

Notice (valant conditions générales)

APRIL Santé Primo



Sommaire



Mots-clés

Toute expression en italique et avec une majuscule est définie en page 16.



Le sommaire est cliquable !

1. VOTRE CONTRAT	P.3
1.1. Quels sont les acteurs ?	p.3
1.2. Quelle est la réglementation applicable au contrat ?	p.3
1.3. Adhésion et prise d'effet	p.4
1.4. Durée, renouvellement et modification du contrat	p.5
1.4.1. Durée et renouvellement	p.5
1.4.2. Modification	p.5
1.5. Votre droit de renonciation	p.5
1.5.1. Dans quel délai ?	p.5
1.5.2. Dans quelles conditions ?	p.5
1.5.3. Comment ?	p.5
1.5.4. Avec quelles conséquences ?	p.5
1.6. Résiliation du contrat	p.6
2. VOS GARANTIES	P.7
2.1. Dispositions générales	p.7
2.2. Limitations et délais d'attente	p.7
2.3. Le contenu des garanties	p.8
2.4. Quelles sont les exclusions de garanties ?	p.10
3. VOS REMBOURSEMENTS	P.10
3.1. Quelles sont les conditions de remboursement ?	p.10
3.2. Comment demander vos remboursements ?	p.11
3.3. Le contrôle médical et administratif	p.12
3.4. La fraude aux remboursements	p.12
3.4.1. Quels sont les cas de fraude ?	p.12
3.4.2. Quelles sont les sanctions en cas de fraude ?	p.12
4. VOS COTISATIONS	P.12
4.1. Le calcul et l'évolution des cotisations	p.12
4.2. Le règlement de la cotisation	p.13
4.3. En cas d'absence de paiement	p.13
5. LES RÉCLAMATIONS	P.13
5.1. En cas d'insatisfaction, comment faire une réclamation ?	p.13
5.2. Quel est le délai de prescription ?	p.14
6. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE CONTRAT	P.15
7. TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES	P.15
MOTS-CLÉS	P.16
EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION DES ASSURÉES APRIL	P.18
STATUTS D'UNMI'MUT	P.20
RÈGLEMENT INTÉRIEUR UNMI'MUT	P.35

1 Votre contrat

1.1. Quels sont les acteurs ?

Vous

	Qui ?	Fait quoi ?
Adhérent	Vous, en tant que personne physique	<ul style="list-style-type: none"> Vous adhérez à un contrat APRIL Santé Primo (convention d'assurance de groupe a adhésion facultative UNMI2023S1). Vous devenez membre de l'Association des Assurés APRIL.
Assuré	Vous Votre <i>Conjoint</i> et/ou vos <i>Enfants</i> (facultatif)	<ul style="list-style-type: none"> Vous bénéficiez des garanties d'assurance santé souscrites par l'Adhérent.

Quelles sont les conditions pour être adhérent ou assuré ?

- Résider en France métropolitaine ou dans l'un des Départements ou Régions d'Outre-Mer (DROM) ou l'une des Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint-Barthélemy ou Saint Martin **à l'exclusion de Mayotte**.
- Être affilié à un *Régime d'assurance maladie Obligatoire* français.
- Être âgé de dix-huit (18) ans au moins et de quatre-vingt-cinq (85) ans au plus au 31 décembre de l'année de la prise d'effet de l'adhésion.

Le changement du lieu de votre *Résidence* peut entraîner une adaptation de votre contrat.
Pensez à Nous prévenir en cas de déménagement.

Nous

	Qui ?	Fait quoi ?	Mentions légales
APRIL Santé Prévoyance (ci-après APRIL ou «Nous»)	Intermédiaire en assurance	<ul style="list-style-type: none"> Gestion des contrats d'assurance, sur délégation de l'Organisme assureur 	SASU au Capital de 540 640 € Immeuble Aprilium 114 bd Marius Vivier Merle – 69439 Lyon Cedex 03 RCS Lyon n°428 702 409 – N°ORIAS 07 002 609 Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située, 4 place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09
Association des Assurés APRIL	Association	<ul style="list-style-type: none"> Étude, souscription et promotion pour ses adhérents de tout type d'assurances collectives autorisées par la loi. Souscription de la Convention d'assurance APRIL Santé Primo (UNMI2013S1) auprès de l'Organisme assureur 	Association loi 1901, située 69439 Lyon Cedex 03 Statuts et règlements consultables sur www.association-assures-april.fr
UNMI'MUT	Organisme assureur	<ul style="list-style-type: none"> Paiement à l'Assuré des garanties prévues au contrat d'assurance 	Mutuelle relevant des dispositions du livre II du Code de la mutualité, SIREN 851 629 162, dont le siège social est situé 50 avenue Daumesnil, 75012 PARIS.

1.2. Quelle est la réglementation applicable au contrat ?

	Contrat APRIL Santé Primo
Niveaux de garanties	Niveaux 1 à 7
<i>Contrat Solidaire</i>	✓
<i>Contrat Responsable</i> Articles L.871-1 et L.862-4 et suivants et R.871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale)	✓
Éligibilité au régime fiscal <i>Madelin</i> Loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin »	✓

Ce contrat est soumis au droit français et notamment au Code de la mutualité.
Dans le cadre de l'exécution de ce contrat la langue utilisée est le français.



1.3. Adhésion et prise d'effet

L'adhésion au contrat est constituée par la signature de la demande d'adhésion, par votre acceptation de la Notice valant Conditions Générales et par l'émission du *Certificat d'Adhésion* par APRIL. Votre date d'adhésion correspond à la date de prise d'effet des garanties.

Par votre signature :

- Vous acceptez les conditions d'adhésion proposées.
- Vous vous engagez sur l'exactitude de vos déclarations.

La prise d'effet de votre contrat, mentionnée sur votre *Certificat d'Adhésion* se fait au plus tôt :

- En cas d'adhésion par internet, le lendemain de la date de signature électronique.
- En cas d'adhésion par papier, le lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL.

⚠ Attention aux fausses déclarations !

L'adhésion est établie suivant vos déclarations, en conséquence, toute fausse déclaration peut entraîner la nullité du contrat.

Article L.221-14 du Code de la mutualité

Indépendamment des causes ordinaires de la 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 dans 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'État fixe les conditions d'application du précédent alinéa.

PROCÉDURE DE SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

Étape 1

Un code de signature Vous est transmis par SMS sur le numéro de téléphone indiqué dans la demande d'adhésion. Le code signature a une durée de validité limitée. Il est strictement personnel, confidentiel, nécessaire pour signer votre contrat et donner mandat de prélèvement, le cas échéant.

Étape 2

En renseignant le code SMS, Vous acceptez les conditions d'adhésion et Vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Étape 3

Vous recevez un e-mail de confirmation sur l'adresse e-mail transmise dans la demande d'adhésion.

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

SI L'ADHÉSION S'EFFECTUE DANS LE CADRE D'UNE REPRISE DE VOTRE CONTRAT À LA CONCURRENCE

- Vous devez le signaler dans la demande d'adhésion, pour qu'APRIL se charge de la résiliation de votre ancien contrat.
- Si Vous ne Nous mandatez pas pour résilier votre précédent contrat, Vous devez vous charger vous-même des démarches et l'Organisme assureur ne pourra être tenu responsable en cas d'interruption de couverture.

1.4. Durée, renouvellement et modification du contrat

1.4.1. Durée et renouvellement

- Votre contrat est conclu pour une première période s'achevant au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle par tacite reconduction au 31 décembre de chaque année.
- Vos garanties sont viagères, c'est-à-dire que l'Organisme assureur ne peut pas y mettre fin sauf dans les cas mentionnés à la section 1.6. Résiliation du contrat.

1.4.2. Modification

- Toute modification de votre contrat et des niveaux de garanties ainsi que tout ajout d'un nouvel Assuré se fait à votre demande et sous réserve de l'acceptation d'APRIL.
- Les modifications ainsi que les garanties du nouvel Assuré seront effectives à la date figurant sur votre nouveau *Certificat d'Adhésion*, et au plus tôt le lendemain de la réception de votre demande.
- Vous ne pouvez choisir qu'un seul niveau de garanties par famille.

1.5. Votre droit de renonciation

1.5.1. Dans quel délai ?

En cas d'adhésion à distance ou de démarchage à domicile, Vous avez la possibilité de renoncer au contrat dans un délai de 14 jours calendaires à compter de votre adhésion, en application des articles L.221-18 et suivants du Code de la mutualité.

Le délai de renonciation court à compter des dates indiquées dans le tableau ci-dessous :

Type d'adhésion	Point de départ du délai de 14 jours
À distance (par internet)	<ul style="list-style-type: none"> ● Soit à compter de la date d'émission du <i>Certificat d'Adhésion</i>. ● Soit à la date de réception des conditions d'adhésion envoyées par APRIL, si elle est plus tardive.
Suite à un démarchage à domicile	À la date de signature de la demande d'adhésion.

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.

1.5.2. Dans quelles conditions ?

- Sans avoir à justifier d'un motif.
- Sans pénalité.
- À la condition que Vous n'ayez pas déjà reçu un premier remboursement. Le fait de recevoir un remboursement a pour conséquence de Vous priver de votre droit de renonciation.

1.5.3. Comment ?

À l'aide du modèle suivant :

Bonjour,

Je soussigné, M./Mme (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la convention APRIL Santé Primo que j'ai souscrite le (date de signature) [par l'intermédiaire du cabinet (si Vous êtes passé par un courtier)].

Le _____ Signature



Par e-mail :
relationclient@april.com



Par courrier :
APRIL Santé Prévoyance
Service Adhésion Santé
Immeuble Aprilium
114 bd Marius Vivier
69439 Lyon Cedex 03

1.5.4. Avec quelles conséquences ?

- Votre renonciation met fin au contrat et au bénéfice des garanties à la date de réception de la demande de renonciation par APRIL.
- Nous Vous rembourserons les cotisations déjà versées sauf celles dues entre la prise d'effet du contrat et la renonciation.



1.6. Résiliation du contrat

Pour tous les cas de résiliations :

- Les cotisations restent dues jusqu'à la date de fin de vos garanties.
- En cas de trop versé de votre part, APRIL Vous remboursera, sous maximum 30 jours à compter de la date de résiliation de vos garanties.
- Un avis de réception précisant la date d'effet de la résiliation Vous sera adressé par APRIL.

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

Résiliation sans motif	<ul style="list-style-type: none"> ● Avant 12 mois d'adhésion La résiliation doit être demandée au plus tard au 31 octobre de l'année d'adhésion. Votre contrat prend fin au 31 décembre. ● Après 12 mois d'adhésion La résiliation peut être demandée à tout moment. Votre contrat prend fin un mois après la réception de votre demande.
Résiliation en cas de modification du contrat par l'Organisme assureur	<ul style="list-style-type: none"> ● La résiliation doit être demandée dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la modification du contrat par l'Organisme assureur.



Sur votre Espace Assuré :
monespace.april.fr



Par e-mail :
relationclient@april.com



Par courrier :
APRIL Santé Prévoyance
Service Adhésion Santé
Immeuble Aprilium
114 bd Marius Vivier
69439 Lyon Cedex 03

AUTRES CAS DE RESILIATION

- En cas de non paiement des cotisations :

Étape 1


En cas d'absence de paiement de tout ou partie de la cotisation dans les 10 jours suivant l'échéance, APRIL Vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure de paiement.

Étape 2

Vos garanties seront suspendues après un délai de 30 jours suivant la mise en demeure.

Étape 3

En l'absence de paiement dans un délai de 10 jours suivant la suspension des garanties, le contrat est résilié.

