date d'adhésion correspond à la date de prise d'effet des garanties que Vous avez indiquée sur votre demande d'adhésion, elle intervient au plus tôt :

- au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL, en cas d'adhésion par papier ;
- au lendemain de la date de signature électronique de votre demande d'adhésion, en cas d'adhésion par internet.

Cette date figure sur le *Certificat d'adhésion* qui Vous sera envoyé sur support papier par voie postale ou mis à votre disposition sur support durable via un accès sécurisé sur votre Espace Assuré.

Votre adhésion est conclue pour une première période s'achevant au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle par tacite reconduction pour douze (12) mois au 31 décembre de chaque année.

Vos garanties sont viagères, c'est-à-dire que l'Organisme assureur ne pourra mettre fin aux garanties sauf dans les cas mentionnés au paragraphe « Cessation de votre adhésion ».

Ajout d'un Assuré :

En cas d'ajout d'un Assuré, ses garanties prennent effet à la date que Vous avez indiquée sur votre demande d'ajout et au plus tôt au lendemain de la date de réception de la demande d'ajout par APRIL.

L'acceptation d'un nouvel Assuré par APRIL est concrétisée par l'émission d'un nouveau *Certificat d'adhésion* précisant la date de prise d'effet des garanties du nouvel Assuré.

À NOTER

Vous n'avez pas à intervenir, votre contrat se renouvelle automatiquement au 1^{er} janvier de chaque année.

Faculté de renonciation :

Conformément aux articles L.221-18 et suivants du Code de la mutualité, Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires.

Le point de départ du délai de renonciation est défini comme suit :

En cas d'adhésion à la convention à distance (article L.221-18 du Code de la mutualité) :

« 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 (14) calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- 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 ; »

En cas d'adhésion suite à un démarchage à domicile (article L.221-18-1 du Code de la mutualité) :

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (...)

Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle ou à l'union si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation ».

Dans ces deux cas, pour exercer votre droit à renonciation :

Vous devez adresser une demande de renonciation dénuée d'ambiguïté à l'adresse suivante :

- Par courrier : APRIL Santé Prévoyance, Service Adhésion Santé, Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON Cedex 03.
- Par courrier électronique : relationclient@april.com

Vous pouvez utiliser le modèle de rédaction suivant :

“Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la convention « APRIL Santé » que j'avais souscrite le par l'intermédiaire du cabinet... Fait à le signature

Vous pouvez également adresser votre courrier par Lettre Recommandée Electronique à l'adresse suivante : relation.client@april.com.

L'adhésion à l'une des Conventions et le bénéfice des garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et Nous Vous rembourserons les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

Si des prestations Vous ont déjà été versées au titre de votre adhésion à l'une des Conventions, Vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

7.3 CESSATION DE VOTRE ADHÉSION

Les garanties et le droit aux prestations cessent pour l'ensemble des Assurés dès la résiliation de votre adhésion dans les cas suivants :

À votre initiative :

- A chaque échéance (soit le 31 décembre de chaque année) par notification adressée au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre).

Le délai de préavis est décompté à partir de la date de notification.

Votre résiliation prendra effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

- A tout moment, après douze (12) mois d'adhésion.

Votre résiliation prendra alors effet un mois à compter de la date de réception de votre notification. Nous Vous adresserons un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

- En cas de modification des conditions de votre contrat à l'initiative de l'Organisme assureur, Vous disposez d'un délai de 30 (trente) jours à compter de la notification pour résilier votre adhésion en raison de ces modifications.

À NOTER

Certificat d'adhésion, il est la Vous disposez d'un délai pour renoncer à votre contrat si ce dernier a été signé suite à une visite ou une sollicitation d'un assureur-conseil à votre domicile ou sur votre lieu de travail (même si cette visite s'est faite à votre demande). Le délai de renonciation commence à courir à partir de la date d'émission du certificat d'adhésion.

La résiliation doit être notifiée à APRIL selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) adressée à l'adresse suivante : 114 Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03
- Par *Lettre Recommandée Electronique* ou courrier électronique adressée à l'adresse suivante : relationclient@april.com
- A l'aide du formulaire mis à disposition sur votre Espace Assuré.

Vous serez redevable de la part de cotisation correspondant à la période jusqu'à laquelle vos garanties sont en vigueur. En cas de trop versé de votre part, Nous Vous rembourserons sous un délai de trente (30) jours à compter de la date de résiliation de vos garanties.

A l'initiative d'APRIL :

- en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation »,
- en cas de dénonciation de la Convention par l'Association des Assurés APRIL ou l'Organisme assureur à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de l'Association. Vous en serez informé par l'Association et l'Organisme assureur Vous maintiendra le bénéfice de vos garanties.

En cas de fausse déclaration, conformément au paragraphe 10 « Sanctions en cas de fausse déclaration ».

A noter :

Chaque Assuré cesse d'être garanti dès lors qu'il ne relève plus d'un *Régime Obligatoire* d'assurance maladie français.

8. Votre cotisation

8.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- De l'âge de chaque Assuré à la date de prise d'effet des garanties (l'âge est calculé par différence de millésime entrée l'année de prise d'effet des garanties et l'année de naissance),
- Du niveau de garanties, option et renforts que Vous avez souscrit,
- De la composition de la famille assurée,
- Du *Régime Obligatoire* de chaque Assuré,
- Du département de *Résidence* de l'Adhérent.

En cas de modification du niveau et/ou renforts de garanties ou de changement de *Régime Obligatoire* d'un Assuré, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge des Assurés à la date de prise d'effet de ladite modification.

Les taxes actuelles à la charge des Adhérents sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

8.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation évolue contractuellement de deux et demi pour cent (2.5%) au premier (1^{er}) janvier de chaque année.

A ce taux, peut s'ajouter l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'*Année d'Adhésion*, de l'âge de chaque Assuré, de la zone géographique de la *Résidence*, de la composition de la famille assurée, du *Régime Obligatoire* et des garanties souscrites.

En tout état de cause, tout changement du taux des taxes ou toute instauration de nouvelles impositions applicables à la Convention, toute évolution de la réglementation ou de la législation applicable à la Convention, entraînera une modification du montant de la cotisation.

Vous disposez d'un délai de 30 (trente) jours suivant la réception de votre avis d'échéance pour résilier votre Adhésion en raison de cette augmentation, dans les conditions définies au paragraphe 7.3 des présentes.

Les augmentations de cotisations ont lieu :

- Chaque année au 1^{er} janvier,
- Ou éventuellement en cours d'année **en cas de modification de la réglementation applicable** ou si les montants pris en charge par les conventions d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés suite à l'évolution de la réglementation de la *Sécurité sociale*.

8.3 LES MODES DE PAIEMENT

La cotisation est payable d'avance annuellement, par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.



Elle peut faire l'objet d'un fractionnement selon le mode de paiement que Vous avez choisi :

- semestriel,
- trimestriel (par prélèvement automatique seulement),
- mensuel (par prélèvement automatique seulement).

8.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?

A défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, APRIL Vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties trente (30) jours plus tard.

Après un nouveau délai de dix (10) jours, votre adhésion sera résiliée.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du jour du paiement.

À NOTER

En cas de radiation pour non paiement nous ne serons plus en mesure de remettre en vigueur vos garanties.

9. La gestion administrative de votre adhésion à la convention

La gestion de votre adhésion est confiée à APRIL. L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent donc être transmis directement à APRIL.

Votre adhésion est établie d'après les déclarations que Vous avez faites lors de votre adhésion et pendant la durée de celle-ci.

Au cours de votre adhésion, Vous devez déclarer à APRIL, dès que Vous en avez connaissance, et au plus tard dans les trois (3) mois, tout changement concernant les critères ayant servi à la détermination de la cotisation à l'adhésion.

Si la modification entraîne un changement du montant de la cotisation, Vous avez trente (30) jours pour accepter ou refuser cette proposition. En cas de refus, la résiliation de votre adhésion prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

Comment s'adresser à APRIL ?

L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent être transmis à APRIL par l'intermédiaire de votre Espace assuré ou par courrier à l'une des adresses suivantes :

- Pour toutes demandes relatives au règlement des prestations : APRIL Santé Prévoyance, Service Prestations, TSA 60002, 69439 Lyon Cedex 03,
- Pour toute autre demande relative à Votre contrat : APRIL Santé Prévoyance, Service Adhésion Santé, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

Votre Espace Assuré :

L'ensemble des informations devant être portées à la connaissance d'APRIL, les demandes de modifications et de remboursement doivent être formulées sur votre Espace Assuré. Il s'agit d'un espace sécurisé dont l'accès est protégé par un identifiant et un mot de passe personnels, disponible sur <https://monespace.april.fr>. L'identifiant et les modalités de connexion Vous sont adressés par APRIL lors de l'adhésion.

Les rubriques dédiées de votre Espace Assuré Vous permettent de consulter vos documents contractuels, les échanges avec nos services de gestion et d'avoir accès à l'ensemble de vos données personnelles et remboursements ou demandes de remboursement.

Des formulaires sont disponibles en ligne afin de Vous permettre d'effectuer chacune des demandes de modifications concernant votre contrat, notamment les changements de garanties, les modifications de bénéficiaires, les modifications d'IBAN (concernant le prélèvement des cotisations ou le versement de vos prestations) ainsi que la résiliation de votre adhésion.

Comment APRIL s'adresse à Vous dans la cadre de la gestion de votre adhésion ? :

Les informations relatives à l'exécution de votre adhésion Vous seront transmises par APRIL à l'adresse email que Vous avez communiquée. Vous pouvez à tout moment demander, par écrit, à APRIL, de cesser ce mode de communication.

De plus, l'ensemble des documents liés à votre adhésion seront consultables sur votre Espace Assuré. En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, Vous devez avertir APRIL dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers ou courriels transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

10. Sanctions en cas de fausse déclaration

Toute omission, réticence, fausse déclaration établie par APRIL dans les informations qui lui seront fournies expose l'Assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

11. Prescription

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme des délais fixés par les articles suivants du Code de la mutualité :

- Article L.221-11 : « Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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 fausse 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. Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° de l'article L. 111-1, 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, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant. »

- Article L.221-12 : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »
- Article L.221-12-1 : « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).
- cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

12. Que faire en cas de réclamations ?

Pour toute réclamation, Vous pouvez vous adresser en premier lieu à votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis votre Espace Assuré.