 Si Vous payez la totalité du montant indiqué dans la lettre de mise en demeure avant la fin du délai de 10 jours qui suit la suspension des garanties, vos garanties reprendront à midi le lendemain du jour du paiement.

- En cas de dénonciation du contrat par l'Association, ou par 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 des garanties.
- En cas de fausse déclaration :
Vous vous exposez à une déchéance de garanties et à la résiliation de votre contrat si Vous procédez à une omission, réticence ou fausse déclaration, sauf s'il est établi qu'elle n'était pas intentionnelle (Art. L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la mutualité).

Chaque assuré cessera d'être garanti dès lors qu'il ne relève plus de l'Assurance Maladie Obligatoire française.



2 Vos garanties



Mots-clés

Toute expression en italique et avec une majuscule est définie en page 16.

2.1. Dispositions générales

Votre contrat prévoit le remboursement de vos frais médicaux.

Le montant de vos garanties est exprimé soit :

- **En frais réels**, suivant les dépenses réellement engagées.
- **En pourcentage** de la *Base de Remboursement* incluant le *Remboursement de la Sécurité sociale*.
- **Sous la forme d'un forfait en euros**, valable par *Année d'Adhésion* et par Assuré et non cumulable d'une année sur l'autre, sauf disposition contraire indiquée au tableau de garanties.

Le montant de vos garanties varie selon que :

- **Le médecin** soit adhérent ou non à un *DPTAM*.
- **L'établissement hospitalier** est en *Secteur Conventionné* ou *Non Conventionné*.
- **Vous avez respecté ou non** le *Parcours de Soins Coordinés*.

2.2 Limitations et délais d'attente

Vos garanties sont soumises à des limitations et délais d'attente durant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet des garanties de chaque Assuré.

	Limitation	Délai d'attente
Date de début du remboursement	Prise en charge dès la date d'effet des garanties de chaque Assuré dans la limite de 100 % de la <i>Base de Remboursement</i> .	Non prise en charge durant les 3 premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré.



2.3. Le contenu des garanties

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 et respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L871-1 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 2008 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) 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.
Les garanties exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente des trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré. Passé ce délai des trois (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7	
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*									
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ									
Frais de séjour		Frais réels							
Forfait journalier hospitalier		Frais réels							
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽⁹⁾	100 % BR	120 % BR	140 % BR	180 % BR	210 % BR	260 % BR	300 % BR	
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat								
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins non DPTAM ⁽⁹⁾	100 % BR	100 % BR	115 % BR	140 % BR	165 % BR	180 % BR	200 % BR	
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat								
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 ⁽⁹⁾	100 % BR	120% BR	140% BR	160% BR	175% BR	210% BR	250% BR	
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat								
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins non DPTAM ⁽⁹⁾	100 % BR	100 % BR	110% BR	130% BR	150% BR	180% BR	200 % BR	
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat								
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽⁹⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat								
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins non DPTAM ⁽⁹⁾	100 % BR							
	100 % BR								
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100 % BR							
Forfait Patient Urgence et forfait actes lourds		Frais réels							
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 85 %		100 % BR							
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % et 15 %		100 % BR							
Transport		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	150 % BR	200 % BR		
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat								
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁰⁾		100 % BR							
DENTAIRE									
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁹⁾		Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁹⁾		Frais réels							
Prothèses dentaires « Offre Modérée » ⁽⁹⁾ et « Offre Libre » remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	110% BR	150% BR	190% BR	225% BR	285% BR	325 % BR		
	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat								
Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée » ⁽⁹⁾ et « Offre Libre » remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁹⁾ – hors soins et prothèses dentaires « 100 % Santé » remboursés par la Sécurité sociale		-	-	-	1000 € au-delà 100 % BR	1400 € au-delà 100 % BR	1800 € au-delà 100 % BR	2200 € au-delà 100 % BR	
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale – par année d'adhésion		-	90 €	125 €	160 €	200 €	285 €	300 €	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	175 % BR	175 % BR	250 % BR	
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							
		Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat							

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

OPTIQUE

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 18 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L185-1 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'appairage et d'adaptation de la correction visuelle ⁽¹⁾	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)	100 % BR	55 €	125 €	155 €	200 €	255 €	300 €
Équipement = Offre libre = Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)		125 €					
Équipement = Offre libre = Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)		200 €	225 €	250 €	275 €	300 €	350 €
Pour les équipements "Offre libre" Classe B	Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat						
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	100 % BR	100 % BR + 20€	100 % BR + 35 €	100 % BR + 50 €	100 % BR + 75 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 125 €
		Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Lentilles refusées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	-	-	35 €	-	75 €	-	100 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser – par année d'adhésion	-	100 €	100 €	125 €	150 €	150 €	200 €
		Délai d'attente les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					

AIDES AUDITIVES

Aides auditives⁽²⁾

(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 ⁽³⁾	Frais réels						
Équipements = Offre libre = Classe II, par oreille ⁽⁴⁾	100 % BR	100% BR + 50€	100% BR	100% BR + 250€	100% BR	100% BR + 450€	100% BR
		Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat					
Accessoires	100 % BR						

AUTRES PRESTATIONS

Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française

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.

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

(2) Dispositif « MonPhy », dans la limite de 8 séances par an et par assurés.

(3) 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.

(4) 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.

(5) 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.

(6) Tels que définis réglementairement. 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 (Offre 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 délivrance de l'équipement.

(7) Conformément au cahier des charges du contrat responsabilité, la prise en charge ne pourra pas dépasser 1700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime Obligatoire.

GRILLE OPTIQUE

CATÉGORIE 1

- **2 verres unifocaux sphériques** dont la sphère est de $[-6,00 \text{ et } +6,00]$
- **2 verres unifocaux sphéro-cylindriques** dont la sphère est :
 - $[-6,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est \leq à $+4,00$
 - Positive et dont la somme S^* est \leq à $6,00$

* Somme S = (sphère + cylindre)

CATÉGORIE 2

- 1 verre de la **catégorie 1**
- Et
- 1 verre de la **catégorie 3**

CATÉGORIE 3

- **2 verres multifocaux ou progressifs sphériques** dont la sphère est :
 - $[-8,00 \text{ et } +8,00]$
 - Hors zone de $[-4,00 \text{ à } +4,00]$
- **2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques** dont la sphère est :
 - $[-8,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est \leq ou $>$ à $+4,00$
 - $<$ à $-8,00$ et dont le cylindre est \geq à $0,25$
 - Positive et dont la somme S^* est \leq ou $>$ à $8,00$

- **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 :
 - $[-6,00 \text{ et } 0]$ et dont le cylindre est $>$ à $+4,00$
 - $<$ à $-6,00$ et dont le cylindre est \geq à $0,25$
 - Positive et dont la somme S^* est $>$ à $6,00$
- 1 verre de la **catégorie 3**
- Et
- 1 autre verre de la **catégorie 3**

2.4. Quelles sont les exclusions de garanties ?

Les dépenses que votre contrat ne prend pas en charge sont les suivantes :

Les exclusions liées à la nature des soins	<ul style="list-style-type: none"> ● 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.
Les exclusions réglementaires	<ul style="list-style-type: none"> ● 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.

3 Vos remboursements

3.1. Quelles sont les conditions de remboursement ?

Seuls sont remboursés :

- Les frais de santé pris en charge par le *Régime Obligatoire* sauf mention contraire dans les tableaux de garanties.
- Les actes réalisés pendant la période de validité des garanties.

Les remboursements sont effectués en euros.



Les remboursements interviennent :

Sous déduction
des remboursements
de l'Assurance Maladie
Obligatoire ou autre organisme
de complémentaire santé



Dans la limite maximum
des garanties et des frais
réels engagés



Sur justification des actes
réalisés

En cas d'Accident causé par un tiers responsable, l'Organisme assureur est subrogé dans vos droits, pour récupérer auprès de celui-ci les remboursements de frais de santé dont Vous avez bénéficiés.

Quand elles sont contractées sans fraude et conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1005 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, Vous pouvez obtenir l'indemnisation en Vous adressant à l'Organisme assureur de votre choix.

3.2. Comment demander vos remboursements ?

● Le Tiers Payant

Ce service Vous permet de ne pas régler Vous-même les frais de soins pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire auprès des professionnels de santé qui acceptent 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 devez présenter aux professionnels de santé votre carte Tiers Payant santé.

● La télétransmission

L'Assurance Maladie Obligatoire envoie directement à APRIL tous les documents nécessaires.

● Sinon, c'est à Vous de Nous transmettre votre demande de remboursement.

Avec quels documents ?

- Les originaux des décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire.
- Pour les soins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, les originaux des notes ou factures acquittées avec le numéro SIRET du praticien, le nom et prénom de l'Assuré, les actes ou prestations réalisés et 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, les factures acquittées et notes d'honoraires et, sur demande, un certificat médical détaillé.
- Pour les frais d'optique, les factures acquittées et ordonnances. En cas de renouvellement anticipé, la prescription médicale justifiant de l'évolution de la vue.
- Toute autre pièce demandée par APRIL en votre possession ou légalement accessible nécessaire à l'instruction de la demande de prestation.

Comment ?



Sur votre Espace Assuré:
monespace.april.fr



Par courrier:
APRIL Santé Prévoyance
Service Adhésion Santé - Immeuble Aprilium
114 bd Marius Vivier
69439 Lyon Cedex 03



3.3. Le contrôle médical et administratif

Si Vous avez reçu des remboursements, APRIL pourra contrôler leur bien-fondé dans les conditions suivantes :

	Nos droits de contrôle	Vos droits en cas de contrôle
Renseignements et documents	Nous pouvons Vous demander tous renseignements et documents utiles pour l'appréciation de votre droit aux prestations.	Si ces documents ou renseignements ont un caractère médical, envoyez-les sous pli confidentiel au médecin conseil d'APRIL.
Expertises	<p>Nous pouvons organiser une expertise à tout moment par un médecin indépendant, spécialisé dans les expertises médicales, soit en France soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la maladie, et à nos frais. Sous peine de déchéance de garantie, le médecin désigné par APRIL doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état. Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées. Si Vous refusez de Vous soumettre à cette expertise, Vous perdrez le droit à votre garantie.</p> <p>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.</p>	Lors de l'expertise, Vous avez la possibilité d'être accompagné du médecin de votre choix qui est agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré, et à vos frais.

3.4. La fraude aux remboursements

3.4.1. Quels sont les cas de fraude ?

- Si Vous fournissez ou utilisez volontairement des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou si Vous utilisez d'autres moyens frauduleux pour obtenir le versement des prestations.
- Si Vous faites volontairement une fausse déclaration, sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre.

3.4.2. Quelles sont les sanctions en cas de fraude ?

- La déchéance de votre droit à indemnisation (et le cas échéant, le remboursement des sommes déjà versées pour ce sinistre).
- Des poursuites pénales de la part de l'Organisme assureur.
- La résiliation de l'adhésion.

4 Vos cotisations

4.1. Le calcul et l'évolution des cotisations

● Le montant de la cotisation dépend :

- De l'âge millésime de chaque Assuré calculé au 31 décembre de l'année de la prise d'effet des garanties ou de leur modification.
- De la composition de la famille assurée.
- Du département de *Résidence* de l'Adhérent.
- Du *Régime Obligatoire* de chaque Assuré.
- Du niveau de garantie choisi.

Le montant de la cotisation est indiqué toutes taxes comprises. Il est précisé dans l'appel de cotisations.

Vous devez Nous déclarer la modification de ces critères dès que Vous en avez connaissance et au plus tard dans les 3 mois.

Si cette modification entraîne une augmentation du montant de la cotisation, Vous avez 30 jours pour l'accepter. À défaut, la résiliation intervient à la fin de cette période de 30 jours.