Si la réponse ne Vous satisfait pas, Vous pouvez adresser en second lieu votre demande à notre Service Réclamation par mail : reclamations@april.com ou par courrier : Service Réclamations –

À NOTER

Si vous laissez passer ces délais, toute action deviendra impossible.

À NOTER

Pour que votre contrat soit toujours adapté à votre situation, pensez à nous informer de tout changement. De même en cas de naissance d'un enfant, si vous l'assurez au titre de ce contrat dans les deux mois suivant sa naissance, il bénéficiera des garanties à partir de sa naissance.

À NOTER

Vous pouvez retrouver les coordonnées complètes de votre Assureur conseil sur votre Certificat d'adhésion ou sur l'Espace Assuré en vous connectant sur : www.april.fr

APRIL Santé Prévoyance – 114 Bd Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03.

Vos interlocuteurs seront attachés à Vous apporter une réponse sous dix (10) jours ouvrables ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, Nous Nous engageons à Vous communiquer le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder deux (2) mois.

Médiation :

Si le désaccord persiste après épuisement des voies internes de traitement des réclamations, Vous pouvez faire appel au Médiateur compétent :

- Toute demande de médiation doit être précédée d'une réclamation écrite auprès de nos services. Si la réponse apportée ne Vous satisfait pas ou si Vous n'avez pas obtenu de réponse depuis plus de deux (2) mois, Vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française dans un délai d'un an suivant la date de votre réclamation.
- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.
- Cette démarche ne Vous empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours si Vous le souhaitez.
- Le Médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance.

Vous pouvez contacter le Médiateur de la Mutualité Française :

- Par courrier : le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF), 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.
- Ou par courrier électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site du Médiateur de la Mutualité Française : <http://www.mediateur-mutualite.fr> – Rubrique : saisir le Médiateur.

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance par Internet, Vous pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Nous Vous conseillons de toujours Vous adresser au préalable à notre Service Réclamations qui Vous orientera au mieux et pourra Vous fournir des informations sur la constitution du dossier de demande de médiation.

13. Protection de vos données

Dans le cadre de votre contrat d'assurance, l'Organisme assureur et APRIL Santé Prévoyance collectent et traitent des données personnelles Vous concernant et concernant chaque assuré en qualité de responsables conjoints de traitement.

Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui a été fournie lors du parcours d'adhésion au contrat d'assurance et qui est également accessible sur votre Espace Assuré.

Par ailleurs, Nous Vous informons que :

- l'Organisme assureur est seul responsable de certains traitements de données personnelles Vous concernant et concernant chaque assuré. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Politique de protection des données personnelles de l'Organisme assureur disponible sur son site internet via le lien suivant : <https://www.identites-mutuelle.com/sites/default/files/informations/donneespersonnelles.pdf>
- APRIL Santé Prévoyance est seule responsable de certains traitements de données personnelles Vous concernant et concernant chaque assuré. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui a été fournie lors du parcours d'adhésion au contrat d'assurance et qui est également accessible sur votre Espace Assuré.

Lexique

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et violente d'une cause extérieure, dont l'Assuré est victime pendant la période de validité de ses garanties.

Année d'Adhésion

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties portée au *Certificat d'adhésion* pour chaque Assuré.

Base de Remboursement

Tarif de base déterminé par l'Assurance Maladie Française comme référence pour le calcul des remboursements (le montant remboursé par la *Sécurité sociale* résulte de l'application d'un taux de remboursement sur ce tarif de base).

Ce tarif de base peut, selon les actes, être désigné par l'Assurance Maladie sous les termes **TA, TC, TFR** ou **TR**.

Certificat d'adhésion

Document remis à l'Adhérent constatant son adhésion à la Convention et qui précise les garanties souscrites, leur date d'effet et le niveau choisi.

Conjoint

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif, le (a) concubin(e) déclaré(e) ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

Le *DPTAM* est un terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

Le CAS, l'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO vise de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, Vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale.

Par ailleurs, les contrats d'assurance santé complémentaire qui prévoient une prise en charge des dépassements d'honoraires doivent prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTAM par rapport aux médecins non adhérents, y compris les médecins non-conventionnés.

Pour connaître les médecins adhérent à un *DPTAM*, Vous pouvez consulter le site ameli-direct.fr.

Enfant(s)

Les *Enfants* à charge de l'Adhérent ou de son *Conjoint*, jusqu'au 31 décembre de leur 20^{ème} anniversaire, bénéficiant des prestations en nature d'un *Régime Obligatoire*.

La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française.

Hospitalisation

Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilitée(e) à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

Sont également considérés comme une *Hospitalisation* au sens du contrat, les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (*Hospitalisation ambulatoire*) et les *Hospitalisations* à domicile (H.A.D.) prises en charge par la *Sécurité sociale*.

Lettre Recommandée Electronique

Pour être conforme et recevable, une *Lettre Recommandée Electronique* doit être acheminée par un tiers selon un procédé permettant d'identifier le tiers, de désigner l'expéditeur, de garantir l'identité du destinataire et d'établir si le document a été déposé et remis au destinataire conformément aux dispositions de l'article L.100 du Code des Postes et des Communications Electroniques.

Maladie

Altération de la santé constatée par une autorité médicale pendant la période de garantie.

Régime Obligatoire

Le Régime français de *Sécurité sociale* auquel est affilié l'Assuré.



Résidence

Lieu de situation du logement que l'Adhérent occupe habituellement et effectivement avec sa famille.

Secteur conventionné

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la *Sécurité sociale* et pratiquant des tarifs contrôlés. Au sein du *Secteur conventionné*, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la *Sécurité sociale*.

Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de la *Sécurité sociale*. Le ticket modérateur et le dépassement de la *Base de Remboursement* du *Régime Obligatoire* sont alors à la charge de l'assuré social.

Secteur non conventionné

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la *Sécurité sociale* et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la *Sécurité sociale* est alors effectué sur une base minorée.

Sécurité sociale

Terme générique utilisé dans la présente Notice pour désigner le régime d'Assurance Maladie auprès duquel l'Assuré est affilié.

TA (Tarif d'Autorité)

Base de Remboursement de la *Sécurité sociale* établie entre la *Sécurité sociale* française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (Tarif de Convention)

Base de Remboursement établie entre la *Sécurité sociale* française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité)

Base de Remboursement calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établie par arrêté ministériel.

TM (Ticket Modérateur)

Différence entre la *Base de Remboursement* et la part effectivement prise en charge par la *Sécurité sociale*.

TR (Tarif de Responsabilité)

Cela vise :

- le Tarif de Convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le Tarif d'Autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

Garanties APRIL Santé

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables (hors niveau Access) et respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100% Santé, Médicaments et Honoraires en cas d'Accident) ainsi que les équipements optiques de classe B (Offre libre) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré sauf en cas de rachat. Les garanties prises en charge dans les Renforts ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré que l'option rachat ait été souscrite ou non. Passé ce délai de (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

Non responsable

		Niveau Access	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium	Limitation	
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*										
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ										
Frais de séjour		Frais réels	Frais réels							
Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels							
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	100 % BR	
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR	100 % BR	
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE										
Frais de séjour			Frais réels							
Forfait journalier hospitalier		-	Frais réels							
Honoraires et frais médicaux			100 % BR							
SOINS COURANTS										
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	100 % BR	
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR		
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	100 % BR	
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR							
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100 % BR	100 % BR							
Forfait Patient Urgence et forfait actes lourds		Frais réels	Frais réels							
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %		100 % BR	100 % BR							
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % et 15 %		-	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR		
Transport		100 % BR	100 % BR							
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage – hors prothèse auditive et accessoire optique		100 % BR	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	100 % BR	
DENTAIRE										
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	100 % BR	
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale ⁽²⁾		100 % BR	Frais réels							
Prothèses dentaires « Offre Modérée » ⁽²⁾ et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR	100 % BR	
Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée » ⁽²⁾ et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale ⁽²⁾ – hors soins et prothèses dentaires « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale		-	-	-	1500 € au-delà 100 % BR	2000 € au-delà 100 % BR	2500 € au-delà 100 % BR	2500 € au-delà 100 % BR		
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR	100 % BR	

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100% Santé, Médicaments et Honoraires en cas d'Accident) ainsi que les équipements optiques de classe B (Offre libre) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré sauf en cas de rachat. Les garanties prises en charge dans les Renforts ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré que l'option rachat ait été souscrite ou non. Passé ce délai de (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

Non
responsable

	Niveau Access	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium	Limitation
OPTIQUE								
	Forfait Lunette ⁽⁴⁾	La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en Classe B et 30 € en Classe A. Le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans sur les niveaux responsables à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue ou en cas de souscription du niveau Access non responsable. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.						
Équipement « 100% Santé » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appariage et d'adaptation de la correction visuelle ⁽³⁾	Se reporter au forfait « Équipements optique » de classe B ci-dessous	Frais réels						
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B		Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.						
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)	50 €	100 % BR	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €	100 % BR
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)		100 % BR	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €	
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)		100 % BR	200 €	200 €	250 €	300 €	350 €	
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)		100 % BR	50 % des frais réels					
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	30 €	100 % BR	100 % BR + 35 €	100 % BR + 70 €	100 % BR + 120 €	100 % BR + 170 €	100 % BR + 200 €	100 % BR
Lentilles refusées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion**	-	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	-
Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie) – par année d'adhésion**	-	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	-

AIDES AUDITIVES

Aides auditives ⁽⁵⁾ (Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)								
Équipements « 100% Santé » Classe I	100 % BR	Frais réels						
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille, dans la limite de 1 700 € par oreille, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR						
Accessoires	100 % BR	100 % BR						

AUTRES PRESTATIONS

Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 % BR	100 % BR						
---	----------	----------	--	--	--	--	--	--

BR : Base de Remboursement

* En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

** Les frais engagés au titre de ces garanties ne donneront lieu à aucun remboursement au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque assuré sauf exceptions mentionnées au sein de la Notice.