● Le montant de la cotisation évolue dans les cas suivants :

- Augmentation annuelle automatique de 2,5% au 1^{er} janvier de chaque année.
- Modification en cas d'évolution de la consommation médicale du *Groupe Assuré*.
- Modification liée à un changement légal, réglementaire, du taux des taxes applicables ou instauration d'une nouvelle imposition.



4.2. Le règlement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance annuellement, sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé :

- En France pour les paiements par chèque,
- Dans un pays membres de la zone SEPA pour les paiements par prélèvement.

Elle peut faire l'objet d'un fractionnement :

	Mensuel	Trimestriel	Semestriel	Annuel
Prélèvement automatique	✓ Uniquement si cotisation > 16 €/mois	✓	✓	✓
Chèque	-	-	✓	✓

4.3. En cas d'absence de paiement

Le contrat est résilié selon la procédure détaillée à la section 1.6. Résiliation du contrat, relative à la résiliation du contrat par APRIL en cas de non-paiement des cotisations.

5 Les réclamations

5.1. En cas d'insatisfaction, comment faire une réclamation ?

1 Adressez-Vous à notre Service Réclamations

 Avec le formulaire réclamation sur l'Espace Assuré https://monespace.april.fr	 Par e-mail : relationclient@april.com	 Par courrier : Service réclamations APRIL Santé Prévoyance 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 Lyon Cedex 03
--	--	--


Une réponse Vous sera apportée dans un délai de 10 jours ouvrables, et dans un délai de traitement maximal qui ne pourra excéder 2 mois.

2 Si le désaccord persiste, Vous pouvez saisir le Médiateur compétent

Toute demande de médiation doit être précédée d'une réclamation écrite auprès d'APRIL. Si la réponse apportée à votre réclamation ne Vous convient pas ou en l'absence de réponse dans les 2 mois suivant l'envoi de la première réclamation écrite, Vous pouvez alors saisir le Médiateur dans les conditions décrites ci-après.

Conditions de la saisine du Médiateur :

- Vous pouvez saisir le Médiateur de la FNMF dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation.
- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.

 Par courrier : FNMF Service de la médiation 255, rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15	 Avec le formulaire de saisine sur le site de la FNMF : https://saisine.mediateur-mutualite.fr/saisirmediateur/ Rubrique : Je sais le Médiateur
---	---

Bon à savoir :

- Cette démarche ne Vous empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours.
- Le Médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance.
- Vous pouvez Vous adresser à notre Service Réclamations pour obtenir de l'aide pour la constitution de votre dossier.

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance par Internet, Vous pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte :

Plateforme de la Commission européenne
 pour la résolution des litiges
<http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

5.2. Quel est le délai de prescription ?

Vous disposez d'un délai maximum de 2 ans pour engager toute action liée à la conclusion, à l'exécution ou à la résiliation du contrat. Le délai de 2 ans court à compter de l'événement à l'origine de l'action. Passé ce délai, tout recours sera impossible.

Article L.221-11 du Code de la mutualité

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 fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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 ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I 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, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription peut être interrompue dans les cas suivants :

Causes ordinaires

- Reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code Civil).
- Introduction d'une demande en justice (article 2241 à 2243 du Code Civil).
- 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 du créancier (article 2245 du Code Civil).
- Mesure conservatoire prévue par le Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil).
- 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).

Autres causes

- Par APRIL : action en paiement de la cotisation.
- Désignation d'experts en cas de réalisation du risque.
- Par Vous : action en paiement des garanties.

Article L.221-12 du Code de la mutualité

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 du Code de la mutualité

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.



6 La gestion administrative de votre contrat

APRIL est en charge de la gestion administrative de votre contrat, de l'adhésion jusqu'à sa résiliation.

C'est donc à APRIL que Vous devez adresser l'ensemble de vos demandes liées à votre contrat.

Soit directement par le biais de votre Espace Assuré, soit par courrier :

Pour toutes demandes relatives au règlement des prestations :

APRIL
Service Prestations
TSA 60002
69439 Lyon Cedex 03

Pour toute autre demande relative à votre contrat :

APRIL
Service Adhésion Santé
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 Lyon Cedex 03

L'ensemble de nos échanges et de nos documents sont sauvegardés dans votre Espace Assuré. Si Vous Vous opposez à la communication par e-mail, Nous Vous adresserons des courriers.

Vous devez Nous avertir immédiatement de tout changement de votre adresse postale et/ou électronique. Sinon, les informations envoyées à votre dernière adresse connue sont considérées comme valablement transmises.

VOTRE ESPACE ASSURÉ

Vous pourrez créer votre compte directement depuis la page de connexion de votre Espace Assuré.

Réalisez toutes vos démarches en ligne :

- Téléchargez votre carte de Tiers-Payant et tous vos documents,
- Déposez vos demandes de remboursement,
- Réalisez une prise en charge hospitalière, un devis optique ou dentaire,
- Demandez à modifier votre contrat (évolution de vos niveaux de garanties, ajout d'ayant-droit...).

Télécharger dans
l'App Store

Google Play

Rendez-vous sur
monespace.april.fr
ou téléchargez
l'application
gratuite «APRIL
Santé Prévoyance
Emprunteur»

7 Traitement de vos données personnelles

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

Certains traitements relèvent de la seule responsabilité d'APRIL ou de l'Organisme assureur.

Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont Vous bénéficiez, renseignez-vous auprès :

- D'APRIL : consultez la Lettre d'information sur le Traitement de vos données personnelles accessible sur votre Espace Assuré.
- Auprès de l'Organisme assureur : consultez la Politique de données personnelles disponible sur le site.



Mots-clés

Mots clés	Définitions
100% Santé	Dispositif qui permet d'obtenir le remboursement à 100% (<i>Remboursement de la Sécurité sociale</i> inclus) des frais de certaines prestations d'optique, d'aide auditive et de prothèses dentaires définies réglementairement. Ce dispositif n'est accessible qu'au bénéficiaire d'un <i>Contrat Responsable</i> .
Accident	Lorsque, pendant la période de validité de ses garanties, l'Assuré est victime d'une atteinte physique non intentionnelle, provoquée par l'action brusque, soudaine et violente d'une cause extérieure.
Année d'Adhésion	Période de 12 mois entre deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties indiquée sur le <i>Certificat d'Adhésion</i> pour chaque Assuré.
Assurance Maladie Obligatoire	L'Assurance Maladie Obligatoire comprend l'ensemble des Régimes Obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé des assurés.
Base de Remboursement (BR)	C'est le tarif de référence retenu par l'Assurance Maladie obligatoire pour chaque acte médical, afin de déterminer le remboursement. Il peut s'agir du tarif de responsabilité, du tarif forfaitaire de responsabilité, du tarif d'autorité ou de convention.
Certificat d'Adhésion	Document remis à l'Adhérent justifiant son adhésion au contrat et précisant les garanties souscrites, leur date d'effet, le niveau choisi et les personnes assurées au contrat.
Conjoint	Époux ou épouse de l'Adhérent à condition de ne pas être divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou à l'amiable dès lors que la séparation est transcrite à l'état civil, ou concubin déclaré, ou cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec l'Adhérent.
Contrat Responsable	Lorsque le contrat respecte les planchers et plafonds de remboursement prévus par la loi pour favoriser le recours aux soins et inciter à limiter les dépenses de santé. Les garanties couvrent dans la limite des plafonds légaux : <ul style="list-style-type: none"> ● Le <i>Ticket Modérateur</i> pour les soins de ville et l'<i>Hospitalisation</i>. ● Le <i>Forfait Journalier Hospitalier</i>. ● Le panier de soins <i>100% Santé</i> : <ul style="list-style-type: none"> ● Pour les équipements optiques. ● Pour les prothèses dentaires et les aides auditives. Aucune exclusion de garanties mentionnée dans cette Notice ne s'applique aux obligations de prise en charge prévues par la réglementation.
Contrat Solidaire	Il s'agit d'un contrat non soumis à des formalités d'acceptation médicale et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés.
Dispositif Madelin	Il Vous permet de bénéficier du régime fiscal prévu par la loi n°94-126 du 11/02/1994 dite « <i>Loi Madelin</i> ». Pour en bénéficier, Vous devez : <ul style="list-style-type: none"> ● Adhérer à un <i>Contrat Responsable</i>. ● Relever du régime fiscal des BIC ou BNC ou des traitements et salaires (article 62 du Code général des impôts). ● Être à jour du paiement des cotisations des Régimes Obligatoires d'assurances maladie et vieillesse.
Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	En consultant un médecin adhérent au DPTAM, Vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par l'Assurance Maladie Obligatoire et par votre complémentaire santé responsable. Il existe 2 dispositifs DPTAM : <ul style="list-style-type: none"> ● OPTAM-CO, pour les spécialistes en chirurgie et obstétrique. ● OPTAM, pour tous les autres professionnels de santé.
Enfant	<i>Enfant</i> « à charge » de l'Adhérent ou de son <i>Conjoint</i> , jusqu'au 31 décembre de ses 20 ans, qui bénéficie des prestations en nature d'un <i>Régime Obligatoire</i> . La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française.
Forfait Journalier Hospitalier	Frais d'hébergement et d'entretien liés à une <i>Hospitalisation</i> pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé y compris le jour de sortie.
Groupe Assuré	Ensemble des Assurés répondant à des critères communs (<i>Année d'adhésion</i> , âge des Assurés, zone géographique de la <i>Résidence</i> , composition de la famille Assurée, <i>Régime Obligatoire</i> et garanties souscrites).

Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> ● Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier répondant aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> ● Hôpital ou clinique habilité à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées. ● Possédant les autorisations administratives locales. ● Agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays. ● Disposant du personnel nécessaire. ● Séjour de moins de 24 heures pour des actes chirurgicaux spécifiquement classés ADC/KC (<i>Hospitalisation ambulatoire</i>). ● <i>Hospitalisations</i> à domicile (H.A.D.) prises en charge par la Sécurité sociale.
Parcours de Soins Coordonnés	Cette réglementation Vous impose de déclarer un médecin traitant, et en cas de consultation d'un autre médecin, d'avoir été préalablement adressé par votre médecin traitant. À défaut, Vous bénéficierez d'un remboursement minoré par la Sécurité sociale et votre contrat complémentaire santé ne pourra prendre en charge ce reste à charge spécifique.
Régime d'assurance maladie Obligatoire	C'est le régime d'assurance maladie obligatoire français. Suivant votre situation, Vous relevez : <ul style="list-style-type: none"> ● Du régime général (salarié et TNS). ● Du régime agricole. ● Du régime social d'Alsace/Moselle.
Remboursement de la Sécurité sociale	Il est égal à la <i>Base de Remboursement</i> multipliée par le <i>Taux de Remboursement</i> .
Résidence	Lieu d'habitation habituel et effectif de l'Adhérent et de sa famille.
Secteur Conventiionné	L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et l'Assurance Maladie Obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés. On peut distinguer les professionnels du secteur 1 qui s'engagent à respecter les bases de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. De ceux du secteur 2 qui sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.
Secteur Non Conventiionné	Professionnels de santé qui pratiquent des tarifs libres (plus élevés que les conventionnés).
Taux de Remboursement de l'Assurance Maladie	Le <i>Taux de Remboursement</i> varie selon : <ul style="list-style-type: none"> ● La prestation ou le produit (par exemple, 100%, 65%, 30% ou 15% selon les médicaments). ● La situation de l'Assuré (par exemple, 100% en cas de maternité ou d'affection longue durée). ● Le respect du <i>Parcours de Soins</i> Coordonnés (réduction du taux en dehors du parcours).
Ticket Modérateur	C'est la quote-part que la Sécurité sociale laisse à la charge de l'Assuré, c'est à dire la différence entre la <i>Base de Remboursement</i> de la Sécurité sociale et le <i>Remboursement</i> par la Sécurité sociale.