(1) Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTMA-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

(2) Tels que définis réglementairement. Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du panier « 100 % Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite des honoraires de facturations prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(3) Tels que définis réglementairement. Les frais optiques exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite des prix limites de vente prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(4) S'agissant des lunettes, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement Classe A « 100% Santé » ou Classe B « Offre Libre » composé de deux verres et d'une monture par période d'un an. Non cumulable d'une année sur l'autre.

(5) Au 1^{er} janvier 2021, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la facturation de l'équipement. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par l'audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

<input type="checkbox"/>	Option Rachat de la limitation pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat	En souscrivant cette option, les garanties prévues au contrat (hors renforts éventuellement souscrits) ne sont pas limitées pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat										
<input type="checkbox"/>	Renfort Hospitalisation HORS Niveau Access et Essentiel*	Niveau Access	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium				
	Chambre particulière – par jour et par assuré – dans la limite de 30 jours pour les séjours en Médecine Chirurgie Maternité, Établissements de soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés. Hors hospitalisation psychiatrique	-	-	30 €	50 €	60 €	80 €	110 €				
	Frais accompagnant (lit et frais de repas) – par jour – dans la limite de 30 jours pour les séjours en Médecine Chirurgie Maternité, Établissements de soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés. Hors hospitalisation psychiatrique	-	-	15 €	25 €	30 €	35 €	50 €				
<input type="checkbox"/>	Renfort Médecines naturelles et Médicaments HORS Niveau Access et Essentiel*	Niveau Access	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium				
	Forfait Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, lumniothérapeute, hypnothérapeute – par année d'adhésion et par assuré	-	-	45 €	75 €	100 €	125 €	150 €				
	Forfait Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale – par année d'adhésion et par assuré	-	-	35 €	40 €	50 €	60 €	70 €				
<input type="checkbox"/>	Renfort Optique/Dentaire/Audiologie HORS Niveau Access et Essentiel*	Niveau Access	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium		Niveau Confort		Niveau Intégral		Niveau Premium	
	Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie, (sauf esthétique) – par année d'adhésion et par assuré	-	-	50 €	Forfait 1	Forfait 2	Forfait 1	Forfait 2	Forfait 1	Forfait 2	Forfait 1	Forfait 2
	Renfort optique : forfait supplémentaire sur les verres « Offre libre » Classe B uniquement – par assuré, valable tous les deux ans à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.	-	-	+ 50 €	+ 50 €	+ 100 €	+ 50 €	+ 100 €	+ 50 €	+ 100 €	+ 50 €	+ 100 €
	Renfort Aides auditives – le forfait se renouvelle tous les 4 ans, et à partir du 1 ^{er} janvier 2021, à compter de la dernière acquisition pour l'« Offre libre » Classe I	-	-	150 €/oreille	150 €/oreille	350 €/oreille	150 €/oreille	350 €/oreille	150 €/oreille	350 €/oreille	150 €/oreille	350 €/oreille

* Les frais engagés au titre de ces garanties ne donneront lieu à aucun remboursement au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque assuré sauf exceptions mentionnées au sein de la Notice.

GRILLE OPTIQUE

CATÉGORIE 1

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00]
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [-6,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ + 4,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 6,00

CATÉGORIE 3

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [- 6,00 et 0 s] et dont le cylindre est > à + 4,00
 - dont la sphère est < à -6,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 6,00
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques
 - dont la sphère est [-8,00 et + 8,00]
 - dont la sphère est hors zone de [- 4,00 à + 4,00]
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est > à + 4,00

CATÉGORIE 2

- 1 Verre de la catégorie 1
- Et
- 1 Verre de la catégorie 3

- dont la sphère est < à - 8,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
- dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 8,00
- dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 8,00

ou

- 1 Verre de la catégorie 3
- Et
- 1 autre Verre de la catégorie 3

* Somme S = (sphère + cylindre)

EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION DES ASSURÉS APRIL

**LES STATUTS COMPLETS ET LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR SONT CONSULTABLES SUR INTERNET À L'ADRESSE SUIVANTE : WWW.ASSOCIATION-ASSURES-APRIL.FR
MIS A JOUR LE 17 AVRIL 2018**

ARTICLE 2. OBJET

Cette Association a pour objet :

- d'étudier, rechercher, souscrire, développer tout type de produits d'assurances, d'assistance et de services, notamment dans le domaine de la prévoyance, de la santé, de la retraite, en vue d'optimiser pour ses Membres Adhérents, la souscription de garanties complémentaires ou sur complémentaires ou à partir du 1^{er} euro, intervenant en tant que de besoin en sus de celles découlant des **Régimes obligatoires** notamment par la signature de contrats collectifs d'assurances à adhésion facultative ou obligatoire ;
- de sensibiliser ses Membres Adhérents aux thèmes essentiels de la prévention dans le but de leur permettre, d'une part, d'entretenir leur capital santé et d'autre part, d'obtenir des organismes d'assurances des conditions préférentielles qui prennent en compte les comportements responsables de ses Membres Adhérents en matière de santé ;
- de réaliser des études statistiques et des analyses sur les comportements de la vie quotidienne de ses Membres Adhérents dans le domaine de la protection sociale ;
- de mettre en place des actions de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés à travers un Fonds d'Actions Solidaires.

ARTICLE 5. COMPOSITION

L'Association se compose de Membres Adhérents qui se distinguent entre :

- les Membres Adhérents ;
- les Membres Adhérents ayant la qualité de travailleurs non-salariés ;
- les Membres Adhérents Collectifs qui sont les entreprises, organismes ou autres personnes morales ayant souscrit à l'une des conventions souscrites par l'Association pour le compte de leurs salariés.

Pour faire partie de l'Association, il faut être admis à l'assurance dans le cadre de l'une des conventions souscrites par l'Association et être en règle de sa cotisation associative.

La qualité de Membre Adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de la cotisation associative, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion à la convention d'assurance par l'organisme assureur. A défaut d'acceptation, le montant de la cotisation associative sera remboursé au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

Sont également Membres Adhérents, mais sans voix délibérative, sur décision du Conseil d'Administration :

- les personnes physiques ou morales rendant ou ayant rendu des services signalés à l'Association, dites membres d'honneur ou honoraires ;
- les personnes physiques ou morales ayant effectué un don ou legs à l'Association, dites membres bienfaiteurs.

ARTICLE 6. PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE ADHÉRENT

La qualité de membre Adhérent se perd :

- par décès, disparition ou absence pour les personnes physiques ;
- par la liquidation ou la dissolution amiable ou judiciaire pour les personnes morales ;
- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association ;

- par la perte de la qualité d'assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association (résiliation, radiation, renonciation) ;
- par la démission adressée à l'intention du Président au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception. A ce courrier devra être jointe, la copie du courrier, délivrée par l'organisme de gestion du (des) contrat(s), confirmant leur résiliation ; lesdites résiliations devant respecter les conditions définies à la (aux) notice(s) d'information valant conditions générales du (des) contrat(s).

En tout état de cause, la cotisation éventuellement appelée au titre de l'année de perte de la qualité de Membre Adhérent reste acquise à l'Association.

ARTICLE 8. OPPOSABILITÉS AUX MEMBRES ADHÉRENTS

Toute adhésion à l'Association s'inscrit dans le cadre de conventions d'assurance conclues entre l'Association et des organismes assureurs. Le contenu de ces conventions, mentionnant notamment les conditions et conséquences d'une résiliation des conventions par l'Association ou l'organisme assureur, est remis aux Membres Adhérents lors de leur adhésion à l'Association et au contrat sous la forme de notice d'information valant conditions générales.

ARTICLE 9. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations de ses Membres Adhérents ;
- du revenu de ses biens ;
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- des subventions ou versements autorisés par la loi ;
- de toutes autres ressources non interdites par la loi.

ARTICLE 11. FONDS D' ACTIONS SOLIDAIRES

Il est institué la création d'un Fonds d'Actions Solidaires destiné au financement des actions de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Membres Adhérents.

Le montant de la dotation annuelle du Fonds d'Actions Solidaires est arrêté par le Conseil d'Administration qui en fixe les orientations, les missions et les règles de fonctionnement.

Les différentes Actions Solidaires menées par l'Association et leurs conditions d'accès et d'attribution sont définies dans le Règlement Intérieur.

ARTICLE 13. ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

1. Assemblées Générales

1.1. Assemblée Générale Ordinaire

Au moins une fois par an, les Membres Adhérents sont convoqués en Assemblée Générale Ordinaire dans les conditions prévues ci-dessous.

L'Assemblée Générale Ordinaire entend :

- le rapport sur la gestion établi par le Conseil d'Administration portant notamment sur le fonctionnement des conventions d'assurance souscrites par l'Association. Ce rapport est tenu à la disposition des Membres Adhérents qui en font la demande ;
- les rapports du commissaire aux comptes ;
- le rapport moral ;
- le rapport financier.

L'Assemblée Générale Ordinaire, après avoir délibéré et statué sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos (année civile) et délibère sur toutes les autres

questions figurant à l'ordre du jour.

Elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'Administration dans les conditions prévues à l'Article 12 des présents statuts.

1.2. Assemblée Générale Extraordinaire

Elle est convoquée dans les conditions définies ci-dessous.

L'Assemblée Générale Extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence : les modifications à apporter aux statuts, les opérations de fusion ou de dissolution.

2. Convocation

2.1. Convocation aux Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

Les Membres Adhérents de l'Association tels que définis à l'article 5, adhérents au jour de la décision de la convocation, en règle de leur cotisation associative, sont réunis au moins une fois par an, en Assemblée Générale Ordinaire et en tant que de besoin en Assemblée Générale Extraordinaire.

Les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires se composent de tous les Membres Adhérents de l'Association, en règle de leur cotisation associative.

La convocation est nominative et est valablement faite au choix du Conseil d'Administration :

- soit par lettre simple ou courrier électronique envoyé au moins soixante jours calendaires avant la date de l'Assemblée Générale ;
- soit par annonce au sein d'une publication destinée à tous les Membres Adhérents.

Les Assemblées Générales se réunissent sur convocation du Président de l'Association, ou pour ce qui concerne les Assemblées Générales Extraordinaires, sur la demande d'au moins 10% des Membres Adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée Générale Extraordinaire doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée Générale Extraordinaire doit être tenue dans les trente jours suivant l'envoi desdites convocations.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du Conseil d'Administration.