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 à 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 1er 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. À 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 Assemblée Générale Ordinaire 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 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 décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des Membres Adhérents présents ou représentés.

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 D'UNMI'Mut

Approuvés par l'Assemblée
générale du 9 juin 2022

SOMMAIRE

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE	5	<i>Article 18 - Compétences de l'assemblée générale</i>	8
CHAPITRE I - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE	5	<i>Article 19 - Délégation de pouvoirs de l'assemblée générale</i>	9
<i>Article 1 - Dénomination</i>	5	<i>Article 20 - Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale</i>	9
<i>Article 2 - Siège de la Mutuelle</i>	5	CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION	9
<i>Article 3 - Objet de la Mutuelle</i>	5	SECTION 1 - ORGANISATION	9
<i>Article 4 - Relations entre la Mutuelle et ses membres</i>	5	<i>Article 21 - Composition</i>	9
<i>Article 5 - Règlement intérieur</i>	6	<i>Article 22 - Cumul de mandats</i>	9
CHAPITRE II - CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION	6	<i>Article 23 - Candidatures</i>	9
SECTION 1 - ADHÉSION	6	<i>Article 24 - Condition d'éligibilité - Limite d'âge</i>	10
<i>Article 6 - Catégories de membres</i>	6	<i>Article 25 - Modalités de l'élection</i>	10
<i>Article 7 - Modalités d'adhésion à la Mutuelle</i>	6	<i>Article 26 - Durée du mandat</i>	10
SECTION 2 - RÉSILIATION - RADIATION - EXCLUSION	6	26.1 - Démission d'office	10
<i>Article 8 - Résiliation</i>	6	26.2 - Révocation	10
<i>Article 9 - Radiation</i>	7	<i>Article 27 - Renouvellement</i>	10
<i>Article 10 - Exclusion</i>	7	<i>Article 28 - Vacance en cours de mandat</i>	10
<i>Article 11 - Conséquences de la radiation, de la démission ou de l'exclusion</i>	7	<i>Article 29 - Représentants des salariés au conseil d'administration</i>	10
TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	7	SECTION 2 - FONCTIONNEMENT	10
CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	7	<i>Article 30 - Réunions</i>	10
SECTION 1 - DÉSIGNATION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	7	<i>Article 31 - Délibérations</i>	11
<i>Article 12 - Composition de l'assemblée générale</i>	7	<i>Article 32 - Attributions</i>	11
<i>Article 13 - Sections de vote</i>	7	<i>Article 33 - Délégations</i>	11
13.1 - Section de vote opérations individuelles	7	<i>Article 34 - Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais</i>	11
13.2 - Section de vote opérations collectives	7	<i>Article 35 - Interdictions</i>	11
<i>Article 14 - Élections des délégués</i>	7	<i>Article 36 - Conventions réglementées soumises à autorisation</i>	12
SECTION 2 - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	7	<i>Article 37 - Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information</i>	12
<i>Article 15 - Convocation</i>	7	<i>Article 38 - Conventions interdites</i>	12
<i>Article 16 - Ordre du jour</i>	7	<i>Article 39 - Obligations de l'administrateur</i>	12
<i>Article 17 - Quorum et modalités de vote de l'assemblée générale</i>	8	<i>Article 40 - Responsabilités</i>	12
17.1 - Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité qualifiée pour être adoptées	8	CHAPITRE III - PRÉSIDENT, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET BUREAU	12
17.2 - Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simples pour être adoptées	8	<i>Article 41 - Direction effective</i>	12
17.3 - Modalités de vote	8	SECTION 1 - PRÉSIDENT	12
SECTION 3 - DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	8	<i>Article 42 - élection et révocation du président</i>	12
		<i>Article 43 - Vacance en cours de mandat</i>	13
		<i>Article 44 - Attributions du président</i>	13

SECTION 2 - DIRECTEUR GÉNÉRAL, DIRIGEANT	
OPÉRATIONNEL	13
Article 45 - Nomination - attributions	13
SECTION 3 - BUREAU.....	13
Article 46 - Composition	13
Article 47 - Fonctions du bureau et de ses membres	14
47.1 - Fonctions du bureau	14
47.2 - Fonctions du vice-président	14
47.3 - Fonctions du secrétaire général	14
47.4 - Fonctions du trésorier	14
Article 48 - Réunions et délibérations du bureau	14
CHAPITRE IV - COMITÉ D'AUDIT	14
Article 49 - Composition	14
Article 50 - Missions	14
Article 51 - Fonctionnement	14
CHAPITRE V - ORGANISATION FINANCIÈRE	15
SECTION 1 - PRODUITS ET CHARGES.....	15
Article 52 - Produits	15
Article 53 - Charges	15
SECTION 2 - AUTRES DISPOSITIONS.....	15
Article 54 - Fonds d'établissement	15
Article 55 - Système fédéral de garantie	15
Article 56 - Exercice comptable	15
Article 57 - Commissaire aux comptes	15
TITRE III - INFORMATION DES ADHERENTS	15
Article 58 - étendue de l'information	15
58.1 - Opérations individuelles	15
58.2 - Opérations collectives	15
TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES.....	15
Article 59 - Fonds d'action sociale	15
Article 60 - Dissolution et liquidation	15
Article 61 - Protection des données à caractère personnel	16

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 - Dénomination

Il est constitué une mutuelle dénommée UNMI'Mut qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif (ci-après dénommée «la Mutuelle»).

Elle est soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 851 629 162.

Article 2 - Siège de la Mutuelle

Le siège de la Mutuelle est situé 50 avenue Daumesnil 75012 Paris.

Il peut être transféré en tout autre endroit du même département ou d'un département limitrophe sur décision du conseil d'administration, sous réserve de ratification de cette décision par la plus proche assemblée générale, et en tout autre lieu par délibération de l'assemblée générale qui se prononce alors au quorum et à la majorité renforcés.

Article 3 - Objet de la Mutuelle

La Mutuelle a pour objet principal de fournir à ses membres participants et à leurs ayants droit des prestations relevant de l'une des trois branches 1-Accidents, 2-Maladie et 20-Vie-décès au moyen des cotisations versées par ses membres participants.

Elle prend en considération les enjeux sociaux et environnementaux dans ses activités.

À cet effet, la Mutuelle peut réaliser les opérations d'assurance suivantes dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives :

- couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;
- contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine.

La Mutuelle peut également :

- mettre en œuvre une action sociale dans la mesure où ses activités sont accessoires et accessibles uniquement à ses membres participants et à leurs ayants droit dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ;
- passer toutes conventions nécessaires à l'amélioration des services aux adhérents ;
- contracter des engagements techniques en co-assurance avec des mutuelles ou unions régies par le code de la mutualité, des institutions de prévoyance ou unions régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et avec des entreprises d'assurance mentionnées à l'article L.310-2 du code des assurances tant en qualité d'apporteur que de co-assureur ;
- accepter ou céder en réassurance tout ou partie des risques pour lesquels elle est agréée avec tout organisme autorisé à pratiquer cette activité et quel que soit son statut juridique ;
- intervenir en qualité de garant en substitution de mutuelle ou union de mutuelles régies par le code de la mutualité dans les conditions prévues à l'article L.211-5 du code de la mutualité ;

- souscrire auprès d'autres opérateurs titulaires d'un agrément d'assurance toutes garanties collectives d'assurance susceptibles de compléter les engagements techniques de la Mutuelle et de présenter lesdites garanties ;
- réaliser, tant en qualité de mandant que de mandataire, toutes opérations d'intermédiation visées aux articles L.116-1 à L.116-4 du code de la mutualité ;
- adhérer à toute association en vue de faire bénéficier ses adhérents Travailleurs Non-Salariés du dispositif instauré par la loi n° 94-126 du 11 février 1994 modifiée dite « loi Madelin » ;
- assurer, à titre accessoire, la prévention des risques de dommages corporels, mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires et sociales accessibles aux souscripteurs d'un contrat dans le respect des dispositions de l'article L.111-1 III du code de la mutualité ;
- offrir à ses membres participants et à leurs ayants droit l'accès à des réalisations sanitaires, sociales et culturelles, par la signature de conventions avec d'autres mutuelles ou unions régies par le livre III du code de la mutualité.

Et d'une manière plus générale, la Mutuelle a pour objet de :

- réaliser les opérations de gestion nécessaires à la mise en œuvre des différentes opérations mentionnées ci-dessus et de déléguer, par voie de convention, tout ou partie de certaines de ces opérations de gestion à tout groupement ou toute structure juridique ;
- prendre en charge la gestion technique et administrative d'autres personnes morales ;
- conclure tout accord de partenariat, de participer à toute union ou bien encore de constituer tout groupement de droit ou de fait avec d'autres organismes ;
- constituer ou de s'affilier à une Union Mutualiste de Groupe (UMG) ainsi qu'à une Union de Groupe Mutualiste (UGM). La Mutuelle pourra également s'affilier à une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM), à un Groupement d'Assurance Mutuelle (GAM), un Groupement Assurantiel de Protection Sociale (GAPS), une Société de Groupe Assurantiel de Protection Sociale (SGAPS), conformément aux dispositions du code des assurances ;
- prendre une participation dans toute société civile ou commerciale par voie de création, d'apport, de souscription ou d'achat de droits sociaux dans le respect des dispositions du code de la mutualité ;
- constituer ou de devenir membre d'une association ou d'un groupement d'intérêt économique (GIE) ;
- réaliser toutes opérations techniques ou non techniques utiles ou connexes à l'un de ses objets.

Article 4 - Relations entre la Mutuelle et ses membres

La Mutuelle s'engage contractuellement envers ses membres participants, dans le respect des lois et règlements en vigueur et notamment du code de la mutualité et des dispositions applicables en mutualité de la loi modifiée dite Evin du 31 décembre 1989 :

- soit en conséquence d'une adhésion individuelle, pour les opérations relevant des dispositions du II de l'article L.221-2 du code de la mutualité ;

- soit en conséquence d'une adhésion facultative à un contrat collectif, pour les opérations relevant des dispositions du 1° du III de l'article L.221-2 du code de la mutualité ;
- soit en conséquence d'une affiliation obligatoire à un contrat collectif souscrit par un employeur ou une personne morale, pour les opérations relevant des dispositions du 2° du III de l'article L.221-2 du code de la mutualité.

Les relations entre la Mutuelle et ses membres sont régies par :

- des règlements mutualistes, en application de l'article L.114-1 du code de la mutualité, adoptés par le conseil d'administration qui définissent le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations ;
- les contrats collectifs souscrits auprès de la Mutuelle par une personne morale pour le compte de ses salariés ou de ses membres. Les contrats collectifs et les notices d'information y afférentes déterminent les droits et obligations de la Mutuelle, des souscripteurs et des membres participants affiliés ou adhérents, les garanties et les conditions de leur mise en œuvre, les cotisations et les prestations prévues par ces contrats.

En application des dispositions du 1° de l'article R.343-1 du code des assurances, la Mutuelle constitue dans ses comptes des provisions techniques dont le niveau permet d'assurer le règlement intégral de la totalité de ses engagements techniques, dans le respect des dispositions du code des assurances traduisant les modalités de cette obligation.

Article 5 - Règlement intérieur

Les conditions d'application des présents statuts sont définies dans un règlement intérieur, adopté et modifié par le conseil d'administration.

Le règlement intérieur est remis par tout moyen aux membres de la Mutuelle, notamment par la voie électronique. Tous les membres participants et honoraires sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

CHAPITRE II - CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 - ADHÉSION

Article 6 - Catégories de membres

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

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Les ayants droit sont les personnes rattachées à un membre participant de la Mutuelle, pour lesquelles le membre participant s'est acquitté d'une cotisation. Les catégories d'ayants droit sont précisées dans le règlement mutualiste.

À leur demande expresse formulée auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal. Cette disposition s'applique quelle

que soit la nature des prestations dont bénéficie le mineur de plus de 16 ans.

Les membres honoraires peuvent être soit des personnes physiques qui versent des cotisations, contributions ou dons ; soit des personnes physiques ayant rendu des services équivalents à la Mutuelle, sans bénéficier de ses prestations.

Les membres honoraires peuvent être des personnes morales ayant souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle.

L'attribution de la qualité de membre honoraire est subordonnée à un agrément du conseil d'administration.

Article 7 - Modalités d'adhésion à la Mutuelle

Acquièrent sans formalisme individuel particulier et de plein droit les qualités de membre participant et d'ayant droit de la Mutuelle les personnes inscrites en ces qualités à l'effectif de l'UNMI à la date de publication au Journal officiel des arrêtés du ministre chargé de la mutualité approuvant le transfert à la Mutuelle des portefeuilles d'engagements de l'UNMI.

Adhèrent à la Mutuelle, à titre individuel, en qualité de membres participants, les personnes physiques qui remplissent les conditions définies à l'article 6, à l'exception des ayants droit, qui font acte d'adhésion constaté par la signature d'un bulletin d'adhésion et confirmé par le premier versement de cotisation. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le ou les règlements mutualistes.

Adhèrent à la Mutuelle, dans le cadre de contrats collectifs facultatifs, en qualité de membres participants, les personnes qui font acte d'adhésion constaté par la signature d'un bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, et du règlement intérieur et des droits et obligations définis dans le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

Adhèrent à la Mutuelle, dans le cadre de contrats collectifs obligatoires, en qualité de membres participants, les personnes qui font acte d'adhésion attesté par la signature du bulletin d'affiliation. La signature du bulletin d'affiliation à la Mutuelle emporte acceptation des stipulations des présents statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle, des droits et obligations définis dans la notice d'information ainsi que du contrat conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

SECTION 2 - RÉSILIATION - RADIATION - EXCLUSION

Article 8 - Résiliation

Le membre participant pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives facultatives, la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives obligatoires peuvent mettre fin à l'adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans dans les conditions mentionnées par la loi, dans le ou les règlements mutualistes ou au contrat.

La Mutuelle peut résilier des contrats individuels ou collectifs pour défaut de paiement des cotisations dans les conditions définies par le code de la mutualité.

Article 9 – Radiation

Sont radiés les membres participants qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts et le règlement intérieur subordonnent l'adhésion. Sont radiés les membres participants dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues par la législation en vigueur, notamment par les articles L.221-7, L.221-8 et L.221-17 du code de la mutualité.

Article 10 – Exclusion

Peuvent être exclus les membres participants et honoraires qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice matériel ou moral ainsi que ceux ayant commis ou tenté de commettre un acte frauduleux en vue de bénéficier des prestations de la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour l'un de ces motifs est convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés par lettre recommandée avec avis de réception avec un délai de prévenance d'au moins quinze jours. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée, sans autre formalité, par le conseil d'administration.

Article 11 – Conséquences de la radiation, de la démission ou de l'exclusion

La démission, la radiation, la résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées au titre de la période d'effet des garanties.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation, de résiliation ou de l'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies et sans préjudice des stipulations des règlements, des contrats collectifs ainsi que des dispositions légales en faveur des membres participants et des autres bénéficiaires des prestations de la Mutuelle.

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

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE**CHAPITRE I – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE****SECTION 1 – DÉSIGNATION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE****Article 12 – Composition de l'assemblée générale**

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote élus par les membres participants de la Mutuelle.

Article 13 – Sections de vote

Tous les membres participants de la Mutuelle sont répartis en sections de vote. Les sections de vote sont au nombre de deux :

- une section de vote représentant les membres participants au titre des opérations individuelles ;
- une section de vote représentant les membres participants au titre des opérations collectives facultatives ou obligatoires ;

Chaque délégué élu par la section dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

13.1 - Section de vote opérations individuelles

Le nombre de délégués est déterminé en appliquant le ratio de 1 délégué par tranche entamée de 350 membres participants pour les opérations individuelles.

13.2 - Section de vote opérations collectives

Le nombre de délégués est déterminé en appliquant le ratio de 1 délégué par tranche entamée de 400 membres participants pour les opérations facultatives ou obligatoires.

Article 14 – Élections des délégués

Les membres de chaque section de vote, élisent parmi eux un ou plusieurs délégués à l'assemblée générale, conformément aux dispositions des statuts et du règlement intérieur.

Les délégués sont élus pour six (6) ans renouvelables.

Les élections des délégués ont lieu par correspondance et/ou par internet.

La perte de la qualité de membre participant entraîne d'office et à la même date la perte de celle de délégué.

Les mineurs de plus de 16 ans, ayant la qualité de membre participant, exercent personnellement leur droit de vote.

Le règlement intérieur précise les dispositions complémentaires relatives aux élections et à la désignation des délégués.

SECTION 2 – RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**Article 15 – Convocation**

L'assemblée générale est convoquée au moins une fois par an par le président du conseil d'administration, par lettre simple et/ou par voie électronique quinze jours avant la date de l'assemblée générale adressée à chaque délégué.

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

Lorsqu'une assemblée générale n'a pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde assemblée peut être convoquée six jours au moins à l'avance, dans les mêmes formes que la première. La convocation de cette seconde assemblée reproduit la date et l'ordre du jour de la première.

Article 16 – Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée générale ainsi que le lieu de sa réunion sont arrêtés par l'auteur de la convocation.

Toutefois, les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée générale de

projets de résolutions, dans les conditions de l'article L.114-8 du code de la mutualité, s'ils représentent 25 % des membres de l'assemblée générale.

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

L'ordre du jour doit préciser les règles de quorum et de majorité applicables aux délibérations correspondantes.

Article 17 – Quorum et modalités de vote de l'assemblée générale

17.1 – Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité qualifiée pour être adoptées

Lorsqu'elle se prononce sur :

- la modification des statuts ;
- les activités exercées ;
- le cas échéant, le montant des droits d'adhésion ;
- les montants ou taux de cotisation ;
- les prestations offertes ;
- le transfert de portefeuille ;
- les principes directeurs en matière de réassurance et le choix d'un réassureur non régi par le code de la mutualité ;
- la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union.

L'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents, représentés ou, le cas échéant, ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L.114-13 du code de la mutualité est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibère valablement si le nombre de délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés. Une feuille de présence est tenue et il est dressé un compte rendu de toute assemblée générale.

Les votes ont lieu à main levée sauf autre disposition contraire ou demande exprimée par un tiers au moins des délégués présents. Nul délégué ne pourra être titulaire de plus de deux délégations de vote de la part d'un autre délégué s'ajoutant à sa voix.

17.2 – Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simples pour être adoptées

L'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de voix des membres à jour de leur cotisation dont disposent les délégués présents ou représentés est, au moins, égal au quart du total des voix des membres de la Mutuelle.

Si le quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée générale est convoquée huit jours francs au moins à l'avance. Elle délibère valablement lors de cette deuxième assemblée générale quel que soit le nombre de délégués présents ou représentés.

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au paragraphe 17.1, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents et représentés est au moins égal au 1/4 du nombre total des délégués.

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

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés. Une feuille de présence sera tenue et il sera dressé un compte rendu de toute assemblée générale.

Les votes ont lieu à main levée sauf autre disposition contraire ou demande exprimée par un tiers au moins des délégués présents. Nul délégué ne pourra être titulaire de plus de deux délégations de vote de la part d'un autre délégué s'ajoutant à sa voix.

17.3 – Modalités de vote

Chaque délégué dispose d'une voix.

En cas d'impossibilité d'assister à l'assemblée générale, le délégué peut se faire représenter par un autre délégué, sans toutefois que le nombre de voix exprimées par un même délégué puisse excéder trois, y compris la sienne.

Un formulaire de vote par procuration est joint à la convocation. Le délégué empêché devra compléter et signer le formulaire et le faire signer par son mandataire. Le formulaire devra être transmis à la Mutuelle au moins cinq jours avant la date de tenue de l'assemblée générale réunie sur première convocation ou au moins deux jours avant sur seconde convocation.

SECTION 3 – DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.

Article 18 – Compétences de l'assemblée générale

L'assemblée générale statue sur les questions et projets de résolution inscrits à l'ordre du jour.

Elle procède, par vote à bulletin secret, à l'élection des membres du conseil d'administration et à leur révocation.

L'assemblée générale a compétence exclusive pour statuer sur :

- les modifications des statuts ;
- les activités exercées ;
- l'existence et le montant des droits d'adhésion dans les conditions de l'article L.114-9 du code de la mutualité ;
- le montant du fonds d'établissement ;
- les montants ou les taux de cotisations et de prestations dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité. Conformément à l'article L.114-11 du code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable que pour un an ;
- l'adhésion à une union, à une union mutualiste de groupe ou une union de groupe mutualiste ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union, d'une union mutualiste de groupe ou d'une union de groupe mutualiste ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle, d'une mutuelle dédiée ou d'une union ou encore d'une union de groupe mutualiste ou d'une union mutualiste de groupe, conformément respectivement aux articles L.111-3, L.111-4 et L.111-4-1 et L.111-4-2 du code de la mutualité ;

- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du code de la mutualité ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire ;
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité ;
- le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou unions régies par les livres II et III du code de la mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même code ;
- le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2 du code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité ;
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
- la nomination du commissaires aux comptes ;
- les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité.

Article 19 – Délégation de pouvoirs de l'assemblée générale

Pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable qu'un an.

Article 20 – 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 sous réserve de leur conformité aux dispositions du code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès leur notification aux membres participants dans les conditions prévues dans les règlements mutualistes ou les contrats collectifs.

CHAPITRE II – CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 – ORGANISATION

Article 21 – Composition

La Mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 12 membres élus parmi les membres participants et les membres honoraires.

Le conseil d'administration est composé :

- pour les deux tiers au moins d'administrateurs ayant la qualité de membres participants ;
- pour moitié d'administrateurs ayant également la qualité de membre du conseil d'administration de l'UNMI.

Les membres du conseil d'administration doivent disposer de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience requises, conformément aux dispositions de l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Le conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes.

Article 22 – Cumul de mandats

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions, fédérations, déduction faite de ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité.

Le président du conseil d'administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur, dont au plus deux mandats de président de conseil d'administration d'une fédération ou d'une union ou d'une mutuelle. Dans le décompte des mandats de président, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité.

Dans le décompte des mandats, sont pris en compte pour un seul mandat, ceux détenus dans des organismes mutualistes faisant partie d'un groupe au sens de l'article L.356-1 du code des assurances.

Dans le décompte des mandats, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les fédérations définies à l'article L.111-5 du code de la mutualité et les unions qui ne relèvent ni du livre II ni du livre III du même code, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

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

Article 23 – Candidatures

Les candidatures doivent être adressées au siège de la Mutuelle trente (30) jours francs au moins avant la date de l'assemblée générale.

Les candidatures peuvent être soit adressées par lettre recommandée avec avis de réception (le cachet de la poste faisant foi), soit déposées contre accusé de réception délivré par le siège de la Mutuelle (la date de dépôt faisant foi).