Seront également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent Membres Adhérents, dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au Président de l'Association quarante-cinq jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'Assemblée Générale.

Seules seront valables les résolutions prises par l'Assemblée Générale sur les points inscrits à son ordre du jour.

En outre, les convocations doivent mentionner qu'à défaut de quorum elles tiennent lieu de convocations à une seconde Assemblée Générale.

3. Droit de vote

3.1. Droit de vote aux Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

Tout Membre Adhérent dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'Assemblée Générale Ordinaire et Extraordinaire.

Les Membres Adhérents personnes morales sont représentés par leur représentant légal.

Chaque Membre Adhérent personne physique, a la faculté de donner mandat à un autre Membre Adhérent ou à son conjoint. Un même Membre Adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote. Le mandat donné vaut pour une seule Assemblée Générale ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint ou si deux Assemblées - Ordinaire et Extraordinaire - se tiennent le même jour.

Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président ou à son délégataire au sein du Conseil d'Administration et donnent lieu à un vote à

l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

3.1.1 Assemblée Générale Ordinaire

Les décisions de l'Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité des votes exprimés.

Toutes les délibérations sont prises à main levée. Toutefois, si le quart au moins des Membres Adhérents présents le demande, les votes sont émis au scrutin secret.

Pour l'élection des membres du Conseil d'Administration, le vote secret est obligatoire.

3.1.2 Assemblée Générale Extraordinaire

Les décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des Membres Adhérents présents ou représentés.

Les votes ont lieu à main levée, sauf toutefois si le quart au moins des Membres Adhérents présents demande les votes sont émis au scrutin secret.

4. Tenue des Assemblées

La Présidence des Assemblées appartient au Président de l'Association qui peut déléguer ses fonctions au Vice-Président et à défaut à un autre Administrateur.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le Président et le Secrétaire. Les procès-verbaux peuvent être consultés au siège de l'Association.

Il est tenu une feuille de présence certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées obligent par leurs décisions tous les Membres Adhérents concernés y compris les absents.

4.1. Tenue des Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires

Les Assemblées Générales Ordinaire et Extraordinaire ne peuvent valablement délibérer que si au moins mille Membre Adhérents sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des Membres Adhérents présents ou représentés.

A défaut de quorum, la seconde Assemblée Générale pourra se tenir à la suite de la première sur le même ordre du jour.

Sur décision du Président, les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires pourront être tenues à distance et donner lieu à un vote électronique.



STATUTS IDENTITÉS MUTUELLE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2021

SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ

SIREN 379 655 541

SOMMAIRE

STATUTS IDENTITÉS MUTUELLE

TITRE I : FORMATION OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chapitre 1	Formation et objet de la Mutuelle	Art. 1 à 6
Chapitre 2	Conditions d'adhésion, de démission de radiation et d'exclusion	
	Section 1 - Conditions d'adhésion	Art. 7 à 9
	Section 2 - Radiation, exclusion	Art. 10 à 14

TITRE II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre 1	Assemblée Générale	
	Section 1 - Composition, élections	Art. 15 à 18
	Section 2 - Réunion de l'Assemblée Générale	Art. 19 à 26
Chapitre 2	Conseil d'Administration	
	Section 1 - Composition, élections	Art. 27 à 31
	Section 2 - Réunion du Conseil d'Administration	Art. 32 à 33
	Section 3 - Attributions du Conseil d'Administration	Art. 34 à 45
	Section 4 - Obligations des administrateurs	Art. 46 à 52
Chapitre 3	Président et Bureau	Art. 53 à 56
Chapitre 4	Organisation financière	
	Section 1 - Produits et charges	Art. 57 à 59
	Section 2 - Modes de placement et de retrait de fonds	
	Règles de sécurité financière	Art. 60 à 61
	Section 3 - Commissaire aux Comptes	Art. 62 à 64

TITRE III : DISPOSITIONS DIVERSES Art. 65

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Introduction		Art. 1 à 3
	Section 1 - Élection des délégués	Art. 4 à 6
	Section 2 - Assemblée Générale des délégués	Art. 7
	Section 3 - Conseil d'Administration - Bureau	Art. 8 à 11

CHAPITRE 1. FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 : Dénomination de la Mutuelle

*Il est constitué une Mutuelle dénommée
(IDENTITÉS MUTUELLE)*

Personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°379 655 541.

Les présents statuts ont été établis suite à la fusion opérée entre MICOM-PREICOM et la MNIL.

Article 2 : Siège de la Mutuelle

Le siège social de la Mutuelle est fixé au :

24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS.

Il peut être transféré en tout autre lieu par simple décision du Conseil d'Administration, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale.

Article 3 : Objet et activités de la Mutuelle

La Mutuelle a pour objet essentiellement, au moyen de cotisations de ses membres :

- de mener dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide en vue :
 - 1) de couvrir les risques liés à l'accident (y compris accident et maladie professionnelle, branche 1.)
 - 1a prestations forfaitaires
 - 1b prestations indemnitaires
 - 1c combinaisons
 - 2) de couvrir les risques liés à la maladie, branche 2.
 - 2a prestations forfaitaires
 - 2b prestations indemnitaires
 - 2c combinaisons
 - 3) de couvrir les risques liés au décès, branche 20.
- de mener toutes opérations comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine autre que les activités visées aux branches 22 et 26.

La Mutuelle, peut à ce titre,

- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance,
- déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion des contrats collectifs dans le respect des principes définis à l'Assemblée Générale,
- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance,
- créer ou adhérer à une Union de Mutuelles ou à tout groupement mutualiste, notamment adhérer à une Union Mutualiste de Groupe (UMG), ou une Union de Groupe Mutualiste (UGM) ou une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM) ou Société de Groupe Assurantiel de Protection Sociale (SGAPS),
- céder tout ou partie des risques qu'elle couvre à tout organisme habilité à pratiquer la réassurance,
- accepter des risques et engagements en réassurance ou coassurance dans la limite de son objet social
- prendre des participations dans tout type de société.

Article 4 : Règlement Intérieur

Un règlement intérieur, établi par le Conseil d'Administration et ratifié par l'Assemblée Générale, détermine les conditions d'application des présents statuts.

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

Le Conseil d'Administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement : celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée Générale.

Article 5 : Règlements mutualistes

En application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité, un (des) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par le Conseil d'Administration,

défini(ssen)t 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. Toutefois, les cotisations dues et les prestations offertes dans le cadre de contrats collectifs souscrits auprès de la Mutuelle ou souscrits par elle au profit d'une partie ou de l'ensemble de ses membres participants et/ou de leurs ayants droit, sont définies par ces contrats eux-mêmes et par les notices d'information correspondantes.

Toute modification des règlements fait l'objet d'une notification au membre participant ou honoraire. Cette notification s'opère sur support papier ou sur tout autre support durable conforme à la réglementation en vigueur.

Article 6 : Respect de l'objet des Mutuelles

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

CHAPITRE 2. CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

Article 7 : Catégories de membres

La Mutuelle admet des membres honoraires et des membres participants.

7.1 : Membres honoraires

Ont qualité de membres honoraires, soit les membres qui payent une cotisation, font des dons ou ont rendu des services équivalents à la Mutuelle, sans bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Les membres participants sont les personnes physiques adhérant à un règlement mutualiste ou à un contrat collectif, qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

7.2 : Membres participants

Ont qualité de membres participants, les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes : toutes les personnes en activité, en préretraite, en retraite ou en invalidité qui remplissent les conditions décrites au règlement mutualiste ou dans les contrats collectifs.

7.3 : Définition des ayants droit des membres participants

Sauf dispositions particulières, les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la Mutuelle sont :

- le conjoint du participant, ou le partenaire de Pacs du participant, salarié ou sans activité,
- les enfants, et ceux du conjoint, jusqu'à leur 16^e anniversaire, à charge fiscale du salarié ou de son conjoint,
- les enfants, et ceux du conjoint, jusqu'à leur 28^e anniversaire, en apprentissage ou poursuivant leurs études.

Les concubins notoires sont assimilés aux conjoints.

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

Article 8 : Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent à la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, et des droits et obligations du règlement mutualiste. Sauf disposition légale contraire, la durée minimale de l'adhésion est de douze (12) mois.

Toute modification des statuts est portée à la connaissance de chaque adhérent.

Article 9 : Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

9.1 : Opérations collectives obligatoires

Conformément à l'article L.221-2 du Code de la mutualité, la Mutuelle propose des garanties de prévoyance collective mises en place dans les conditions prévues à l'article L911-1 du Code de la sécurité sociale. À cet effet, elle peut recevoir l'adhésion d'entreprises, d'organismes, ou de groupements habilités à conclure de tels accords ou conventions.

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte dans ce cas de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle et ce en application des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles. La durée minimale de l'engagement réciproque des parties est de douze (12) mois.

Les salariés de l'employeur souscripteur deviennent membres participants de la Mutuelle.

9.2 : Opérations collectives facultatives

La Mutuelle propose des garanties de prévoyance collective facultative. La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte dans ce cas de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

Les salariés de l'employeur souscripteur ou les membres de l'association souscriptrice deviennent membres participants de la Mutuelle.

9.3 : Opérations collectives dans le cadre d'une coassurance

Dans le cadre d'un contrat de coassurance, lorsque le contrat collectif est coassuré par la Mutuelle et d'autres mutuelles ou unions, celui-ci détermine la Mutuelle auprès de laquelle chaque personne physique adhérent au contrat collectif coassuré devient membre participant.

SECTION 2 - RADIATION ET EXCLUSION

Article 10 : Radiation

Outre le cas de décès, sont radiés des effectifs de la Mutuelle 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 et L.221-8 (défaut de paiement opérations individuelles et collectives), L.221-8-1 (procédure collective), L.221-10 (résiliation à l'échéance), L.221-10-1 (dénonciation de la tacite reconduction), L.221-10-2 (résiliation infra-annuelle), L.221-14 (fausse déclaration intentionnelle), L.221-15 (fausse déclaration non intentionnelle) et L.221-17 résiliation en cas de changement de situation) du Code de la mutualité, au(x) règlement(s) mutualiste(s) et au(x) contrat(s) collectif(s).

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

L'ancien membre participant 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 11 : Défaut de paiement : opérations individuelles

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, la garantie est suspendue, 30 jours après l'envoi d'une mise en demeure. Elle précise que la radiation peut être prononcée si, dix (10) jours après l'expiration de ce délai de trente (30) jours prévu à l'alinéa précédent, le paiement n'est pas intervenu.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi, le lendemain du jour où les cotisations échues et non payées ainsi qu'éventuellement les frais de recouvrement ont été payés intégralement à la Mutuelle.

Article 12 : Défaut de paiement : opérations collectives

Lorsque dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans un délai de dix (10) jours suivant son échéance, la Mutuelle adresse à l'entreprise une lettre de rappel valant mise en demeure précisant les conséquences du défaut de paiement et trente (30) jours après suspend l'effet des garanties.

Lorsque dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte de la cotisation, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure précisant les conséquences du défaut de paiement.

Cette lettre ne peut être envoyée que dans les dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

Article 13 : Exclusion

Peuvent être exclus les membres participants ou leurs ayants droit qui auront, de mauvaise foi, fait des déclarations inexactes ou auront omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la Mutuelle, dans les conditions définies par les articles L.221-14, L.221-15 et L.223-18 du Code de la mutualité.

La Mutuelle pourra exclure tout membre participant lorsque ce dernier ou ses ayants droit auront, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues et de manière générale en cas d'acte ou omission commis intentionnellement par un assuré afin d'obtenir un avantage ou un bénéfice de façon illégitime, illicite ou illégal.

Peut également être exclue toute personne qui aura causé un préjudice, matériel ou moral, à la Mutuelle dûment constaté par la Mutuelle. L'absence de communication, sans motif légitime et malgré une relance, d'un justificatif demandé par la Mutuelle peut entraîner l'exclusion du membre concerné.

L'exclusion est prononcée par le Conseil d'administration, ou par le Dirigeant opérationnel sur délégation du Conseil d'administration, puis notifiée au membre. Elle prend effet à la date de la notification. Le membre exclu peut demander à être reçu par le Conseil d'administration pour contester devant ce dernier la décision prise.

Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion à la Mutuelle d'une durée de trente-six (36) mois à compter de la date de prise d'effet de l'exclusion tant en qualité d'adhérent que d'ayant droit.

Article 14 : Conséquences de la radiation et de l'exclusion

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 radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues au(x) règlement(s) mutualiste(s) ou au(x) contrat(s) collectif(s) et sous réserve de dispositions légales contraires.

Les cotisations impayées restent dues à la Mutuelle dans tous les cas.

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

TITRE II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 - COMPOSITION, ÉLECTIONS

Article 15 : Composition de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale est composée de 100 délégués maximum représentant les membres de la Mutuelle.

L'Assemblée Générale de la Mutuelle est composée de délégués élus par tous les membres participants et honoraires de la Mutuelle répartis en sections locales de vote.

Les membres de la Mutuelle appartenant à un secteur géographique déterminé sont regroupés en sections de vote, selon les modalités suivantes :

- les membres participants et honoraires, personnes physiques, sont rattachés à la section de vote du lieu de leur domicile.
- les membres honoraires personnes morales sont rattachés à la section de vote correspondant au lieu de leur siège social ou de situation de l'établissement ayant souscrit le contrat collectif.

Les personnes morales, membres honoraires, sont représentées dans les sections de vote par leur dirigeant ou toute autre personne physique dûment habilitée à cet effet.

Le Conseil d'Administration détermine l'étendue géographique, la composition des sections de vote ; la création de nouvelles sections, leur fusion, leur scission.

Article 16 : Élection et mandat des délégués

Les membres participants et honoraires élisent parmi eux les délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Les délégués sont élus pour six (6) ans.

Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Les délégués peuvent se faire représenter à l'Assemblée Générale par un mandataire. Le mandataire doit obligatoirement avoir la qualité de délégué. Le mandataire doit être muni d'un pouvoir signé du mandant précisant nom et prénom usuel et domicile. Le mandat peut être donné pour une assemblée ou pour toute assemblée successive convoquée avec le même ordre du jour. Le mandataire doit être obligatoirement membre adhérent de la Mutuelle. Chaque délégué ne peut être porteur de plus de trois (3) pouvoirs, ce qui porte à un maximum de quatre le nombre de voix dont peut disposer un délégué lors de l'Assemblée Générale, étant précisé que le mandataire ne peut transmettre ce pouvoir à un autre délégué.

Le délégué porteur d'un pouvoir, doit le transmettre à la Mutuelle et le faire enregistrer avant la réunion de l'Assemblée Générale, faute de quoi ce pouvoir sera nul et de nul effet.

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

Les élections des délégués ont lieu par correspondance, à bulletins secrets suivant le mode de scrutin suivant : scrutin de liste à un tour à la majorité des suffrages exprimés.

Les membres peuvent également recourir au vote électronique.

Les modalités d'organisation du vote électronique respectent la sécurité du vote et la sincérité du scrutin.

Pour voter comme pour être délégué, l'adhérent doit être à jour de ses cotisations.

Le bulletin de vote devant comporter autant de noms que de sièges à pourvoir, des noms doivent être rayés lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de sièges à pourvoir.

Les candidats doivent déclarer par écrit accepter les modalités pratiques des règles électorales arrêtées par le Conseil d'Administration.

Article 17 : Cessation du mandat de délégué

Le mandat de délégué prend fin en cas de vacance en cours de mandat par exclusion, décès, et tout motif de radiation, notamment à la suite d'une renonciation à l'adhésion, ou d'une résiliation de la garantie.

Article 18 : Dispositions propres aux mineurs

Le droit de vote des membres participants mineurs est exercé par leur représentant légal.

Toutefois, les membres participants mineurs âgés de seize (16) ans au moins sont admis à participer personnellement au vote.

SECTION 2 - RÉUNION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 19 : Convocation annuelle obligatoire

Le Président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale.

Il la réunit au moins une fois par an.

À défaut, 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 : Autres convocations

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 ou plusieurs membres participants,
- Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution,
- Les liquidateurs.

Article 21 : Modalités de convocation

L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion.

La convocation pourra être faite par lettre ordinaire adressée à chaque délégué.

Si l'Assemblée Générale n'a pas pu délibérer, faute de quorum requis, la seconde Assemblée Générale est convoquée huit (8) jours à l'avance dans les mêmes formes que la première.

L'ordre du jour doit être joint aux convocations, accompagné des documents prévus par la réglementation.

La convocation indique les conditions dans lesquelles les délégués peuvent voter par procuration ou par correspondance.

Les membres de l'assemblée générale peuvent participer à celle-ci par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ils sont alors réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité.

Est nulle, toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée Générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

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

Article 22 : Ordre du jour et délibérations

L'ordre du jour des Assemblées Générales est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolutions dans les conditions prévues par la réglementation.

Toute question, dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'Assemblée Générale par le quart au moins des membres de la Mutuelle, est obligatoirement soumise à l'Assemblée Générale.

L'Assemblée ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour.

Néanmoins, elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement. Elle prend, en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Les membres peuvent recourir au vote électronique lors des réunions en assemblée générale. Les modalités d'organisation du vote électronique respectent le secret du vote et la sincérité du scrutin.

Article 23 : Compétences de l'Assemblée Générale

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 :

1. la modification des statuts,
2. l'existence et le montant du droit d'adhésion,
3. les activités exercées,
4. le montant du fonds d'établissement,
5. l'adhésion à une union ou à une union de groupe mutualiste (UGM), une union mutualiste de groupe (UMG), ou à une fédération ou une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM) ou Société de Groupe Assurantiel de Protection Sociale (SGAPS), la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre Mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou d'une union, ou d'une union de groupe mutualiste (UGM) ou une union mutualiste de groupe (UMG).
6. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
7. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de délégations de gestion accordées par la Mutuelle,
8. le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
9. le rapport de gestion, le rapport sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la mutualité et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
10. le rapport spécial du Commissaire aux Comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la mutualité,

11. les comptes combinés ou consolidés de l'exercice établis conformément à l'article L.217-7 du code de la mutualité ainsi que le rapport de gestion du groupe établi conformément à l'article L.114-17 du code de la mutualité,
12. le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou unions régies par les livres II et III du Code de la mutualité auquel est joint le rapport du Commissaire aux Comptes prévu à l'article L.114-39 du Code de la mutualité,
13. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles et collectives mentionnées au II et III de l'article L.221-2 du Code de la mutualité,
14. 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,
15. Toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment l'élection des membres du Conseil d'Administration et l'attribution d'indemnités aux administrateurs dans le cadre des dispositions prévues par le Code de la mutualité.

L'Assemblée Générale décide :

1. la nomination des Commissaires aux Comptes,
2. la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle prononcée conformément aux dispositions statutaires,
3. les apports faits aux Mutuelles et unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

Article 24 : Modalités de vote de l'Assemblée Générale

Lorsqu'elle se prononce sur les points suivants :

- les statuts et leurs modifications,
- les activités exercées,
- le montant du fonds d'établissement,
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- les règles en matière d'opérations individuelles et en matière d'opérations collectives ;
- la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance et les opérations collectives,
- la création d'une Mutuelle ou d'une union ;

L'Assemblée ne peut délibérer valablement que si le nombre de ses délégués présents et 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 ce quorum n'est pas atteint, une deuxième Assemblée Générale est convoquée huit (8) jours à l'avance dans les mêmes formes que la première. Elle ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents 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, à l'exception des décisions relatives à la composition du Conseil qui doivent être adoptées à la majorité renforcée de 80 % des suffrages exprimés.

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées ci-dessus, l'Assemblée ne peut délibérer valablement que si le nombre de ses 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.

Si ce quorum n'est pas atteint, une deuxième Assemblée Générale est convoquée 8 jours à l'avance dans les mêmes formes que la première. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés OU ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance OU de vote électronique.

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

Article 25 : 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 26 : Délégations de pouvoirs (en matière de fixation des cotisations et prestations)

Pour les opérations mentionnées au II et au III de l'article L.221-2 du Code de la mutualité (opérations individuelles et opérations collectives), le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants et des taux de cotisations et de prestations au Président du Conseil d'Administration ou au Dirigeant opérationnel.

Cette délégation n'est valable qu'un (1) an.