Les candidatures peuvent également être présentées en

plus ou en substitution des candidatures au moyen d'un écrit papier via un site ou une page d'un site conforme aux exigences de la délibération 2010-371 du 20 octobre 2010 de la CNIL et sous le contrôle d'un organisme indépendant qui doit certifier la conformité des sites. Elles doivent être complétées avant l'assemblée générale d'une déclaration sur l'honneur émanant du candidat et précisant le nombre, la nature et la durée des autres mandats d'administrateurs qu'il détient au sein d'autres organismes mutualistes.

Article 24 - Condition d'éligibilité - Limite d'âge

Est éligible au conseil d'administration, tout membre de la Mutuelle, à la condition :

- d'être à jour de ses cotisations ou d'être agréé par le conseil d'administration ;
- d'être âgé de dix-huit ans révolus ;
- de ne pas avoir été, au cours des trois années précédant l'élection, salarié 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 ;
- de n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations énumérées à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Aussi, avant son élection, le candidat à la fonction d'administrateur est tenu de déclarer l'ensemble de ses activités professionnelles et les fonctions électives qu'il entend conserver.

Le nombre des membres du conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du conseil d'administration.

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

Article 25 - Modalités de l'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletins secrets par l'assemblée générale selon le mode de scrutin suivant : scrutin plurinominal à un tour, à la majorité relative des suffrages.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Article 26 - Durée du mandat

Les administrateurs sont élus pour une durée de 6 ans. Leur mandat prend fin à l'issue de l'assemblée générale qui se tient au cours de la sixième année suivant leur élection et qui statue sur les comptes de l'exercice écoulé.

26.1 - Démission d'office

Les administrateurs sont déclarés démissionnaires d'office par le conseil d'administration et cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées au dernier alinéa de l'article 24 ;
- à défaut d'avoir présenté leur démission, dans les conditions définies à l'article L.114-23 du code de la mutualité, lorsqu'ils appartiennent à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou

fédérations et que leur mandat d'administrateur au sein de la Mutuelle est le plus récent ;

- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité ;
- en cas d'incapacité ou incompatibilité avec une disposition légale ou réglementaire.

26.2 - Révocation

Un administrateur peut être révoqué par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration en cas d'absence sans motif valable à 3 séances consécutives.

En cas de manquement aux missions d'administrateur, l'assemblée générale peut décider de révoquer un administrateur sur proposition motivée du conseil d'administration.

Article 27 - Renouvellement

Le renouvellement du conseil d'administration a lieu par moitié tous les 3 ans, en fonction des échéances des mandats des administrateurs.

Les administrateurs sortants sont rééligibles.

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

Article 28 - Vacance en cours de mandat

Le poste devenu vacant en cours de mandat (par décès, démission, cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier, ou toute autre motif) et remettant en cause le nombre minimum légal d'administrateurs, peut être pourvu provisoirement, par cooptation, par le conseil d'administration, sous réserve de ratification par la prochaine assemblée générale.

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

L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs deviendrait inférieur au minimum légal, fixé à 10, du fait d'une ou plusieurs vacances pour l'un des faits évoqués ci-dessus, une assemblée générale serait convoquée par le président afin d'élire de nouveaux administrateurs.

Article 29 - Représentants des salariés au conseil d'administration

Dans le cadre de la représentation des salariés prévue par l'article L.114-16-2 du code de la mutualité, lorsque la Mutuelle emploie au moins cinquante salariés, deux représentants des salariés assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration. Les représentants des salariés sont élus par un collège composé des membres du comité d'entreprise et des délégués du personnel.

SECTION 2 - FONCTIONNEMENT

Article 30 - Réunions

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du

président et au moins quatre fois par an.

Sauf en cas d'urgence, la convocation est adressée par voie électronique aux membres du conseil d'administration, au dirigeant opérationnel et aux représentants des salariés, cinq jours au moins avant la date de réunion.

Le président établit l'ordre du jour et le joint à la convocation.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart au moins des membres du conseil d'administration.

Conformément à l'article L.114-20 du code de la mutualité, les personnes appelées à assister aux réunions sont tenues à l'obligation de confidentialité des informations données.

Les réunions peuvent avoir lieu par visio-conférence au moyen d'un équipement adapté, sécurisé et qui garantisse le cas échéant l'anonymat des votes exprimés au moyen d'un logiciel de vote électronique conforme aux exigences de la délibération 2010-371 du 20 octobre 2010 de la CNIL et sous le contrôle d'un organisme indépendant qui doit certifier la conformité des sites.

Article 31 - Délibérations

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

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

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

Article 32 - Attributions

Le conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.

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

Il donne son autorisation préalable à toute convention conclue avec un administrateur en application de l'article L.114-32 du code de la mutualité.

À la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit, conformément à l'article L.114-17 du code de la mutualité, un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale.

Le conseil d'administration :

- produit et valide l'ORSA (évaluation interne des risques et de la solvabilité), valide le RSR (rapport régulier au superviseur) ;
- valide le SFCR (rapport sur la solvabilité et la situation financière) ;
- valide le rapport sur la lutte contre le blanchiment et financement du terrorisme ;
- valide le rapport sur les procédures d'élaboration de l'information comptable et financière, valide tout rapport ad-hoc sur sollicitation de l'ACPR ;
- agréée à la majorité simple les membres honoraires.

Il établit chaque année un rapport qui rend compte des opérations d'intermédiation et qu'il présente à l'assemblée générale.

Il approuve les politiques écrites de la Mutuelle et veille à ce que ces politiques soient mises en œuvre.

Conformément à l'article L.114-9 du code de la mutualité, le conseil d'administration adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II 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 d'administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du conseil d'administration ou le cas échéant au dirigeant opérationnel.

Le conseil d'administration approuve le règlement intérieur.

Le conseil d'administration agréé les membres honoraires sur proposition du président.

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

Article 33 - Délégations

Le conseil d'administration peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs nommément désignés.

Le conseil d'administration fixe également les conditions dans lesquelles il délègue au dirigeant opérationnel 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.

Article 34 - Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à des administrateurs, rembourser les frais, dans les conditions prévues aux articles L.114-26 et L.114-27 du code de la mutualité.

L'assemblée générale peut décider d'allouer annuellement une indemnité au président ou/et à ceux des administrateurs qui, à raison des attributions permanentes qui leur sont confiées, supportent des sujétions particulièrement importantes.

Article 35 - Interdictions

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

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur. 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 se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Article 36 - Conventions réglementées soumises à autorisation

Toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs 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.

Il en est de même des conventions auxquelles un administrateur 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 de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur et toute personne morale appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité.

La décision du conseil d'administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du conseil d'administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

Article 37 - Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les dispositions de l'article 36 ne sont pas applicables aux conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales définies par décret.

Toutefois ces conventions sont communiquées par les intéressés au président du conseil d'administration.

La liste et l'objet des dites conventions sont communiqués par le président aux membres du conseil d'administration et au commissaire aux comptes. Ces éléments sont présentés par l'assemblée générale dans les conditions fixées par décret pris en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité.

Article 38 - Conventions interdites

Conformément à l'article L.114-37 du code de la mutualité, il est interdit aux administrateurs de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque l'administrateur peut en bénéficier aux mêmes conditions que celles offertes par la Mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des administrateurs ainsi qu'à toute personne interposée.

Article 39 - Obligations de l'administrateur

Les administrateurs sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

L'administrateur intéressé est tenu d'informer le conseil d'administration de la Mutuelle dès qu'il a connaissance d'une convention à laquelle l'article 36 est applicable.

Il ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

L'administrateur informe la Mutuelle de toute modification intervenant dans les mandats qu'il exerce au sein d'organismes mutualistes et ayant fait l'objet d'une déclaration lors de sa candidature.

Article 40 - Responsabilités

Conformément à l'article L.114-29 du code de la mutualité, 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 des fautes commises dans leur gestion.

CHAPITRE III - PRÉSIDENT, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET BUREAU

Article 41 - Direction effective

La direction effective de la Mutuelle est assurée par le président du conseil d'administration et par le directeur général, en qualité de dirigeant opérationnel conformément à l'article R.211-15 du code de la mutualité.

La direction effective élabore et conduit dans le cadre des orientations arrêtées par le conseil d'administration et sous le contrôle de celui-ci, la stratégie de développement de la Mutuelle en s'attachant à mettre en œuvre une gestion saine, prudente et efficace garantissant le respect et la pérennité de ses engagements vis-à-vis de ses assurés et de leurs ayants droit.

À cette fin, le conseil d'administration lui délègue, dans le respect des attributions propres de chacun de ses deux membres, les pouvoirs lui permettant d'agir en toutes circonstances dans l'intérêt de la Mutuelle et de ses membres.

Les dirigeants effectifs avisent le commissaire aux comptes de toutes les conventions autorisées.

SECTION 1 - PRÉSIDENT

Article 42 - Élection et révocation du président

Le conseil d'administration élit parmi ses membres satisfaisant aux exigences d'honorabilité, de compétences et d'expérience requises par la législation pour exercer, conjointement, avec le directeur général, la direction effective de la Mutuelle, un président qui est élu en qualité de personne physique.

Le président est élu à la première réunion du conseil d'administration qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration pour 6 ans, durée qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur.

Il est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Sur décision d'opposition de l'ACPR dans les conditions définies à l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier, le mandat du président nouvellement élu ou réélu peut cesser.

Article 43 - Vacance en cours de mandat

En cas de décès, de démission, ou de perte de la qualité d'adhérent du président ou de cessation du mandat de président à la suite d'une décision d'opposition prise par l'ACPR en application de l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil d'administration est convoqué immédiatement à cet effet par le vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le vice-président.

Article 44 - Attributions du président

Outre ses attributions afférentes à la direction effective de la Mutuelle qu'il assure conjointement avec le directeur général, le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale.

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

Il propose au conseil d'administration qui en décide la nomination d'un candidat aux fonctions de directeur général ainsi que les éléments de son contrat de travail dont la signature lui incombe. De même, il lui appartient de proposer au conseil d'administration qui en décide, de mettre un terme aux fonctions du directeur général ; il lui incombe, alors, de conduire, le cas échéant, la procédure de rupture du contrat de travail de l'intéressé dans le respect de la législation du travail.

Il convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Il donne avis au commissaire aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile sous réserve des délégations consenties au directeur général.

Le président représente la Mutuelle dans ses rapports avec les tiers. La Mutuelle est engagée même par les actes du président qui ne relèvent pas de l'objet social, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances, étant exclu que la seule publication des statuts suffise à constituer cette preuve.

Les dispositions des statuts ou les dispositions du conseil d'administration limitant les pouvoirs du président sont inopposables aux tiers.

Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier, au

dirigeant opérationnel ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Sous réserve de l'obtention de l'accord préalable du conseil d'administration, chaque délégataire pourra à son tour déléguer les pouvoirs qu'il a ainsi reçus. En aucun cas, le président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement attribuées par la loi.

SECTION 2 - DIRECTEUR GÉNÉRAL, DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

Article 45 - Nomination - attributions

En sa qualité de dirigeant opérationnel, le directeur général est nommé et révoqué, sur proposition du président du conseil d'administration, par le conseil d'administration dans les conditions fixées à l'article 44.

Le directeur général est investi, lors de sa nomination et conformément aux dispositions de l'article L.211-14 du code de la mutualité, par le conseil d'administration des pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

Le directeur général a autorité sur les services de la Mutuelle dont il dirige et contrôle l'action en sanctionnant les éventuels manquements.