CHAPITRE 2. CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 - COMPOSITION, ÉLECTIONS

Article 27 : Composition

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

Le Conseil d'Administration est composé de vingt deux (22) administrateurs dont les deux tiers au moins de membres participants. Conformément à l'article L.114-16 du Code de la mutualité, il ne peut être inférieur à 10.

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeant ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la mutualité.

La représentation de chaque sexe au sein du Conseil d'Administration ne pourra être inférieure à 40 % de la totalité des membres.

Pour toute question liée à la composition du Conseil d'Administration, les décisions sont adoptées à la majorité renforcée de 80 % des suffrages exprimés.

Article 28 : Conditions d'éligibilité

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

- être à jour de leurs cotisations,
- être âgés de dix huit (18) ans révolus,
- disposer de l'honorabilité, la compétence et l'expérience requises, conformément à l'article L.114-21 du Code de la mutualité,
- n'avoir encouru aucune des condamnations énumérées par l'article L.114-21 du Code de la mutualité,
- ne pas avoir exercé au cours des trois (3) années précédant l'élection, de fonction salariée au sein de la Mutuelle ou de personnes morales avec lesquelles cette dernière constitue un groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la mutualité.

Le nombre des membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à soixante dix (70) ans ne pourra excéder le tiers - arrondi au nombre immédiatement supérieur - des administrateurs.

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

Le Conseil peut s'adjoindre une ou plusieurs personnes connues pour leurs compétences en mutualité ; ces membres n'ont pas de voix délibérative.

Article 29 : Modalités d'élection

Les membres du Conseil sont élus à bulletin secret par l'ensemble des délégués de l'Assemblée Générale.

Le bulletin de vote devant comporter autant de noms que de sièges à pourvoir, des noms doivent être rayés lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de sièges à pourvoir.

L'élection a lieu à la majorité relative ; dans le cas où les candidats obtiendraient un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

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

Article 30 : Durée du mandat

Les membres du Conseil sont élus pour une période de six (6) ans. Le renouvellement a lieu par moitié tous les trois (3) ans.

La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres sortants sont rééligibles sous réserve de remplir les conditions d'éligibilité prévues par l'article 28 des présents statuts.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions fixées à l'article 28 des présents statuts,
- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul des mandats, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- un mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la mutualité,
- lorsqu'en application de l'article 33 des présents statuts, ils sont déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions, en cas d'absence sans motif valable à trois (3) séances au cours de la même année.

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

Article 31 : Vacance

En cas de vacance en cours de mandat liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L.612-23-1 du Code monétaire et financier, il peut être procédé à la cooptation d'un administrateur par le Conseil d'Administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée Générale.

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée Générale. La non-ratification par celle-ci de la nomination faite par le Conseil d'Administration entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'Assemblée Générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances (par décès, démission, ou toute autre cause incluant l'exercice par l'ACPR de son droit d'opposition), une Assemblée Générale est convoquée par le Président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

À défaut de convocation, les dispositions de l'article L.114-8 s'appliquent.

SECTION 2 - RÉUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 32 : Réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins trois (3) fois par an.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le tiers des membres du Conseil.

Le Président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration cinq (5) jours francs au moins avant la date de réunion, sauf cas d'urgence.

La convocation ainsi que les documents préparatoires aux réunions du Conseil, des comités et commissions peuvent être adressés par voie électronique.

Le Conseil peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration, qui délibère alors sur cette présence.

Conformément à l'article L.114-16-2 du Code de la mutualité, deux représentants des salariés assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil.

Les représentants des salariés sont élus par l'ensemble des salariés de la mutuelle dont le contrat de travail est antérieur de trois (3) mois

à la date de l'élection, dans les conditions prévues par l'article L.114-16-2 précité.

Leur mandat est de six (6) ans.

Article 33 : Délibérations

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents à l'exception des décisions liées à la création des sections qui sont adoptées à la majorité renforcée de 80 % des suffrages exprimés.

Sont réputés présents les administrateurs et les représentants des salariés qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective.

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

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

Les membres du Conseil d'Administration peuvent, par décision de ce Conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale.

SECTION 3 - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 34 : Compétences du Conseil d'Administration

Le Conseil dispose, pour l'administration et la gestion de la Mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale par le Code de la mutualité et les présents statuts.

Le Conseil gère la Mutuelle, détermine ses orientations et veille à leur application, en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité. Il peut créer, en son sein, des commissions ou comités temporaires ou permanents.

À la clôture de chaque exercice, le Conseil arrête les comptes et établit le rapport de gestion prévu à l'article L.114-17 du Code de la mutualité, incluant la valeur des placements conformément à l'article L.212-6.

Il approuve :

- le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR) ;
- le rapport régulier au contrôleur (RSR) ;
- le rapport sur l'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA) ;
- le rapport actuariel ;
- le rapport sur les opérations d'intermédiation et les délégations de gestion ;
- le rapport sur les procédures d'élaboration et de vérification de la situation financière et comptable ;
- le rapport de contrôle interne « lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme ».

Il approuve a minima les politiques écrites visées à l'article L.211-12 du Code de la mutualité, veille à leur application, et procède annuellement à leur réexamen.

Il fixe annuellement les lignes directrices de la politique de placement et de réassurance.

Le Conseil d'Administration nomme, sur proposition du Président, le dirigeant opérationnel, qui ne peut être administrateur, détermine les éléments de son contrat de travail, et met fin à ses fonctions selon la même procédure.

Il fixe les conditions dans lesquelles il délègue au dirigeant opérationnel les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

Le Conseil est compétent pour décider d'agir en justice ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle. Il peut déléguer ce pouvoir au Président.

Le Conseil d'Administration adopte et modifie les règlements mutualistes des opérations individuelles et collectives mentionnées au II et III de l'article L.221-2 du Code de la mutualité, dans le respect des orientations générales décidées par l'Assemblée Générale.

Il approuve le(s) règlement(s) mutualiste(s), fixe le montant ou taux de cotisations et les prestations des opérations individuelles et des opérations collectives mentionnées au II et 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.

Le Conseil peut déléguer tout ou partie de cette compétence dans les conditions prévues à l'article 26.

Le Conseil d'Administration communique les règlements mutualistes mis à jour à l'Assemblée Générale qui en prend acte.

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

Article 35 : Création des Sections

Les membres participants et honoraires IDENTITÉS MUTUELLE sont répartis, pour partie, en sections instituées par décision du Conseil d'Administration, conformément aux dispositions de l'article L.115-4 du Code de la mutualité.

Chaque section est administrée par une commission à laquelle le Conseil d'Administration peut déléguer partie de ses pouvoirs. La composition de cette commission est déterminée par le Conseil d'Administration, parmi les membres participants et honoraires appartenant à la section, ou à défaut parmi les membres du Conseil d'Administration, à la majorité renforcée de 80 % des suffrages exprimés.

Toute modification apportée à cette composition est soumise à la même majorité. La commission est présidée par le Président du Conseil d'Administration de IDENTITÉS MUTUELLE, ou son délégué.

Les règles de fonctionnement de la section font l'objet d'un règlement établi par le Conseil d'Administration et validé par l'Assemblée Générale.

Article 36 : Section IDENTITÉS MUTUELLE INDIVIDUELLE

Une Section Mutualiste est instituée et dénommée «Section IDENTITÉS MUTUELLE INDIVIDUELLE» chargée de suivre les opérations des adhérents couverts dans le cadre d'opérations individuelles.

Ladite section est administrée en application d'un règlement adopté par la section et approuvé par l'Assemblée Générale d' IDENTITÉS MUTUELLE.

La section «IDENTITÉS MUTUELLE INDIVIDUELLE» est présidée par le Président du Conseil d'Administration d' IDENTITÉS MUTUELLE, ou son délégué.

Article 37 : Section RÉGIME MINIER / RÉGIME LOCAL

Une Section Mutualiste est instituée et dénommée « Section MICOM » chargée de suivre les opérations des garanties spécifiques des membres participants de la section.

Ladite section est administrée en application d'un règlement adopté par la section et approuvé par l'Assemblée Générale d' IDENTITÉS MUTUELLE.

La section « MICOM » est présidée par le Président du Conseil d'Administration d' IDENTITÉS MUTUELLE, ou son délégué.

Article 38 : Section ENSEIGNEMENT CATHOLIQUE

Une Section Mutualiste est instituée et dénommée « Section MNEC » chargée de suivre les opérations des garanties spécifiques des membres participants de la section.

Ladite section est administrée en application d'un règlement adopté par la section et approuvé par l'Assemblée Générale d' IDENTITÉS MUTUELLE.

La section « MNEC » est présidée par le Président du Conseil d'Administration d' IDENTITÉS MUTUELLE, ou son délégué.

Article 39 : Comité d'Audit

Conformément à l'article L823-19 du Code de commerce, le Comité d'Audit est notamment chargé, sous la responsabilité du Conseil d'Administration, d'assurer le suivi : des questions relatives à l'élaboration et au contrôle de l'information comptable et financière ; de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques ; du contrôle légal des comptes annuels ; de l'indépendance des Commissaires aux Comptes. Il émet une recommandation sur le Commissaire aux Comptes proposé à l'Assemblée.

La composition du Comité d'Audit est fixée par le Conseil d'Administration, soit parmi ses membres, pour leur compétence particulière en matière financière et comptable, soit pour deux

membres au plus, parmi des personnes non membres du Conseil mais désignées par lui pour leurs compétences.

Il agit sous la responsabilité exclusive du Conseil d'Administration et doit rendre compte à celui-ci de l'exercice de ses missions et doit l'informer sans délai de toute difficulté rencontrée.

Article 40 : Délégation d'attribution par le Conseil d'Administration

Le Conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions, et plus généralement toutes les attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'Administration par la loi.

Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Le Président ou l'administrateur ainsi désigné agit sous contrôle et autorité du Conseil à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

Article 41 : Directeur Général

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

Il participe aux réunions du Bureau et du Conseil d'Administration.

Article 42 : Dirigeants effectifs

Le Président du Conseil d'Administration et le dirigeant opérationnel mentionné à l'article L.211-14 du Code de la mutualité dirigent effectivement la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration peut également, sur proposition de son Président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs autres personnes physiques dans les conditions prévues à l'article R211-15 du Code de la mutualité. Sur proposition de son Président, le Conseil d'Administration peut leur retirer cette fonction.