Le directeur général assiste en qualité de dirigeant opérationnel à toutes les réunions du conseil d'administration. Le directeur général propose au conseil d'administration la désignation des responsables des fonctions clés mentionnées à l'article L.211-12 du code de la mutualité lesquels sont placés sous son autorité.

Il soumet également à l'approbation du conseil d'administration, les procédures définissant les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés 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.

En cas de vacance définitive du dirigeant opérationnel pour cause de décès ou pour toute autre cause, un nouveau dirigeant opérationnel est nommé par le conseil d'administration dans les meilleurs délais.

SECTION 3 - BUREAU

Article 46 - Composition

Le bureau est composé d'un maximum de 5 membres élus par le conseil d'administration en son sein, comprenant outre le président du conseil d'administration :

- un vice-président ;
- un secrétaire général ;
- un secrétaire général adjoint ;
- un trésorier ;
- un trésorier adjoint.

Les membres du bureau sont élus pour trois ans par le conseil d'administration, en son sein, au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration.

Les membres du bureau ne peuvent être nommés pour une durée excédant celle de leur mandat d'administrateur. Ils sont rééligibles.

Le règlement intérieur détermine les modalités des élections.

Article 47 - Fonctions du bureau et de ses membres

47.1 - Fonctions du bureau

Le bureau exerce les attributions qui lui sont déléguées par le conseil d'administration. Il étudie toute question et instruit tout dossier en vue de leur présentation éventuelle au conseil d'administration.

47.2 - Fonctions du vice-président

En cas d'indisponibilité temporaire du président, le vice-président, assume les fonctions du président prévues à l'article L.114-18 du code de la mutualité.

En particulier, lorsque le poste de président devient vacant, le vice-président convoque sans délai le conseil d'administration aux fins de procéder à une nouvelle élection.

47.3 - Fonctions du secrétaire général

Le secrétaire général est responsable de la rédaction des procès-verbaux et de la conservation des archives. Le secrétaire général peut, sous sa responsabilité et son contrôle, et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à un (ou des) salarié(s) de la Mutuelle l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et lui (ou leur) déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Les délégations ainsi consenties sont nécessairement écrites.

En cas de vacance du secrétaire général, le secrétaire général adjoint assume les fonctions du secrétaire général.

47.4 - Fonctions du trésorier

Le trésorier est responsable des opérations financières et de placements de la Mutuelle ainsi que de la régularité des opérations de paiement des dépenses engagées et des opérations d'encaissement des recettes et produits dus à la Mutuelle. Il veille à la bonne tenue de la comptabilité tant générale que technique et à la régularité de la situation fiscale de la Mutuelle. Il assure le suivi de l'exécution du budget de la Mutuelle dont il prépare pour le compte du président le projet.

Il préside la commission financière de la Mutuelle. Il présente au conseil d'administration un rapport annuel sur la situation financière de la Mutuelle.

Il présente à l'assemblée générale le rapport de gestion et les comptes annuels ainsi que l'ensemble des documents, états et tableaux qui s'y rattachent, après leur adoption par le conseil d'administration.

En cas de vacance du trésorier, le trésorier adjoint assume les fonctions du trésorier.

Article 48 - Réunions et délibérations du bureau

Le bureau se réunit sur convocation du président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle. Il prépare les réunions du conseil d'administration.

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

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

CHAPITRE IV - COMITÉ D'AUDIT

Article 49 - Composition

Le comité d'audit comprend au moins quatre membres. Sa composition est décidée par le conseil d'administration. Le président du conseil d'administration ne peut pas être membre du comité d'audit.

Article 50- Missions

Le comité d'audit est chargé, conformément aux dispositions des articles L.114-17-1 du code de la mutualité et L.823-19 du code du commerce :

- de suivre le processus d'élaboration de l'information financière ;
- de suivre le processus d'élaboration des comptes annuels de la Mutuelle, d'examiner les hypothèses retenues pour les arrêtés de compte et d'étudier la pertinence du choix des principes et méthodes comptables ;
- de s'assurer de la mise en place de la gestion des risques et d'un dispositif de contrôle interne et de son efficacité ;
- de surveiller l'exécution de la mission des commissaires aux comptes, leur mode de rémunération et leur indépendance. En outre, le comité d'audit participe au processus de désignation et de renouvellement du commissaire aux comptes ;
- de soumettre à l'approbation du conseil d'administration un rapport sur la définition et l'application des règles de contrôle interne contenant les indications visées à l'article R.211-28 du code de la mutualité.

Article 51 - Fonctionnement

Chaque réunion du comité d'audit fait l'objet d'une convocation spécifique de ses membres et d'un compte-rendu lors du conseil d'administration suivant.

Le président du comité d'audit a pour rôle d'animer les réunions, de coordonner les actions de ses membres et de rendre compte au conseil d'administration. Il peut inviter le directeur général, les directeurs en charge du contrôle interne et de l'audit, le commissaire aux comptes et, avec l'accord du président, des personnes extérieures.

Le président du comité d'audit est chargé de l'organisation matérielle des réunions, des convocations, de la communication aux membres du comité d'audit du calendrier prévisionnel des réunions, de la tenue du registre de présence et de l'établissement des comptes-rendus des réunions.

Les règles de confidentialité applicables aux administrateurs, s'imposent aux membres du comité d'audit ainsi qu'à toute personne extérieure invitée à participer aux réunions.

Une charte de fonctionnement du comité d'audit peut être établie par le conseil d'administration.

Les résultats des travaux du comité d'audit sont consignés dans un rapport écrit communiqué au président du conseil d'administration avant l'assemblée générale et présenté à celle-ci par le président du comité d'audit.

CHAPITRE V - ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 - PRODUITS ET CHARGES

Article 52 - Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- les cotisations des membres participants et honoraires ;
- le cas échéant ; les droits d'adhésion ;
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- les dons ; legs et subventions ;
- plus généralement ; tout autre produit non interdit par la loi.

Article 53 - Charges

Les charges comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- les versements à une Mutuelle dédiée ;
- les cotisations aux unions et fédérations ;
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination ;
- les versements au système fédéral de garantie ;
- la redevance prévue à l'article L.612-20 du code monétaire et financier et affectée aux ressources de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour l'exercice de ses missions ;
- plus généralement ; toutes autres charges non interdites par la loi.

SECTION 2 - AUTRES DISPOSITIONS

Article 54 - Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100 euros. Ce montant pourra être augmenté par décision de l'assemblée générale.

Article 55 - Système fédéral de garantie

La Mutuelle adhère au Système fédéral de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Article 56 - Exercice comptable

L'exercice comptable de la Mutuelle commence le 1er janvier et finit le 31 décembre de chaque année.

Le premier exercice est clôturé le 31 décembre 2020.

Article 57 - Commissaire aux comptes

L'assemblée générale nomme pour une durée de 6 ans un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du code de commerce.

Par exception, le premier commissaire aux comptes titulaire et le premier commissaire aux comptes suppléant sont nommés pour un an.

Le président convoque le commissaire aux comptes titulaire à toute assemblée générale.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission dans les conditions fixées par le code de commerce et le code de la mutualité qui lui sont applicables.

TITRE III - INFORMATION DES ADHERENTS

Article 58 - Étendue de l'information

58.1 - Opérations individuelles

Dans le cadre des adhésions individuelles, le membre participant reçoit gratuitement un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste ainsi qu'à sa demande, du règlement intérieur.

Les modifications des statuts et du règlement mutualiste sont portées à sa connaissance par voie postale ou par courrier électronique.

58.2 - Opérations collectives

Dans le cadre des adhésions issues d'un contrat collectif, l'employeur ou la personne morale souscriptrice est tenu de remettre à chaque membre participant les statuts de la Mutuelle et une notice d'information, établie par la Mutuelle, qui définit le contenu des droits et obligations découlant du contrat collectif ainsi que les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque ; le membre participant peut, également, demander communication du règlement intérieur.

Toute modification du contrat collectif est constatée par un avenant signé entre le Souscripteur et la Mutuelle. L'employeur ou la personne morale souscriptrice est tenu de remettre à chaque membre participant une notice d'information établie par la Mutuelle.

TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 59 - Fonds d'action sociale

Un fonds d'action sociale peut être créé dans le but d'aider à titre exceptionnel les membres participants et leurs ayants droit.

Les sommes destinées à alimenter ce fonds sont votées lors de l'établissement du budget annuel de la Mutuelle et approuvées en assemblée générale. Elles sont prélevées uniquement sur les fonds disponibles de la Mutuelle après constitution des réserves et des provisions techniques exigées par les dispositions du livre II du code de la mutualité.

L'octroi des aides relève de la compétence du conseil d'administration.

Article 60 - Dissolution et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'assemblée générale.

L'assemblée générale règle le mode de liquidation, nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les administrateurs et désigne les attributaires de l'excédent de l'actif net sur le passif dans les conditions prévues par l'article L.113-4 du code de la mutualité.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs 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.

Article 61 - Protection des données à caractère personnel

Les données relatives aux délégués, aux administrateurs et aux personnels de la Mutuelle constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et le règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Les informations collectées auprès des délégués, des administrateurs et des personnels de la Mutuelle sont nécessaires à l'organisation des réunions des instances, à la désignation des délégués, aux élections des administrateurs et au suivi administratif des dossiers des délégués et des administrateurs. Elles sont enregistrées sur des outils informatiques afin que la Mutuelle en sa qualité de responsable du traitement, puisse mettre en œuvre les obligations statutaires, légales et réglementaires qui lui incombent. Elles peuvent être transmises aux sous-traitants de la Mutuelle intervenant dans le fonctionnement des instances.

Elles sont conservées jusqu'au terme des délais de prescription. Les personnes concernées bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de leurs données ou encore de limitation du traitement. Elles peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer aux traitements des données les concernant. Elles peuvent, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer leurs droits en adressant un courrier postal au siège social de la Mutuelle ou un courriel à dpo@unmi.eu. Par ailleurs, elles disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente, la CNIL (www.cnil.fr).

Les dispositions relatives à la protection des données à caractère personnel des affiliés ou assurés au titre des contrats collectifs, obligatoires ou facultatifs, ou des règlements mutualistes figurent dans les notices d'information afférentes aux contrats collectifs ou dans les règlements mutualistes.

STATUTS D'UNMI'Mut

Approuvés par l'Assemblée
générale du 9 juin 2022

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Approuvé par l'assemblée
générale du 17 février 2022

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
CHAPITRE 1 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	4
ARTICLE 1 - COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	4
ARTICLE 2 - SECTIONS DE VOTE.....	4
ARTICLE 3 - ÉLECTIONS DES DÉLÉGUÉS	4
3.1. Nombre de délégués	4
3.2. Conditions d'éligibilité	4
3.3. Organisation des élections et candidatures	4
ARTICLE 4 - MODALITÉS DE VOTE	4
ARTICLE 5- DÉPOUILLEMENT DU SCRUTIN ET PUBLICITÉ DES RÉSULTATS.....	4
CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	5
ARTICLE 6 - MODALITÉS DE L'ÉLECTION.....	5
ARTICLE 7 - MODALITÉS DE CANDIDATURE.....	5
ARTICLE 8 - MODALITÉS DE VOTE	5
CHAPITRE 3 - PRÉSIDENT, DIRIGEANT OPÉRATIONNEL ET BUREAU	5
ARTICLE 9 - ÉLECTIONS DU PRÉSIDENT, DIRIGEANT OPÉRATIONNEL	5
ARTICLE 10 - ÉLECTIONS DU BUREAU	6

PREAMBULE

Conformément à l'article 5 des statuts, le présent règlement intérieur définit les conditions d'application des statuts de la Mutuelle.

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 1 - Composition de l'assemblée générale

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote élus par les membres participants de la Mutuelle.

Les membres honoraires participent à l'assemblée générale en qualité d'auditeurs.

Article 2 - Sections de vote

Les sections de vote sont définies à l'article 13 des statuts.

Article 3 - Élections des délégués

3.1. Nombre de délégués

Pour déterminer le nombre de délégués à élire dans chaque section de vote, l'effectif de la section à prendre en considération est le nombre de membres participants au 31 décembre de l'année précédant l'élection.

3.2. Conditions d'éligibilité

Les délégués ne peuvent être candidats qu'au sein de la section de vote à laquelle ils appartiennent et doivent, pour être éligibles, être à jour de leurs cotisations.

Les membres participants couverts à la fois au titre d'une opération individuelle et au titre d'une opération collective sont rattachés à la section de vote dont dépend le contrat individuel.

3.3. Organisation des élections et candidatures

Avant le 31 mars de l'année des élections, la date des élections des délégués, les modalités du scrutin (vote par correspondance et/ou vote par internet) ainsi qu'un appel à candidature sont communiqués par voie postale ou par voie électronique aux membres participants.

La date des élections des délégués est fixée par le conseil d'administration.

L'appel à candidature précise le nombre de délégués à élire, la date limite de réception par la Mutuelle des déclarations de candidature.

Chaque déclaration de candidature doit comporter :

- la photocopie d'une pièce d'identité, en cours de validité, recto verso ;
- une fiche de renseignement précisant les nom, prénoms, date et lieu de naissance, adresse, situation professionnelle, numéro d'adhérent à la Mutuelle ;
- une déclaration de candidature datée et signée.

Les déclarations de candidature doivent parvenir par courrier ou être déposées contre accusé de réception au siège de la Mutuelle avant l'expiration du délai imparti.

Toute candidature incomplète ou parvenue après l'expiration du délai imparti est irrecevable.

Article 4 - Modalités de vote

Les élections des délégués ont lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour. Sont élus les candidats qui ont obtenu le plus grand nombre de voix et, en cas d'égalité de voix, les candidats les plus âgés.

Lorsqu'un vote par correspondance est organisé, les formulaires de vote sont remis ou adressés par la Mutuelle aux électeurs de chaque section de vote au plus tard 15 jours avant la date des élections.

Chaque formulaire de vote permettant l'élection des délégués comporte la liste des candidats, dans l'ordre alphabétique, mentionnant les nom, prénoms, date de naissance, profession, date d'adhésion à la Mutuelle, le nombre de sièges à pourvoir ainsi que les modalités de vote.

Ce formulaire remplit les conditions nécessaires à l'anonymat du votant.

Sous peine de nullité, le formulaire une fois rempli ne doit :

- pas faire état d'un nombre de noms supérieur au nombre de postes à pourvoir ;
- comporter aucun signe distinctif quelconque.

Les formulaires de vote doivent être envoyés par voie postale au siège social de la Mutuelle ou par courriel à l'adresse électronique mentionnée sur l'appel à candidature.

Il ne sera pas tenu compte des votes reçus après la date de clôture du scrutin, le cachet de la poste ou la date d'envoi du courriel comportant le formulaire de vote faisant foi.

La Mutuelle peut mettre en place un vote électronique. Les modalités de mise en place de ce vote permettent de respecter les principes suivants :

- vérifier l'identité des électeurs ;
- s'assurer de la sincérité et de l'intégrité du vote ;
- respecter le secret du vote ;
- permettre la surveillance effective du vote et le contrôle a posteriori par le bureau de vote.

Article 5 - Dépouillement du scrutin et publicité des résultats

Le bureau de vote est présidé par le président du conseil d'administration de la Mutuelle ou par tout membre participant non candidat sur délégation du Président. Il comprend deux assesseurs choisis parmi les membres participants à l'exception des candidats.

Le bureau de vote est chargé d'assister aux opérations de dépouillement et de statuer sur les cas litigieux.

Le Président du bureau de vote proclame les résultats à l'issue du dépouillement du scrutin.

Les résultats des élections sont portés à la connaissance des membres participants par publication en ligne soit via un lien d'accès public soit via le site internet d'un prestataire désigné par la Mutuelle dans les 7 jours qui suivent la date des élections.

CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 6 - Modalités de l'élection

Les administrateurs sont élus par les délégués à l'assemblée générale.

Les élections ont lieu par moitié tous les trois (3) ans.

Les administrateurs sortants sont rééligibles sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur ainsi que celles relatives aux conditions d'éligibilité prévues dans les statuts et le présent règlement intérieur.

Article 7 - Modalités de candidature

Tous les membres de la Mutuelle sont informés de la tenue des élections de la moitié sortante du conseil d'administration au cours de l'année où le mandat de ces administrateurs arrive à échéance, par tout moyen de communication au moins deux (2) mois civils avant l'assemblée générale procédant à l'élection.

La déclaration de candidature aux fonctions d'administrateur est individuelle et personnelle. Sous peine d'irrecevabilité, la déclaration est accompagnée d'un dossier de candidature devant comporter les éléments suivants :

- Une copie de la pièce d'identité en cours de validité ;
- Une lettre de motivation ;
- Un curriculum vitae exposant les compétences acquises et sur lequel doit figurer de façon détaillée les formations suivies, les diplômes obtenus et pour chacune des fonctions exercées au cours des dix (10) dernières années en France ou à l'étranger, le nom ou la dénomination sociale de l'employeur ou de l'entreprise concernée, les responsabilités effectivement exercées ;
- Un extrait de casier judiciaire (bulletin n°3) datant de moins de 3 mois au jour de l'envoi du dossier de candidature. Le bulletin doit être demandé personnellement par internet ou par courrier ;
- Une fiche de renseignements émanant du candidat, précisant le nombre, la nature et la durée des mandats d'administrateurs qu'il détient au sein d'autres organismes mutualistes.

La déclaration de candidature peut être accompagnée d'une profession de foi n'excédant pas une page de format A4, imprimée recto/verso, sans couleurs ni photographies.

La déclaration de candidature est adressée au siège de la Mutuelle, à l'attention du président, par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle doit être adressée au plus tard trente (30) jours civils avant la date de l'assemblée générale procédant à l'élection, le cachet de la poste faisant foi ou être déposée contre récépissé, dans le même délai, au siège de la Mutuelle. En cas de litige, il appartient au membre qui prétend s'être porté candidat selon la procédure susvisée de le prouver en produisant l'accusé de réception ou le récépissé de dépôt de son dossier de candidature.

La Commission d'évaluation de l'élu de la Mutuelle est en charge d'examiner chaque candidature. A ce titre, la Commission :

- Contrôle la recevabilité de la candidature : la Commission vérifie la complétude de chaque dossier de candidature et le respect des délais de dépôt du dossier. Toute candidature incomplète et/ou

transmise hors délais sera considérée irrecevable par la Commission ;

- Évalue la compétence et l'honorabilité des candidats au Conseil d'administration. Toute candidature ne présentant pas les niveaux de compétence et d'honorabilité ne sera pas retenue.

Par ailleurs, la Commission d'évaluation de l'élu est également en charge de contrôler que le membre est à jour de ses cotisations. Lors de l'établissement de la liste des candidats, la Commission d'évaluation de l'élu indique le nombre minimum de candidats membres participants devant être élus afin de s'assurer qu'au moins deux tiers d'administrateurs aient la qualité de membres participants.

Après instruction des dossiers de candidature, la Commission d'évaluation de l'élu établit une liste des candidats qu'elle transmet, par écrit, au président du conseil d'administration au plus tard sept (7) jours civils avant l'assemblée générale procédant à l'élection.

Article 8 - Modalités de vote

Chaque candidat peut disposer d'un temps de parole limité à cinq (5) minutes pour motiver sa candidature devant l'Assemblée.

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret sur support papier ou électronique par les délégués à l'assemblée générale.

Le vote s'effectue conformément à l'ordre du jour de l'assemblée générale.

Une liste des candidats est affichée, par ordre alphabétique en fonction d'une lettre tirée au sort par un précédent conseil d'administration.

Sous peine de nullité du bulletin de vote, chaque électeur doit sélectionner autant de candidats que de postes à pourvoir.

Sont élus les candidats qui recueillent le plus grand nombre de suffrages exprimés dans la limite des postes à pourvoir. Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune. Un bureau de vote est constitué en séance et installé dans le lieu où se déroule l'Assemblée générale. Il est présidé par un administrateur non soumis à réélection, assisté de deux assesseurs choisis parmi les délégués à l'exception des candidats. En cas de vote électronique les conditions sont définies par la Mutuelle en respectant le secret du vote et la sincérité du scrutin.

Le bureau de vote est en charge d'assurer la régularité des élections et le dépouillement du scrutin. Pour établir la régularité des opérations de vote, la Mutuelle se réserve le droit de requérir le ministère d'un huissier de justice. Les résultats sont immédiatement proclamés par le président du conseil d'administration, et les noms des administrateurs nouvellement élus portés à la connaissance des délégués.

CHAPITRE 3 - PRESIDENT, DIRIGEANT

OPERATIONNEL ET BUREAU

Article 9 - Elections du président, dirigeant opérationnel

Le conseil d'administration se réunit, pour élire son nouveau président, suite à l'assemblée générale au cours de laquelle le président en fonctions achève son mandat.

Tous les administrateurs peuvent faire acte de candidature en séance.

Chaque candidat peut disposer d'un temps de parole limité à cinq (5) minutes pour motiver sa candidature devant le conseil d'administration.

Sous peine de nullité du bulletin de vote, chaque électeur doit sélectionner un seul candidat.

Le président est élu, au scrutin majoritaire uninominal à deux tours, pour une durée de six ans. Pour être élu au 1er tour, il faut obtenir la majorité absolue des suffrages exprimés. En cas de ballottage seuls les deux candidats ayant obtenu le plus de suffrages exprimés peuvent se présenter au second tour. La majorité relative suffit pour être élu au second tour.

Le vote se déroule à main levée, sauf, si au moins un des administrateurs présents demande le vote à bulletin secret.

Article 10 - Élections du bureau

En application des statuts, les membres du bureau sont élus pour trois ans par le conseil d'administration, sur proposition de son président.

L'élection intervient au cours du premier conseil d'administration suivant l'assemblée générale au cours de laquelle se déroule l'élection des administrateurs dans le cadre du renouvellement du conseil d'administration. Les administrateurs votent, à la majorité simple, pour la liste présentée par le président. Le vote se déroule à main levée, sauf, si au moins un des administrateurs présents demande le vote à bulletin secret.

En cas de rejet de la liste des membres du bureau par le conseil d'administration, il appartient au président de proposer une nouvelle liste et de la soumettre au vote du conseil d'administration.

—
RÈGLEMENT INTÉRIEUR
APPROUVÉ PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
DU 17 FÉVRIER 2022
—



Pour nos opérations de gestion, nos frais sont, les suivants :

- Pour un avenant: **10 €**
- Pour un rejet de prélèvement bancaire: **10 €**
- Pour le relevé des prestations avec le paiement mensuel par virement automatique: **0 €**
- Pour la réouverture d'un contrat après radiation: **10 €**
- Pour une mise en demeure pour non paiement: **25 €**
- Pour le relevé des prestations avec le paiement par chèque: **0,76 €/chèque**

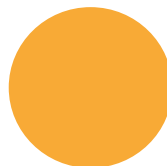
Ce barème est susceptible d'évoluer. Vous pouvez retrouver ces informations dans votre guide pratique, disponible sur votre Espace Assuré APRIL.



 **april** Santé Prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03

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 UNMI Mut.



 **april**
L'ASSURANCE EN PLUS FACILE