Le Conseil définit les cas dans lesquels les dirigeants effectifs sont absents ou empêchés de manière à garantir la continuité de la direction effective de la Mutuelle.

Conformément aux articles L.211-13 du Code de la mutualité et R.612-29-3 du Code monétaire et financier, la nomination et le renouvellement des personnes assurant la direction effective de la Mutuelle sont notifiées à l'ACPR dans les quinze jours suivant leur nomination ou leur renouvellement.

Article 43 : Dirigeant opérationnel

Le Conseil d'Administration nomme, sur proposition du Président du Conseil d'Administration, le dirigeant opérationnel, qui ne peut être un administrateur. Il est mis fin aux fonctions du dirigeant opérationnel 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. 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 consentie par le Conseil, et sous réserve de ce que la loi attribue expressément aux Assemblées générales, au Conseil d'Administration et au Président.

Article 44 : Mandataires mutualistes

Conformément à l'article L.114-37-1 du Code de la mutualité, le mandataire mutualiste est une personne physique (non administrateur), 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 ou élu.

Peuvent bénéficier du statut de mandataire mutualiste, sous réserve de décision du Conseil d'Administration en ce sens :

- des délégués à l'Assemblée Générale ;
- des membres de Commissions de sections.

Lors de l'exercice de son mandat, la Mutuelle propose au mandataire mutualiste un programme de formation à ses fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Cependant, leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

Article 45 : Responsables des fonctions clés

Le système de gouvernance de la Mutuelle comprend les fonctions clés suivantes : la fonction gestion des risques, la fonction de vérification de la conformité, la fonction d'audit interne et la fonction actuarielle. Les responsables de ces fonctions clés sont placés sous l'autorité du dirigeant opérationnel.

Le dirigeant opérationnel mentionné à l'article L.211-14 soumet à l'approbation du Conseil d'Administration des procédures définissant les conditions selon lesquelles les responsables de ces fonctions peuvent informer, directement et de leur propre initiative, le Conseil d'Administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Le Conseil d'Administration entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du dirigeant opérationnel si les membres du Conseil d'Administration l'estiment nécessaire. Le Conseil d'Administration peut renvoyer cette audition devant un comité spécialisé émanant de ce Conseil.

SECTION 4 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET CONDITIONS D'EXERCICE DU MANDAT

Article 46 : Compétence et honorabilité

Conformément à l'article L.114-21 du Code de la mutualité, les administrateurs doivent disposer de l'honorabilité, de la compétence, et de l'expérience nécessaires à leurs fonctions.

Pour apprécier la compétence des intéressés, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tient compte de leur formation et de leur expérience de façon proportionnée à leurs attributions.

Conformément à l'article R114-9 du Code de la mutualité, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tient compte, dans l'appréciation portée sur chaque membre du Conseil d'Administration, de la compétence, de la formation, de l'expérience et des attributions des autres membres de l'organe auquel il appartient.

Elle s'assure que ceux-ci disposent collectivement des connaissances et de l'expérience, nécessaires en matière de marchés de l'assurance et de marchés financiers, de stratégie de la Mutuelle et de son modèle économique, de son système de gouvernance, d'analyse financière et actuarielle et d'exigences législatives et réglementaires applicables à la Mutuelle, appropriées à l'exercice des responsabilités dévolues au Conseil d'Administration.

Lorsque des mandats ont été antérieurement exercés, la compétence est présumée à raison de l'expérience acquise.

Pour les nouveaux membres, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tient compte des formations dont ils pourront bénéficier tout au long de leur mandat.

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 47 : Gratuité des fonctions - indemnité

Les fonctions d'administrateurs sont gratuites.

Conformément aux articles L.114-26, et R.114-4 à R.114-6 du Code de la mutualité, l'Assemblée Générale peut décider d'allouer une indemnité au Président du Conseil ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées.

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la mutualité.

Article 48 : Confidentialité

Conformément à l'article L.114-20 du Code de la mutualité, les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le Président ou les dirigeants.

Article 49 : Formation des administrateurs

La Mutuelle propose à ses administrateurs, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Durant l'exercice de leur mandat, les administrateurs bénéficient, à des fins de maintien, de renforcement ou d'acquisition de compétences, d'une formation leur permettant notamment de demander la validation des acquis de leur expérience conformément aux dispositions du livre IV de la sixième partie du Code du travail.

Les administrateurs s'engagent ainsi à suivre des formations tout au long de leur mandat.

Article 50 : Incompatibilité avec le mandat d'administrateur

Il est interdit aux administrateurs de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, une commission, rémunération ou ristourne, sous quelque forme que ce soit.

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.

Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il leur est également interdit de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à quelque titre que ce soit et sous quelque forme que ce soit, des rémunérations à l'occasion du fonctionnement de la Mutuelle ou du service des avantages statutaires.

Article 51 : Conventions réglementées soumises à autorisation

Conformément à l'article L.114-32 du Code de la mutualité, toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration. La décision du Conseil d'Administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du Conseil d'Administration au cours de laquelle sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

Il en est de même des conventions auxquelles un administrateur ou un dirigeant opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée ainsi que des conventions intervenant entre la Mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs, dirigeant opérationnel de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, Directeur général, membre du directoire, du Conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Article 52 : Responsabilité

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon le cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou fautes commises dans leur gestion. La responsabilité pénale des administrateurs est engagée à raison des infractions visées aux articles L.114-47 et suivants du Code de la mutualité.

CHAPITRE 3. PRÉSIDENT ET BUREAU

Article 53 : Élection et mandat du Président

Conformément à l'article L.114-18 du Code de la mutualité, le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Président.

Le Président est élu pour une durée de trois ans.

Article 54 : Missions du Président

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

Il informe le cas échéant, le Conseil d'Administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre Ier du livre IV 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.

Il préside les réunions du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales.

Le Président convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour.

Il donne avis aux Commissaires aux Comptes sur les conventions réglementées.

Il engage les dépenses.

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

Il est compétent pour décider et agir en justice, ou défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle, confier au Directeur Général de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 55 : Élection du Bureau

Sur proposition du Président, le Conseil d'Administration peut procéder à l'élection d'un Bureau.

Le règlement intérieur précise la composition, les conditions de fonctionnement et les missions du Bureau.

Le règlement intérieur peut faire l'objet de modifications, celles-ci seront soumises à ratification à l'Assemblée la plus proche.

Le Conseil d'Administration peut conférer l'honorariat à tout administrateur, ayant exercé les fonctions de Président, en raison des services rendus à la Mutuelle.

Le titre de Président d'Honneur est purement honorifique. Il s'accompagne de la prérogative d'assister à toutes les séances du Conseil, avec voix consultative, et sans prendre part à aucun acte d'administration ou de gestion.

Les membres du Bureau peuvent à tout moment être révoqués par le Conseil d'Administration.

Article 56 : Vacance du Président

En cas de décès, démission ou de perte de qualité d'adhérent du Président, ou de cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de Contrôle en application de l'article L612-23-1 du Code monétaire et financier, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection pour la durée du mandat qui reste à courir. Le Conseil est immédiatement convoqué par le deuxième dirigeant effectif ou un membre du Conseil d'administration.

CHAPITRE 4. ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 - PRODUITS ET CHARGES

Article 57 : Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

1. les cotisations des membres participants et les rappels de cotisation éventuellement nécessaires,
2. les cotisations des membres honoraires,
3. les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
4. plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, concours financiers, subventions, prêts.

Article 58 : Charges

Les charges comprennent :

1. les diverses prestations servies aux membres participants,
2. les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
3. les versements faits aux unions et fédérations,
4. la participation aux dépenses de fonctionnement des comités départementaux de coordination,
5. plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

Article 59 : Vérifications préalables

Les dépenses de la Mutuelle sont engagées par le Président et payées par le Trésorier ou par les personnes habilitées. Le responsable de la mise en paiement s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la Mutuelle.

SECTION 2 - MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DE FONDS RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

Article 60 : Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement constitué conformément à la réglementation en vigueur, est fixé à 761 000 €.

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

Article 61 : Système de garantie

La Mutuelle adhère au système de garantie de la F.N.M.F.

SECTION 3 - COMMISSAIRE AUX COMPTES

Article 62 : Nomination du Commissaire aux Comptes

Conformément à l'article L.114-38 du Code de la mutualité, l'Assemblée Générale nomme pour six ans, un Commissaire aux Comptes titulaire et un Commissaire aux Comptes suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L822-1 du Code du commerce, chargés de contrôler et de certifier les comptes.

Le rapport du Commissaire aux Comptes est présenté à l'Assemblée Générale chargée d'approuver les comptes.

Les fonctions du Commissaire aux Comptes expirent après la réunion de l'Assemblée Générale qui statue sur les comptes du sixième exercice.

Article 63 : Certification des comptes

Le Commissaire aux Comptes porte à la connaissance du Conseil d'Administration les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par la loi n°66-537 du 24 Juillet 1966 sur les sociétés commerciales.

Il signale dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

Le Commissaire aux Comptes doit établir et déposer au siège social le rapport spécial prévu à l'article L.114-39 du Code de la mutualité.

Article 64 : Rapport spécial du Commissaire aux Comptes

Le Commissaire aux Comptes présente sur les conventions dont il a été avisé, soumises à autorisation du Conseil d'Administration en application de l'article L.114-32 du Code de la mutualité, un rapport spécial qui doit comporter :

L'énumération des conventions soumises à l'approbation de l'Assemblée Générale,

Les modalités essentielles de ces conventions,

L'importance des fournitures livrées ou des prestations de services fournies, ainsi que le montant des sommes versées ou reçues au titre de ces conventions.

TITRE III DISPOSITIONS DIVERSES

Article 65 : Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlement en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 24 des statuts.

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

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

Lorsqu'elle se prononce sur la dissolution de la Mutuelle, au cours de cette même réunion, 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 25 des présents statuts, à d'autres Mutuelles ou unions ou au fonds national de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L421-1 du Code de la mutualité ou au fonds de garantie mentionné à l'article L431-1 du Code de la mutualité.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR IDENTITÉS MUTUELLE

Le règlement intérieur précise les modalités d'élection, de représentation des adhérents à l'Assemblée Générale et d'élection des membres du Conseil. Ce document peut être modifié par le Conseil. Il est soumis à ratification à l'Assemblée Générale la plus proche. Ce document est remis à chaque adhérent de la Mutuelle.

Article 1 : Objet du règlement intérieur

Le règlement intérieur établi par le Conseil d'Administration détermine les conditions d'application des statuts. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer.

Article 2 : Information des adhérents

À chaque adhérent, la Mutuelle remet un exemplaire des statuts, un exemplaire du règlement intérieur et du règlement mutualiste ainsi qu'une carte de membre participant.

Article 3 : Membres honoraires

Peuvent être admis comme membres honoraires, les participants qui remplissent les conditions indiquées à l'article 7 des statuts. Ils ne sont soumis à aucune condition d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité.

Leur admission est examinée par le Conseil ou le Bureau le cas échéant qui apprécie la notion de services rendus en fonction de l'activité déployée par l'intéressé au profit de la Mutuelle, de son passé et de la nature des services apportés à celle-ci.

Sur proposition du Conseil, la qualité de membre honoraire est conférée par l'Assemblée Générale

SECTION 1 - ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

Article 4 : Élection des délégués - vote

Les membres participants et honoraires de la Mutuelle sont représentés en Assemblée Générale par des délégués élus parmi eux, à bulletin secret.

Le nombre de délégués par section de vote est arrêté par le Conseil dans le cadre du règlement électoral en tenant compte notamment du nombre de membres participants, et dans un souci de maintien du lien de proximité.

Les délégués sont élus pour six (6) ans.

CHAQUE DÉLÉGUÉ dispose d'UNE SEULE voix à l'Assemblée Générale.

Les élections des délégués ont lieu par correspondance, suivant le mode de scrutin suivant : scrutin de liste à un tour à la majorité des suffrages exprimés.

Le bulletin de vote devant comporter autant de noms que de sièges à pourvoir, des noms doivent être rayés lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de sièges à pourvoir.

Les candidats doivent déclarer par écrit accepter les modalités pratiques des règles électorales arrêtées par le Conseil d'Administration.

Article 5 : Réception et présentation des candidatures de délégués

Chaque candidature est individuelle ; elle s'exprime par lettre adressée au Président et est accompagnée d'une note brève expliquant les raisons qui la justifient. Elle doit être déposée au siège social de la Mutuelle trois (3) mois avant la date de la prochaine élection.

Les délégués sortants qui sollicitent le renouvellement de leur mandat se soumettent à la même obligation.

Le Conseil, ou le Bureau, après avoir vérifié la validité des candidatures, les soumet au Conseil d'Administration pour établissement de la liste qui servira de bulletin de vote.

Article 6 : Commission de vote

Une commission de vote est instituée à effet de décompter le nombre de votants, de suffrages exprimés et de voix recueillies par les candidats, ainsi que de compter les bulletins blancs ou nuls qui seront

annexés au procès-verbal. La commission de vote décide de la date limite de réception des bulletins de vote pour participer au scrutin.

Cette commission est composée du Président de la Mutuelle et de deux assesseurs désignés par le Conseil d'Administration. En cas d'empêchement du Président, la commission est présidée par l'un des Vice-Présidents.

Le bulletin de vote peut comporter un code à barre permettant le dépouillement automatique tout en respectant la confidentialité. Dans ce cas, ce bulletin peut être envoyé par la poste sans le mettre sous enveloppe.

Le secrétariat de la commission est assuré par le moins âgé des assesseurs.

SECTION 2 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES DÉLÉGUÉS

Article 7 : Convocation des délégués à l'Assemblée Générale

La convocation adressée aux délégués indique les questions sur lesquelles ils sont invités à se prononcer, ainsi que, le cas échéant, les noms des candidats aux fonctions d'administrateurs, avec le nombre de sièges à pourvoir. Les convocations à l'Assemblée Générale doivent être remises à la poste au plus tard quinze (15) jours avant la date de celle-ci.

Tout document peut également être adressé par voie électronique. L'Assemblée Générale désigne parmi ses membres, deux scrutateurs.

Lorsque l'Assemblée est amenée à délibérer par vote électronique, Le Conseil s'assure de la mise en œuvre du vote dans des conditions garantissant le secret du vote et la sincérité du scrutin.

SECTION 3 - CONSEIL D'ADMINISTRATION - BUREAU

Article 8 : Candidatures au Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration représenté par son Président, sollicite les candidatures aux fonctions d'administrateurs par une annonce dans le magazine de la Mutuelle ou par tout autre moyen de communication.

Chaque candidature est individuelle ; elle s'exprime par lettre recommandée adressée au Président et est accompagnée d'une note brève expliquant les raisons qui la justifient. Elle doit être déposée 60 jours francs au moins avant la date de la prochaine Assemblée Générale.

Un dossier de candidature sera adressé au candidat qui devra être retourné dûment complété, accompagné d'un résumé de carrière professionnelle, au siège de la Mutuelle trente jours francs au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

Les administrateurs sortants qui sollicitent le renouvellement de leur mandat se soumettent à la même obligation.

Le Conseil d'Administration ou le cas échéant le Bureau actera de la recevabilité réglementaire des candidatures et établira la liste qui servira de bulletin de vote et la présentera au Conseil d'Administration.

La liste des candidatures distinguera les sièges soumis à renouvellement des autres sièges faisant l'objet d'une élection.

Les candidats seront désignés par leurs seuls nom et prénom usuel pour l'établissement du bulletin de vote.

Pour les administrateurs sortant se représentant, la mention « administrateur sortant » sera indiquée à la suite.

La liste des candidats sera établie suivant l'ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort lors d'un Conseil d'Administration.

Article 9 : Conditions d'élection des administrateurs

Pour être valable, le bulletin de vote doit comporter autant de noms que de sièges à pourvoir. Des noms doivent être rayés lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de sièges à pourvoir. 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 part de ce sexe indiquée à l'article 27 des Statuts.

Les bulletins de vote sont ceux édités par la Mutuelle. Tout autre bulletin sera considéré comme nul.

Sont considérés comme nuls les bulletins portant un signe de reconnaissance, des mentions quelconques ou les bulletins dans lesquels les votants se sont fait connaître.

Article 10 : Constitution d'un Bureau

Un Bureau peut être constitué afin de préparer les réunions du Conseil d'Administration.

Tous les 3 ans, au cours de la réunion qui suit l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration peut élire parmi ses membres deux Vice-Présidents.

Le Bureau est composé du Président et des deux Vice(s) Président(s). Participent également aux réunions du Bureau des administrateurs invités par le Président en fonction des thèmes abordés.

Le Conseil peut confier à un ou plusieurs administrateurs des attributions permanentes conformément à l'article L114-26 du Code de la mutualité.

Le Bureau n'a pas de pouvoir décisionnel.

Lors de la fin de période de mandat du Bureau et du Président (trois ans), le Président sortant assume la présidence du Conseil d'Administration jusqu'à la prochaine réunion du Conseil d'Administration qu'il convoque pour élire le Président et les membres du Bureau le cas échéant pour une période de trois ans.

Si le Président sortant arrive en fin de mandat d'administrateur et s'il n'est pas élu par l'Assemblée Générale, il est remplacé par un non sortant ou sortant et élu par l'Assemblée Générale :

- à défaut, le Vice-Président le plus âgé,
- à défaut, le plus âgé des administrateurs.

10.1 : Missions des membres du Bureau

Les Vice-Présidents suppléent le Président en cas d'empêchement de celui-ci.

Ils peuvent se voir confier, en fonction de leurs compétences et expérience des attributions permanentes selon les besoins.

10.2 : Réunions du Bureau

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 cas d'urgence.

Participent également aux réunions du Bureau des administrateurs invités par le Président en fonction des thèmes abordés.

Le Bureau n'émet valablement d'avis que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les avis sont pris à la majorité des membres présents, sans voix prépondérante.

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

Article 11 : Remboursement des frais de déplacement et de séjour

À l'occasion des réunions du Conseil d'Administration et du Bureau, comités et commissions, les administrateurs, et le cas échéant, les mandataires mutualistes, ont droit au remboursement de leurs frais engagés à l'occasion de leur déplacement dans des conditions arrêtées par le Conseil d'Administration.

Si des administrateurs sont salariés et subissent une perte de salaire pour participer aux activités du Conseil d'Administration, Bureau, comités ou commissions, cette perte est remboursée directement à l'employeur de l'administrateur concerné afin que celui-ci perçoive l'intégralité de son salaire.

Dans le cas de missions spéciales, effectuées dans l'intérêt de la Mutuelle et sur mandat du Conseil ou de l'Assemblée Générale, le remboursement des frais exposés a lieu conformément aux dispositions du paragraphe 1^{er} du présent article et le remboursement de la perte de salaire conformément aux dispositions du 2^e paragraphe du présent article.

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

FINALISATION DE VOTRE ADHÉSION

- › Votre demande d'adhésion est prise en charge le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.
- › Dans les jours qui suivent la validation de votre contrat, Vous recevez votre dossier d'assuré.

APRIL VOUS ACCOMPAGNE

Une question ? Une modification à apporter à votre contrat ?

Contactez-Nous au 09 74 50 20 20 (appel non surtaxé).

Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi de 9h à 12h.

FRAIS DE GESTION

Les opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance engendrent des frais imputés selon le barème suivant :

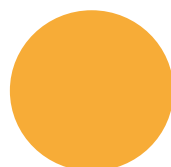
- Avenant au contrat : 10 €.
- Rejet suite à un prélèvement bancaire : 10 €.
- Mise en demeure pour non-paiement : 25 €.
- Réouverture d'un contrat suite à une radiation : 10 €.
- Relevés des prestations :
 - › Si Vous avez opté pour un virement automatique et un relevé mensuel : gratuit.
 - › Si Vous avez opté pour un remboursement par chèque : 0,76 € /relevé.

Ce barème est susceptible d'évoluer. Vous pouvez retrouver ces informations dans votre guide pratique, disponible sur votre Espace assurés APRIL rubrique Mes infos pratiques / Mes guides pratiques.



Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
www.april.fr

S.A.S.U. au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest
CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
Produit géré par APRIL Santé Prévoyance, co-conçu et assuré par Identités Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 379 655 541 - Siège social : 24 boulevard de Courcelles
75017 Paris - www.identites-mutuelle.com



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE