



Harmonie
mutuelle

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

ZEN SANTÉ FOCUS 55 +

NOTICE D'INFORMATION

CHAPITRE I

» DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 » OBJET DE LA PRÉSENTE NOTICE

La présente notice d'information régit les dispositions des deux contrats collectifs de santé à adhésion facultative N°HM202501CP027S-S et N°HM202501CP028S-S souscrits par l'Association des Assurés de Zenioo, association loi 1901 dont le siège social est sis : 33, rue de la République, 69002 Lyon (ci-après « l'Association AaZ »), auprès d'Harmonie Mutuelle (ci-après dénommée la Mutuelle), au bénéfice de ses membres.

Le contrat N° HM N°HM202501CP027S-S s'inscrit dans le respect des dispositions de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite « loi Madelin », codifiée aux articles L.223-25-1 du Code de la Mutualité et L.144-1 du Code des Assurances. Seuls les membres participants ayant la qualité de travailleur non - salarié non agricole ou ayant exercé une telle activité et bénéficiant à ce titre d'une pension vieillesse, peuvent adhérer à celui-ci.

Les membres participants qui n'ont pas cette qualité adhèrent quant à eux au contrat N°HM202501CP028S-S.

La présente notice régie par le Code de la Mutualité a pour objet de définir le contenu des engagements résultant pour la Mutuelle et pour le membre participant (ci-après dénommé l'adhérent) de l'adhésion de celui-ci aux contrats collectifs précités.

Elle est également composée de descriptifs de la garantie choisie par l'adhérent pour lui-même et ses ayants droit qui sont annexés à la présente notice.

ARTICLE 2 » RISQUES COUVERTS

Les garanties de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et, le cas échéant, à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

ARTICLE 3 » ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF ET À LA MUTUELLE

3.1 MODALITÉS D'ADHÉSION

• Adhésion au contrat N°HM202501CP027S-S

Toute personne exerçant une activité professionnelle non salariée non agricole ou ayant exercé une telle activité et bénéficiant à ce titre d'une pension vieillesse, membre de l'Association AaZ, couverte par un régime d'Assurance maladie obligatoire français et âgée au moins de 55 ans (âge calculé par différence de millésime entre l'année d'adhésion et l'année de naissance) peut adhérer au contrat ci-dessus référencé, en signant un bulletin d'adhésion. Cette personne est dénommée adhérent dans la présente notice d'information.

• Adhésion au contrat N°HM202501CP028S-S

Toute personne n'exerçant pas une activité professionnelle non salariée non agricole ou n'ayant pas exercé une telle activité au titre de laquelle elle perçoit une pension vieillesse, membre de l'Association AaZ, couverte par un régime d'Assurance maladie obligatoire français et âgée au moins de 55 ans (âge calculé par différence de millésime entre l'année d'adhésion et l'année de naissance) peut adhérer au contrat ci-dessus référencé, en signant un bulletin d'adhésion. Cette personne est dénommée adhérent dans la présente notice d'information.

• Modalités d'adhésion communes aux deux contrats

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion la garantie choisie et les personnes qu'il souhaite couvrir (appelées ci-après bénéficiaires). Il s'engage à y renseigner avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.

La garantie est identique pour tous les bénéficiaires.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, du règlement intérieur de la Mutuelle et des droits et obligations définis par la présente notice ainsi que par le tableau des garanties choisies (les tableaux de garanties figurent en annexe de la présente notice).

L'adhérent reçoit préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire de l'ensemble de ces documents.

La limite d'âge à l'adhésion est fixée à 85 ans inclus.

3.2 OBLIGATION LÉGALE DE L'ADHÉRENT ET LE CAS ÉCHÉANT DE SON CONJOINT ET DÉDUCTIBILITÉ D'UNE PARTIE DES COTISATIONS

Ces obligations sont spécifiques aux adhérents ayant la qualité de travailleurs non-salariés non agricoles.

L'adhérent et son conjoint, si celui-ci a la qualité de conjoint collaborateur, doivent être à jour du versement de leurs cotisations aux régimes d'Assurance maladie obligatoire et d'Assurance vieillesse et en attester lors de chaque échéance anniversaire de leur adhésion (article L.652-4 du Code de la Sécurité sociale).

Il est rappelé que si le présent contrat ouvre le droit à la déductibilité des cotisations versées dans la limite des plafonds édictés, dans le cadre de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite « Madelin », il incombe à l'adhérent de s'assurer qu'il respecte les autres conditions édictées par le Code général des Impôts avant de procéder à la déduction des cotisations.

L'adhérent est informé que la documentation de base de l'administration fiscale relative à la déductibilité des cotisations de prévoyance facultative des travailleurs indépendants permet au professionnel de déduire de son revenu professionnel, dans la limite des conditions et des plafonds exposés au Code général des impôts, « la cotisation à un contrat d'assurance groupe couvrant les conjoints et les enfants, qui ont la qualité d'ayants droit du régime d'assurance maladie-maternité des travailleurs non-salariés est admise en déduction du bénéfice imposable ».

3.3 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Sont assurées par les présentes garanties les personnes inscrites au bulletin d'adhésion :

- l'adhérent, la personne physique exerçant une activité professionnelle non salariée non agricole ou ayant exercé une telle activité et bénéficiant à ce titre d'une pension vieillesse, affiliée à un régime d'Assurance maladie obligatoire français, âgée d'au moins 55 ans, membre de l'Association AaZ et qui a adhéré au contrat collectif dont il relève ;
- l'adhérent, la personne physique n'exerçant pas une activité professionnelle non salariée non agricole affiliée à un régime d'Assurance maladie obligatoire français, âgée d'au moins 55 ans, membre de l'Association AaZ et qui a adhéré au contrat collectif dont il relève ;
- les bénéficiaires de l'adhérent : Peuvent être bénéficiaires :
 - son conjoint, son concubin, son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
 - ses enfants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20^{ème} anniversaire ou son 28^{ème} anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
 - ses enfants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.

3.4 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

Sous réserve des dispositions de l'article « Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, gel des avoirs et prévention de la corruption », l'adhésion prend effet au plus tôt à l'une des deux dates suivantes :

- quatre jours après la signature du bulletin d'adhésion en cas d'adhésion dématérialisée ;
- à la date de réception du bulletin d'adhésion dès lors que l'adhésion n'est pas effectuée de façon dématérialisée.

L'adhésion peut par ailleurs prendre effet à la date souhaitée par l'adhérent et indiquée au bulletin d'adhésion, dès lors qu'elle est postérieure à l'une des deux dates mentionnées ci-dessus.

3.5 DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat collectif souscrit par l'Association AaZ produit ses effets pendant douze mois et est renouvelée chaque année à date anniversaire de l'adhésion, par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article 5.

3.6 RENONCIATION

3.6.1 Vente à distance

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle bénéficie d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ou supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a été conclue (c'est-à-dire du jour de la signature du bulletin d'adhésion) ou du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure.

L'adhérent doit adresser dans ce délai de 14 jours précité, à l'adresse du siège social de la Mutuelle (Harmonie Mutuelle - 143, rue Blomet 75015 Paris), une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique qui peut être rédigé comme suit : « *Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le... » Date et signature.*

La Mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'il a perçues de celui-ci en application du contrat. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter. Au-delà, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

Ce délai commence à courir à compter du jour où il communique à la Mutuelle, sa volonté de se rétracter.

Toutefois, si des prestations ont été versées, l'adhérent devra les restituer intégralement, préalablement à la restitution de la cotisation.

3.6.2 Démarchage

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 signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat 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 conclusion de l'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (lettre à adresser à l'adresse du siège social de la Mutuelle - Harmonie Mutuelle 143, rue Blomet 75015 Paris).

Modèle de rédaction de renonciation : « *Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le... » Date et signature.*

La Mutuelle s'engage dans ce cas à vous restituer dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées en application du contrat.

Toutefois, si des prestations ont été versées, l'adhérent devra les restituer intégralement, préalablement à la restitution de la cotisation.

ARTICLE 4 ÉVÉNEMENTS SURVENANT EN COURS D'ADHÉSION

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la Mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, tout changement d'adresse professionnelle et personnelle, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation, dans les modalités décrites à l'article 10.

4.1 NOUVEAUX BÉNÉFICIAIRES

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

BÉNÉFICIAIRES	DATE D'EFFET DE LA MODIFICATION
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption.	Au jour de la naissance ou de l'adoption, et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au jour de réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un Pacte Civil de Solidarité.	Au jour de la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au jour de réception de la demande.
Autres bénéficiaires.	Au jour de la demande.

4.2 CHANGEMENT DE GARANTIE À L'INITIATIVE DE L'ADHÉRENT

Sous réserve d'une période d'adhésion d'une durée de douze mois (appréciée eu égard à sa date d'effet), la modification de garantie à la hausse ou à la baisse à l'initiative de l'adhérent est possible chaque année à raison d'une fois par an.

La modification de garantie à la baisse prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande. La modification de garantie à la hausse prend effet à l'issue d'un délai de six mois suivant la réception de la demande.

La modification de garantie à l'initiative de l'adhérent donne lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion.

4.3 AUTRES MODIFICATIONS

Les autres modifications prendront effet au jour de réception de leur demande par la Mutuelle.

4.4 ÉVOLUTION DES GARANTIES

Les garanties peuvent être modifiées par avenant signé par la Mutuelle et l'Association AaZ. Ces modifications ne pourront prendre effet avant un délai de 3 mois à compter de l'information faite à l'adhérent. Celui-ci a un mois pour dénoncer son adhésion à compter de cette notification et en raison de ces modifications.

La résiliation prend effet au 1^{er} jour du mois suivant réception de la demande de résiliation.

ARTICLE 5 ➤ RÉSILIATION DE LA GARANTIE, RADIATION D'UN BÉNÉFICIAIRE, CESSATION DE GARANTIES

5.1 À L'INITIATIVE DE L'ADHÉRENT

5.1.1 Résiliation en fin d'année ou radiation d'un des bénéficiaires

L'adhérent peut mettre fin à la garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en notifiant à la Mutuelle sa demande de résiliation deux mois avant la date anniversaire de l'adhésion, selon les modalités prévues à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité, à savoir au choix de l'adhérent :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- soit par un acte extrajudiciaire ;
- soit lorsque la Mutuelle propose l'adhésion au présent contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par voie électronique.

La Mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de résiliation.

La demande de résiliation ou la demande de radiation d'un bénéficiaire ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année d'adhésion. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

5.1.2 Résiliation à titre exceptionnel

À titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants :

MOTIF DE LA DEMANDE DE RÉSILIATION	DATE D'EFFET DE LA RÉSILIATION
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent.	La résiliation prend effet au jour de la survenance de l'événement, sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de 3 mois ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet à la réception de la demande.
Pour les adhérents au contrat N°HM202501CP027S-S Cessation de l'activité professionnelle non salariée et non agricole de l'adhérent, sauf lorsque cette cessation coïncide avec la liquidation de la pension du régime de retraite de base (dans ce cas, l'adhérent conserve la garantie, mais ne pourra plus bénéficier de la fiscalité liée à la loi dite « Madelin »).	
Attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue aux articles L.861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale dénommée Complémentaire santé solidaire à l'adhérent.	
Adhésion de l'adhérent à un contrat collectif obligatoire.	La résiliation prend effet au jour du décès.
Décès de l'adhérent.	
Modification des garanties et/ou des cotisations par avenant signé de l'Association et de la Mutuelle.	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande de résiliation conformément aux articles « Évolution de la garantie » et « Évolution de la cotisation ».

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

5.1.3 Radiation à titre exceptionnel d'un bénéficiaire

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un adhérent peut demander la radiation d'un bénéficiaire en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

MOTIF DE LA DEMANDE DE RADIATION	DATE D'EFFET DE LA RADIATION
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français du bénéficiaire.	La radiation prend effet au jour de la survenance de l'événement, sous réserve que la demande de radiation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au jour de réception de la demande.
Attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue aux articles L.861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale dénommée Complémentaire santé solidaire au bénéficiaire.	
Adhésion du bénéficiaire à un contrat collectif obligatoire.	La radiation prend effet au jour du décès.
Décès du bénéficiaire.	
Divorce ou séparation.	La radiation prend effet au jour de réception de la demande.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

5.1.4 Résiliation infra-annuelle

L'adhérent peut mettre fin à la garantie sans frais ni pénalités à tout moment en cours d'année, après l'expiration d'un délai d'adhésion minimal de 12 mois selon les conditions et modalités définies aux articles L.221-10-2 et L.221-10-3 du Code de la Mutualité. Ce délai court à compter de la prise d'effet de l'adhésion au présent contrat ou le cas échéant à compter de la modification des garanties à l'initiative de l'adhérent ayant donné lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion.

Le support de résiliation peut être, au choix de l'adhérent :

- une lettre simple ou tout autre support durable ;
- une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- un acte extrajudiciaire ;
- lorsque la Mutuelle propose l'adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- soit par voie électronique.

La Mutuelle atteste par écrit la réception de la notification de résiliation.

La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

La demande de résiliation, ou la demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la prise d'effet de la résiliation. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

5.2 À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

5.2.1 En cas de non-paiement

La Mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article 11.3.

5.2.2 Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle et résiliation en cas de fraude

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la Mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci à l'adhésion ou au cours de l'adhésion, quand cette

réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

Tout adhérent ou tout bénéficiaire qui aura, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues se verra opposer la déchéance de ces droits sur la garantie. Par ailleurs, la Mutuelle pourra procéder à la résiliation de la garantie sur le fondement de cette fraude.

5.2.3 Si les conditions exigées pour être adhérent ou bénéficiaire ne sont plus remplies

La Mutuelle peut résilier la garantie si l'adhérent ne remplit plus les conditions exigées pour être adhérent du contrat souscrit par l'Association c'est-à-dire :

MOTIF DE LA DEMANDE DE RÉSILIATION	DATE D'EFFET DE LA RÉSILIATION
Pour les adhérents au contrat N°HM202501CP027S-S S'il cesse son activité professionnelle non salariée non agricole, sauf lorsque cette cessation coïncide avec la liquidation de la pension du régime de retraite de base (dans ce cas, l'adhérent conserve la garantie, mais ne pourra plus bénéficier de la fiscalité liée à la loi dite « Madelin »).	Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'adhérent a déclaré sa modification de situation ou de celle de son conjoint.
S'il n'est plus membre de l'Association.	

Elle peut aussi résilier la garantie d'un adhérent ou radier un bénéficiaire dans les conditions suivantes :

MOTIF DE LA DEMANDE DE RÉSILIATION / RADIATION	DATE D'EFFET DE LA RÉSILIATION / RADIATION
S'il n'est plus couvert par un régime d'Assurance maladie obligatoire français.	Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'adhérent a déclaré sa modification de situation ou de celle de son conjoint.

5.3 CONSÉQUENCE DE LA RÉSILIATION OU DE LA RADIATION

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation ou de la radiation ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation ou de la radiation, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses bénéficiaires, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, et à ne plus utiliser sa ou ses cartes mutualistes et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion au contrat N°HM202501CP027S-S ou N°HM202501CP028S-S.

ARTICLE 6 » MAINTIEN DE COUVERTURE

Conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif par l'Association, la Mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle moyennant le paiement de sa cotisation aux conditions indiquées à l'article 12.

Dans ce cas, l'adhérent ayant la qualité de travailleur non - salarié ne pourra plus bénéficier de la fiscalité liée à l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite « loi Madelin ».

CHAPITRE II

» GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 7 » CADRE GÉNÉRAL

7.1 CONTRATS SOLIDAIRES ET RESPONSABLES

Ce contrat s'inscrit dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical sur l'adhérent ou ses ayants droit ne peut être recueillie à l'adhésion ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

En aucun cas les termes du contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats responsables. En cas de contradiction, les règles du contrat responsable, y compris dans de futures dispositions légales et réglementaires, priment sur les présentes dispositions.

7.2 DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

L'adhérent et ses bénéficiaires mentionnés au bulletin d'adhésion ou de modification de l'adhésion bénéficient des garanties de la Mutuelle à la date d'effet de l'adhésion telle que définie à l'article 3.4 de la présente notice.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article 12.

7.3 NATURE DE L'INDEMNISATION

Les prestations auxquelles les garanties santé donnent droit sont des prestations en espèces et indemnitaires, ainsi **les remboursements ou indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.**

7.4 BASE DE REMBOURSEMENT

Le montant des prestations dépend du niveau des garanties choisies par l'adhérent. Il est indiqué au tableau descriptif des garanties transmis à l'adhésion.

Les différents tableaux de garanties figurent en annexe de la notice d'information.

Les remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et le total des remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et de la Mutuelle sont indiqués à titre informatif. La Mutuelle ne peut en effet s'engager que sur sa participation.

Sauf autres dispositions indiquées au tableau descriptif des garanties, le remboursement de la Mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf avenant éventuellement signé entre l'Association et la Mutuelle, les montants des remboursements de la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

7.5 PLURALITÉ DE GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

7.6 LIMITATION DE PRISE EN CHARGE

Dans le cadre de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du code de la sécurité sociale lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation par l'assuré d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés, défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.

En outre la Mutuelle limite les remboursements durant les trois premiers mois d'adhésion comme suit :

- Hospitalisations : prise en charge limitée à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les frais de séjours, participations forfaitaires, honoraires et au forfait journalier hospitalier, sauf si l'hospitalisation est d'origine accidentelle ou en cas de reprise du contrat à la concurrence si les garanties antérieures sont supérieures ou égales au nouveau contrat ;
- Optique : prise en charge limitée à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale et aux équipements 100% Santé ;
- Soins et prothèses dentaires : prise en charge limitée à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale et aux équipements 100% Santé.

7.7 NON-PRISE EN CHARGE DE CERTAINES PRESTATIONS

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (cotés DE par les professionnels de santé dans le cadre des rapports conventionnels avec l'Assurance maladie obligatoire. Le médecin peut appliquer ces dépassements d'honoraires exceptionnels par exemple si le malade demande un rendez-vous en dehors des horaires d'ouverture du cabinet ou à domicile sans raison de santé, pour ne pas se déplacer. Le masseur kinésithérapeute peut appliquer ces dépassements d'honoraires exceptionnels par exemple pour des soins donnés en dehors de l'horaire normal d'activité du masseur-kinésithérapeute).
- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les frais liés aux séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les établissements médico-sociaux y compris les maisons d'accueil spécialisées (MAS), dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées y compris les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ;

- la chambre particulière facturée le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité),
- la chambre particulière pour les hospitalisations en psychiatrie.

ARTICLE 8 » DÉCHÉANCE DE GARANTIE

Si l'adhérent ou le bénéficiaire réalise une fausse déclaration de sinistre, c'est-à-dire s'il utilise volontairement des renseignements ou des documents inexacts ou falsifiés comme justificatifs ou utilise tout autre moyen frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations, il est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné. Il s'expose également à des poursuites pénales de la part d'Harmonie Mutuelle.

ARTICLE 9 » VERSEMENT DES PRESTATIONS

9.1 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

9.1.1 Calcul des prestations

Les prestations figurant sur le descriptif de garanties remis à l'adhérent sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en Euros.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties choisies par l'adhérent, les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties choisies par l'adhérent.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé. L'adhérent et les bénéficiaires conservent dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

9.1.2 Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées aux descriptifs de la garantie sont :

- les dates de facturation pour les médicaments, l'appareillage et les accessoires médicaux, les lentilles refusées par le régime obligatoire, les vaccins, la contraception et selon la garantie choisie pour les autotests et l'automédication ;
- la date de facturation correspondant à celle de transmission au régime obligatoire pour les équipements optiques et les lentilles acceptées par le régime obligatoire. Attention, dans le cas d'une procédure de tiers payant, bien qu'un accord de prise en charge puisse être fourni durant la période de garantie, si la date de facturation est postérieure à celle de la prise d'effet de la résiliation de la garantie, ou bien de la radiation, ou de l'exclusion du bénéficiaire, le remboursement sera effectué au professionnel de santé mais la garantie n'étant pas due, le montant sera alors réclamé au bénéficiaire ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, les médecines complémentaires telles que définies dans les descriptifs de garantie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'oeil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie, la psychologie ;
- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation⁽¹⁾ ou la maternité⁽²⁾ hors forfait journalier hospitalier ;
- la date de la journée d'hospitalisation pour le forfait journalier hospitalier ;

- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, lorsque celle-ci est prévue aux descriptifs de la garantie, sous réserve que l'enfant soit inscrit en tant qu'ayant droit au jour de sa naissance ou de son adoption et que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption ;
- la date des soins transmise par le régime obligatoire pour les traitements d'orthodontie acceptée par celui-ci, et la date de fin de semestre pour l'orthodontie refusée par le régime obligatoire.

(1) *Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge :*

- *en cas d'hospitalisation avec nuitée(s)*
- *ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.*

(2) *Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).*

9.1.3 Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses bénéficiaires (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses bénéficiaires.

Pour les prestations dentaires, l'adhérent ou le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais dépensés.

Pour la prise en charge de l'activité physique adaptée, le bénéficiaire devra transmettre en plus de la facture détaillée et acquittée, l'imprimé spécifique mis à disposition par la Mutuelle et rempli par le médecin prescripteur.

L'adhérent ou ses bénéficiaires sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux décomptes reçus par l'adhérent ou ses bénéficiaires, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre organisme d'assurance maladie complémentaire » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses bénéficiaires ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

9.1.4 Information, délai et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en Euros. Lorsque les prestations santé sont versées au bénéficiaire, elles sont versées dans un délai maximum de vingt jours calendaires, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la Mutuelle à l'article précédent, sauf cas de force majeure et hors délai bancaire. Ce délai est ramené à 10 jours lorsque, les prestations ont fait l'objet d'échanges informatisés entre la Mutuelle et la caisse d'Assurance maladie du bénéficiaire, dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes (échanges NOEMIE).

Les remboursements convenus aux présentes garanties peuvent aussi être adressés directement aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses bénéficiaires de faire l'avance de tout ou partie des frais.

Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

9.2 CONTRÔLE

Afin de se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du versement des prestations, de vérifier la réalité des dépenses engagées et la réalité des prestations elles-mêmes, la Mutuelle se réserve la possibilité de demander au bénéficiaire en plus des pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation des pièces complémentaires, y compris médicales.

Le service médical de la Mutuelle peut ainsi soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat. Ce contrôle s'exerce sur production par le bénéficiaire de pièces justificatives médicales aux professionnels de santé sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention du service professionnel de santé choisi par la Mutuelle à l'adresse inscrite dans la demande de pièces et éventuellement par expertise médicale.

Le bénéficiaire est informé des modalités des examens demandés par la Mutuelle (analyses, radio...).

Ces pièces et contrôles peuvent être demandées ou effectués avant ou après la réalisation des actes, y compris après résiliation du contrat.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les soins concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la Mutuelle.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire peut être accompagné par son médecin traitant ou tout professionnel de santé de son choix (dentiste, spécialiste etc.) et/ou oppose les conclusions de son médecin traitant ou d'un professionnel de santé de son choix. Les honoraires du professionnel de santé choisi par le bénéficiaire restent à la charge de ce dernier.

CHAPITRE III » COTISATIONS

ARTICLE 10 » DÉTERMINATION ET MODE DE CALCUL DE LA COTISATION

La cotisation est déterminée en fonction de la garantie choisie, du lieu d'habitation de l'adhérent, du régime d'assurance maladie obligatoire, du nombre et de l'âge des personnes garanties (âge calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année de la date d'effet de l'adhésion).

La cotisation varie avec l'âge des bénéficiaires à la date anniversaire de l'adhésion.

Toute modification d'un autre de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation.

Le nouveau montant de la cotisation, liée à la modification de l'adresse de l'adhérent, prendra effet au jour de la réception par la Mutuelle du courrier l'informant du changement d'adresse.

ARTICLE 11 » ÉVOLUTION DE LA COTISATION

Pour chacune des garanties santé indiquées aux conditions particulières du contrat souscrit par l'Association AaZ auprès de la Mutuelle, la cotisation est ajustée chaque année à la date anniversaire de l'adhésion par la Mutuelle après accord de l'Association, en fonction des résultats constatés par la Mutuelle, de l'évolution prévisible des dépenses de soins de santé au plan national et des modifications d'ordre législatif, réglementaire ou encore de modifications des conventions entre organismes du régime d'Assurance maladie obligatoire et professionnels de santé.

À titre exceptionnel, en cas de modifications d'ordre législatif, réglementaire ou encore de modifications des conventions entre organismes du régime d'Assurance maladie obligatoire et professionnels de santé impactant la portée des engagements de la Mutuelle, la cotisation peut être modifiée en cours d'année, au

plus tôt, à compter de la date d'effet de ces nouvelles dispositions, après accord de l'Association et de la Mutuelle.

L'adhérent a alors un mois pour dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

La résiliation prend effet au 1^{er} jour du mois suivant réception de la demande de résiliation.

ARTICLE 12 » PAIEMENT DES COTISATIONS

12.1 RÈGLEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est due par l'adhérent ou par le payeur des cotisations (l'entreprise le cas échéant pour les adhérents ayant la qualité de travailleur non - salarié), conformément à ce qui est indiqué au bulletin d'adhésion, pour lui-même et pour l'ensemble des bénéficiaires désignés au bulletin d'adhésion. La cotisation est due pour l'année d'adhésion et payable d'avance.

Son paiement peut être fractionné au mois, au trimestre, au semestre, par prélèvement automatique.

Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

12.2 INCIDENT DE PAIEMENT

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées ;
- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet du paiement notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

12.3 NON-PAIEMENT DE LA COTISATION

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse une lettre recommandée de mise en demeure ou un recommandé électronique avec avis de réception à l'adhérent. La garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure.

Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent ou, le cas échéant, le payeur de la cotisation, n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant, des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau :

- le lendemain de la date de la résiliation, si le bulletin d'adhésion parvient à la Mutuelle dans les six mois à compter de cette date et à condition, pour l'adhérent, d'honorer les sommes dues ainsi que les cotisations venues à échéance ;
- à défaut, deux ans après la date de la résiliation, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

CHAPITRE IV

» DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 13 » FAUSSE DÉCLARATION OU OMISSION DE DÉCLARATION

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent portant sur des éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la modification de son adhésion ayant donné lieu à la signature d'un bulletin de modification d'adhésion, ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur la réalisation du risque, expose l'adhérent à l'application des sanctions décrites ci-après.

En application de l'article L221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion de la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé de la part de l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations payées demeurent alors acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. La Mutuelle pourra, par ailleurs, engager des poursuites pour la récupération des prestations indument réglées.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie. Si elle est constatée avant tout versement de prestation, la Mutuelle a le droit soit de maintenir l'adhésion, moyennant une augmentation de cotisation, acceptée par l'adhérent. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'adhérent, en restituant la portion de la 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 l'adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 14 » COUVERTURE DES ACCIDENTS

La Mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues à la présente notice.

Si l'adhérent est partiellement ou totalement garanti par une assurance individuelle accident la Mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance, dans la limite des descriptifs de la garantie choisie et dans le respect des obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

14.1 DÉFINITION DE L'ACCIDENT

L'accident se définit comme tout événement soudain, imprévisible, extérieur à l'assuré et non intentionnel de sa part, cause exclusive, certaine et directe du sinistre. Dans tous les cas, ne sont pas considérés comme accident les événements suivants :

- Les infarctus du myocarde ;
- Les ruptures d'anévrisme ;
- Les accidents vasculaires cérébraux ;
- Les lombalgies, les lumbagos ;
- Les sciatiques ;
- Les éventrations ;
- Les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires ;
- Les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- Les hydrocutions ;
- Les hernies abdominales ;
- Les lésions méniscales.

14.2 RECOURS SUBROGATOIRE

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses bénéficiaires, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la Mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

14.3 DÉCLARATION D'ACCIDENT

L'adhérent ou son mandataire doit, sauf cas de force majeure, faire à la Mutuelle, dans un délai de 3 mois, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la Mutuelle. À défaut d'information par l'adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident pour obtenir le remboursement des prestations versées suite à cet accident.

ARTICLE 15 » PRESCRIPTION

Toute action dérivant de l'adhésion au contrat collectif d'assurance frais de santé se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites, au plus tard, trente ans à compter du décès du membre participant. 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 adressée 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. L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L.100 du Code des postes et télécommunications électroniques.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- une demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente,
- un acte d'exécution forcée,
- la reconnaissance précise et non équivoque par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit.

ARTICLE 16 » RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation liée à l'application de la présente notice, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

Il a la possibilité d'adresser une réclamation écrite par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur l'espace « Harmonie&Moi » ; ou en envoyant un courrier postal à son centre de gestion ou à l'adresse figurant sur sa carte mutualiste.

La Mutuelle accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.

Enfin, le bénéficiaire peut saisir le médiateur au terme du processus de traitement des réclamations défini par la Mutuelle, et en tout état de cause, deux mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part de la Mutuelle, par voie électronique en complétant le formulaire prévu à cet effet à l'adresse suivante : <http://cnpm-mediation-consommation.eu> ou en écrivant à CNPM - MÉDIATION - CONSOMMATION 27, avenue de la Libération - 42400 Saint-Chamond.

La saisine du médiateur suspend la prescription jusqu'à la fin de la médiation.

ARTICLE 17 » PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en oeuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants-droits, y compris certaines **données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts.**

La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour :

- le recouvrement et le contentieux ;
- son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées ;
- le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres ;
- toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance). Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données – Data Protection Officer – de la Mutuelle par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à : « Harmonie Mutuelle – Service DPO – 29, quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2 ».

Lors de l'exercice de ces droits, la production d'un titre d'identité pourra être demandée.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et à l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés – CNIL –

3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

Pour en apprendre plus sur la manière dont la Mutuelle traite leurs données, l'adhérent et ses ayants droit peuvent consulter la rubrique relative aux traitements des données à caractère personnel «Politique de données» sur le site Internet de la Mutuelle «<http://www.harmonie-mutuelle.fr/>»www.harmonie-mutuelle.fr.

ARTICLE 18 » ÉCHANGES DE DONNÉES INFORMATISÉES

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la Mutuelle.

ARTICLE 19 » LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME, GEL DES AVOIRS ET PREVENTION DE LA CORRUPTION

La Mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à solliciter auprès de l'adhérent la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur son identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement des cotisations). Afin de permettre à la Mutuelle de respecter ces obligations, l'adhérent s'engage à lui remettre les éléments et justificatifs demandés. En tout état de cause, ceux-ci seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la Mutuelle est assujettie. L'adhésion ou le versement des prestations peut-être conditionné aux résultats des vérifications conduites et pourra être refusée, dès lors que cela exposerait la Mutuelle à une quelconque sanction.

Pour plus d'informations sur ce sujet, il est possible de se reporter au code de conduite de la Mutuelle, disponible à cette adresse : <https://www.harmonie-mutuelle.fr/anticorruption-nos-engagements>.

ARTICLE 20 » AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au : 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

	Formule Essentielle	Formule Essentielle Renforcée	Formule Confort	Formule Confort Renforcée	Formule Premium	Formule Premium Renforcée
HOSPITALISATION, y compris maternité ^{(1) (2) (3)}						
Honoraires						
Limitation les 3 premiers mois d'adhésion	Rbt uniquement du forfait journalier et 100 % de la BRSS pour les honoraires et frais de séjour					
> Médecins OPTAM ou OPTAM-CO	125 %	125 %	150 %	150 %	200 %	200 %
> Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	125 %	175 %	175 %
En cas d'immobilisation au domicile supérieur à 5 jours ⁽¹⁴⁾	Aide-ménagère : maximum 10 heures réparties pendant la période d'immobilisation Livraison des médicaments, Prise en charge des frais de livraison					
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾ / Durée illimitée						
> Secteur conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
> Secteur non conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Frais de séjour						
> Secteur conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
> Secteur non conventionné	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière ^{(4) (5)} : Incluant télévision, wifi et téléphone. Hors chambre ambulatoire. Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée de 30 jours en maladie, chirurgie, convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR).	-	40 € / jour	-	50 € / jour	-	60 € / jour
> Transport du malade	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
> Hospitalisation à l'étranger	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
> Forfait patient urgence	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral

SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
> Médecins OPTAM ou OPTAM-CO	125 %	125 %	130 %	130 %	150 %	150 %
> Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	105 %	105 %	125 %	125 %
Téléconsultation illimitée ⁽¹⁴⁾	Illimitée, dispensée par des médecins inscrits à l'ordre national des médecins, pour un diagnostic avec ordonnance ou un conseil ou un second avis médical					
Honoraires paramédicaux						
> Médecins OPTAM ou OPTAM-CO et hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire, actes techniques médicaux, d'imagerie et échographie						
> Dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %	125 %
> Hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical : prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Séances de psychologues remboursées par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif « MonPacoursPsy »	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Accompagnement pathologies chroniques ⁽¹⁴⁾	Service d'informations sur les pathologies (Parkinson, Alzheimer, SIDA, allergies, etc.) animé par des médecins pour répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants : traitements et conséquences, évolution de la maladie, risque de transmission génétique, risque de contagion pour l'entourage					
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale à 65 % / 30 % / 15 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

	Formule Essentielle	Formule Essentielle Renforcée	Formule Confort	Formule Confort Renforcée	Formule Premium	Formule Premium Renforcée
PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE						
Médecines douces (20 professions éligibles) ^{(6) (7)} : ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, naturopathe, diététicien, podologue, pédicure, homéopathe, acupuncteur, micro-kinésithérapeute, reflexologue, sophrologue, lumbinothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue						
Forfait par an (limité à 30 € par acte)	-	60 €	-	90 €	-	120 €
Cures thermales						
> Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale	-	100 %	-	100 %	-	100 %
> Forfait hébergement et dépassements soins ⁽¹³⁾	-	150 €	-	200 €	-	250 €
L'aide aux aidants ⁽¹⁴⁾ : bilan global de la situation pour l'aidant et son proche parent aidé en tenant compte du contexte et des conditions de vie, de l'entourage, des ressources financières, etc.	Bilan 360 : Information de l'aidant dans les thématiques liées à la dépendance telles que l'habitat, la formation, la prévention santé, l'organisation de la vie au domicile, la coordination, le droit au répit ...					
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

OPTIQUE						
Limitation les 3 premiers mois d'adhésion à 100 % de la BRSS et aux équipements 100 % Santé						
Équipements 100 % Santé ^{(8) (9)}	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements hors 100 % Santé ^{(8) (9)}						
> Une monture de classe B avec 2 verres simples	55 €	55 €	80 €	80 €	130 €	130 €
> Une monture de classe B avec 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	70 €	70 €	170 €	170 €	220 €	220 €
> Une monture de classe B avec 2 verres complexes ou très complexes	175 €	175 €	200 €	200 €	250 €	250 €
Lentilles de contact						
> Lentilles remboursées par la Sécurité sociale, forfait annuel	100 % + 20 €	100 % + 20 €	100 % + 50 €	100 % + 50 €	100 % + 70 €	100 % + 70 €
Bénéficiez du réseau de soin Kalixia optique 6 700 centres partenaires : un très large choix de lunettes parmi les plus grandes marques du marché	<ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à 40 % de réduction sur le prix des verres et 30 % pour les lentilles Remplacement en cas de casse de la monture de classe B Les verres sont systématiquement durcis, amincis en fonction de la correction et traités antireflets 					

DENTAIRE						
Limitation les 3 premiers mois d'adhésion à 100 % de la BRSS et aux équipements 100 % Santé						
Soins	125 %	125 %	150 %	150 %	175 %	175 %
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹⁰⁾						
> Actes prothétiques et inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres ^{(10) (11)}						
> Actes prothétiques hors cadre du panier de soins 100 % Santé et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires maîtrisés ou libres	125 %	125 %	175 %	175 %	225 %	225 %
Plafond ⁽¹¹⁾ Plafonnement des soins, des prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres	-	-	1 200 €	1 200 €	1 500 €	1 500 €
Bénéficiez du réseau de soin Kalixia dentaire Vos avantages chez plus de 4 500 chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires	Des honoraires plafonnés sur plus de 120 actes à forts dépassements (couronnes, orthodontie, implants...) Une garantie de 10 ans pour les couronnes (selon les conditions de la charte qualité)					

	Formule Essentielle	Formule Essentielle Renforcée	Formule Confort	Formule Confort Renforcée	Formule Premium	Formule Premium Renforcée
AIDES AUDITIVES						
Équipements 100 % Santé ^{(8) (12)}						
> Aides auditives par oreille remboursées par la Sécurité sociale de classe 1 entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé * (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements à tarifs libres ^{(8) (12)}						
> Aides auditives par oreille remboursées par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % Santé (appareil de classe 2 à prix libre)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Bénéficiez du réseau de soin Kalixia Audio Plus de 4 400 centres audio partenaires	Une garantie de 4 ans sur le matériel à compter de la date d'achat Un appareil de dépannage sans frais si la réparation ne peut être immédiate 20 % de réduction sur les accessoires de connectivité, quel que soit le panier					

CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant : - déduction de la participation forfaitaire (2 € au 15/05/2024), - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués comprennent le remboursement du régime obligatoire et s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- Les plafonnements annuels indiqués pour certaines garanties sont par année d'adhésion et par assuré.

(1) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(2) En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire et 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.

(3) Durant les 3 premiers mois d'adhésion, remboursement uniquement du forfait journalier hospitalier pour les établissements de santé, de la participation forfaitaire et du ticket modérateur pour les honoraires et les frais de séjour. En cas de reprise d'un contrat à la concurrence, la limitation de remboursement précitée ne s'applique pas si les garanties antérieures (Honoraires, Chambre particulière) sont supérieures ou égales au nouveau contrat ou en cas d'hospitalisation d'origine accidentelle.

(4) Hors chambre ambulatoire. Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée de 30 jours dans les établissements de santé, en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR). La chambre particulière en psychiatrie n'est pas prise en charge. La prise en charge des frais liés à la télévision, au Wi-Fi et au téléphone est exclusivement réservée aux assurés ayant opté pour une chambre particulière.

(5) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(6) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(7) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESSE et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

(8) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(9) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Le montant de la monture est limité à 100 € conformément aux obligations du contrat responsable.

(10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(11) Plafonnement commun entre les Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres. Au-delà du plafond de remboursement, les soins et les prothèses seront pris en charge à hauteur du ticket modérateur.

(12) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.

(13) Les frais d'hébergement pris en charge ou non par la Sécurité sociale sont remboursés sur présentation d'une facture acquittée et détaillée de l'établissement et à condition que la cure thermale soit prise en charge par la Sécurité sociale.

(14) Se référer à la notice d'informations Fillassistance FIC24SAN0101.

Statuts et Règlement intérieur de la Mutuelle

Modifiés par l'assemblée générale des 27 et 28 juin 2024



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

Statuts de la Mutuelle

Modifiés par l'assemblée générale des 27 et 28 juin 2024

Titre I

FORMATION, RAISON D'ÊTRE ET OBJET DE LA MUTUELLE

Chapitre I

FORMATION, RAISON D'ÊTRE ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 • Dénomination et raison d'être de la Mutuelle

1.1 Dénomination

Il est constitué une mutuelle dénommée Harmonie Mutuelle, personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, et dont le n° LEI (identifiant international d'entité juridique) est le 969500JLU5ZH89G4TD57.

La Mutuelle a adopté la qualité d'entreprise mutualiste à mission dans le cadre des dispositions de l'article L.110-1-1 du Code de la Mutualité.

1.2 Raison d'être

En application de l'article L.110-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle s'est fixée comme raison d'être :

Agir sur les facteurs sociaux, environnementaux et économiques qui améliorent la santé des personnes autant que celle de la société en mobilisant la force des collectifs.

Article 2 • Siège de la Mutuelle

Le siège de la Mutuelle est situé 143, rue Blomet 75015 Paris. Il peut être transféré sur simple décision du conseil d'administration.

Article 3 • Objet, composition et mission de la Mutuelle

3.1 Objet et champ d'activité

La Mutuelle a pour objet :

1°) à titre principal, de réaliser les opérations d'assurance suivantes dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives :

- couvrir des risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2) ;
- contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de vie humaine (branche 20) ;
- contracter des engagements ayant pour objet le versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants (branche 21).

2°) d'assurer la prévention des risques de dommages corporels, de mettre en œuvre une action sociale ou par une autre réalisation sanitaires ou sociales dans la mesure où cette activité est accessoire et accessible 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 ;
- aux souscripteurs d'un contrat proposé par une entreprise relevant du Code des assurances, par une institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale ou par une autre mutuelle d'assurance et ayant passé une convention avec elle, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat passé avec les souscripteurs.

La Mutuelle peut accepter en réassurance les engagements d'assurance relevant des branches 1, 2, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26 telles que définies à l'article R.211-2 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par ses statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Elle peut également :

- se substituer intégralement aux mutuelles ou unions qui le demandent, dans les conditions prévues par l'article L.211-5 du Code de la Mutualité ;
- céder en réassurance, à tout organisme autorisé à pratiquer cette activité et quel que soit son statut juridique, tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue. La conclusion de traités de réassurance auprès d'un réassureur non régi par le Code de la Mutualité relève de la décision du conseil d'administration de la Mutuelle ;
- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance et conclure des contrats collectifs à adhésion facultative ou à adhésion obligatoire, au profit de ses membres, afin qu'ils puissent bénéficier d'autres prestations d'assurance et ce, dans le respect des exigences de l'article L.116-1 du Code de la Mutualité ;

- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance, conformément à l'article L.116-2 du Code de la Mutualité ;
- gérer accessoirement des aides relevant d'un fonds d'action sociale, sous les conditions et dans les limites définies par l'article L.111-1 III du Code précité ;
- proposer ses produits à des résidents au sein de l'Espace Économique Européen / Union Européenne ou dans tout autre État. Pour les résidents au sein de l'Espace Économique Européen / Union Européenne, la Mutuelle proposera ses produits par l'ouverture d'une succursale ou par le biais du régime de la libre prestation de services. Pour des résidents hors Espace Économique Européen / Union Européenne, la Mutuelle devra satisfaire aux conditions requises par les législations des États concernés.

Par son adhésion à des unions régies par le Livre II ou le Livre III du Code de la Mutualité ou à des fédérations, elle permet à ses membres participants et à leurs ayants droit de bénéficier d'autres services et prestations que ceux qu'elle propose elle-même.

Elle peut 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.

Elle peut encore faire bénéficier ses membres participants et leurs ayants droit des services sanitaires et sociaux dispensés par les associations - ou toute autre entité - qu'elle crée ou auxquelles elle adhère ou participe.

En application des dispositions de l'article L.116-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle peut déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion d'un contrat collectif. L'assemblée générale définit les principes que doivent respecter ces délégations de gestion. Le délégataire rend compte chaque année de sa gestion au conseil d'administration de la Mutuelle. Le conseil d'administration établit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la Mutualité.

Enfin, elle peut créer et/ou adhérer à :

- une union de groupe mutualiste,
- une union mutualiste de groupe.

3.2 Mission – Objectifs sociaux et environnementaux

Dans le cadre de son activité, en lien avec sa raison d'être, la Mutuelle se donne pour mission de poursuivre les objectifs sociaux et environnementaux suivants :

1. Construire collectivement des solutions d'assurance, de services et d'accompagnement ayant un impact positif sur la santé des personnes et de la société.
2. Améliorer avec les entreprises et les salariés les conditions de travail et de vie, et soutenir les actions de préservation de leur santé et de l'environnement.
3. Favoriser l'entraide, le développement de liens sociaux et de réseaux de solidarité au cœur des territoires.
4. Faire vivre l'engagement mutualiste et notre modèle d'entreprise à impacts positifs.

Article 4 • Règlements mutualistes et contrats collectifs

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, un (des) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par le conseil d'administration, défini(ssen)t le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Toute modification des règlements mutualistes décidée par le conseil d'administration est portée à la connaissance des membres participants par le biais de l'envoi de la revue d'information papier de la Mutuelle ou par tout autre moyen approprié.

Toutefois, les cotisations dues et les prestations offertes dans le cadre de contrats collectifs souscrits auprès de la Mutuelle ou souscrits par elle au profit d'une partie ou de l'ensemble de ses membres participants et/ou de leurs ayants droit, sont définies par ces contrats eux-mêmes et par les notices d'information correspondantes.

Toute information due par la Mutuelle à ses membres participants en vertu de dispositions légales ou réglementaires seront portées à la connaissance de ces derniers par le biais de l'envoi de la revue d'information papier de la Mutuelle ou par tout autre moyen approprié.

Article 5 • Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale. Il précise ou complète les conditions d'application des présents statuts.

Tous les membres participants et honoraires sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlements mutualistes.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement : celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine assemblée générale statuant suivant les dispositions de l'article 23 ci-après.

Chapitre II

CONDITIONS D'ADMISSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

Section 1

Adhésion

Article 6 • Définition des membres

La Mutuelle admet des membres participants et des membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques faisant acte d'adhésion dans les conditions fixées par l'article 9 ou par l'article 10 des présents statuts, qui, en échange du paiement régulier de leur cotisation, bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle à laquelle elles ont adhéré.

Sont également membres participants de la Mutuelle, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leur droit à ce titre. Par exception par rapport aux autres membres participants, les conditions d'adhésion et les règles de gestion les concernant sont définies par le code de la Sécurité sociale et les textes d'application.

Les membres honoraires sont, d'une part, les personnes physiques qui paient une cotisation, font des contributions ou des dons ou rendent des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle, les personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif auprès de cette dernière et, d'autre part les représentants des salariés de ces personnes morales dans les conditions prévues à l'article 9 des présents statuts.

Article 7 • Conditions d'adhésion des membres participants

1. Peuvent adhérer à la Mutuelle pour couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, les personnes physiques remplissant les conditions suivantes :

- toutes les personnes relevant ou non d'un régime d'assurance maladie,
- les membres des groupes constitués au sein des entreprises ou collectivités ou tout autre type de groupement.

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

2. Peuvent également adhérer à la Mutuelle toutes les personnes physiques :

- pour contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de vie humaine,
- pour faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés.

Pour les prestations d'assurance « vie-décès », les personnes « garanties » et les « bénéficiaires » des prestations sont celles qui sont expressément désignées par le membre participant, dans les limites fixées par la législation en vigueur, en particulier par les articles L.223-5 et L.223-7 du Code de la Mutualité.

Article 8 • Ayant droit

Ont la qualité d'ayants droit des membres participants, susceptibles de bénéficier des prestations de la Mutuelle, les personnes suivantes :

- le conjoint, le concubin, du membre participant ou la personne liée à ce dernier par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint, concubin ou de la personne qui lui est liée par un PACS, suivant les modalités définies aux règlements mutualistes ;
- toute personne à la charge des membres participants.

Article 9 • Adhésion à titre individuel ou en tant que membre honoraire

Acquièrent la qualité de membre participant de la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies aux présents statuts.

Pour les personnes morales souhaitant adhérer à la Mutuelle en tant que membre honoraire, l'adhésion est subordonnée d'une part à la signature d'un bulletin d'adhésion et d'autre part à une décision souveraine et non motivée du conseil d'administration ou de l'administrateur qu'il a délégué ; elle devient définitive lorsque le visa d'acceptation du président ou de l'administrateur délégué a été apposé sur le bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion entraîne, dans tous les cas, l'acceptation des stipulations des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par les règlements mutualistes et par les notices d'information.

Article 10 • Adhésion dans le cadre d'un contrat collectif à caractère obligatoire ou facultatif

I. Opérations collectives facultatives

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par

le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle et de la notice d'information qui l'accompagne.

II. Opérations collectives obligatoires

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle et ce en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

L'adhésion des personnes physiques au nom desquelles un contrat collectif à adhésion obligatoire est souscrit peut être matérialisée par l'annexion au contrat collectif souscrit de la liste, régulièrement mise à jour, de ces personnes et, en tant que de besoin, de leurs ayants droit.

III. Opérations collectives obligatoires ou facultatives dans le cadre d'un contrat de coassurance

Lorsque le contrat collectif est coassuré par la Mutuelle et d'autres mutuelles et unions, il détermine la Mutuelle auprès de laquelle chaque personne physique adhérent au contrat collectif coassuré devient membre participant.

Ainsi, la Mutuelle sera amenée à verser des prestations au titre du contrat collectif coassuré, à des personnes physiques adhérent au contrat collectif non membres participants de la Mutuelle ainsi que le cas échéant, à leurs ayants droit.

Section 2

Démission, radiation, exclusion

Article 11 • Démission

Les membres participants peuvent démissionner, et ainsi renoncer à l'intégralité des prestations servies par la Mutuelle, selon les conditions et modalités définies par le Code de la Mutualité et les stipulations des contrats collectifs et des règlements mutualistes qui leur sont applicables.

Les membres honoraires peuvent démissionner chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au président de la Mutuelle au plus tard deux mois avant la date anniversaire de l'adhésion.

Pour les membres participants qui adhèrent à la Mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif, la démission résulte du non-renouvellement du contrat collectif par la personne morale souscriptrice, à moins qu'ils ne choisissent d'y adhérer à titre individuel.

Article 12 • Radiation - résiliation

Les radiations ou résiliations d'un membre participant sont prononcées par la Mutuelle dans les conditions prévues aux articles L.221-7, L.221-8, L.221-10, L.221-17, L.223-19 et L.223-22 du Code de la Mutualité.

Sont également radiés les membres honoraires qui n'ont pas acquitté leur cotisation dans un délai de trois mois suivant l'échéance.

Article 13 • Exclusion

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

La Mutuelle pourra également exclure, à l'échéance annuelle de la garantie, tout membre participant lorsque ce dernier ou ses ayants droit auront, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues.

Peut également être exclue toute personne qui aura causé un préjudice, matériel ou moral, à la Mutuelle, constaté par une délibération du conseil d'administration.

Dans tous les cas, la décision d'exclusion est prise par le conseil d'administration. Préalablement, le conseil de région compétent géographiquement convoque la personne dont l'exclusion est proposée par courrier recommandé avec accusé de réception, pour l'entendre sur les faits qui lui sont reprochés. L'intéressé peut se faire assister de toute personne de son choix lors de cette audition.

Si l'intéressé ne se présente pas au jour indiqué, sauf motif légitime laissé à l'appréciation du conseil de région, ce dernier prend acte de son absence et en informe le conseil d'administration qui statue sur son exclusion, sans autre formalité.

La décision d'exclusion sera notifiée par courrier recommandé avec accusé de réception à l'intéressé précisant la date d'effet de l'exclusion. Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion à la Mutuelle d'une durée de 24 mois à compter de la date de prise d'effet de l'exclusion tant en qualité de souscripteur que d'ayants droit.

Article 14 • Conséquences au regard des cotisations

La démission, la radiation, la résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf dans les cas prévus à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité sous réserve des dispositions des articles L.221-7 et L.221-8, L.221-10-1, L.221-10-2, L.221-17 et L.223-18 du Code de la Mutualité et des stipulations des contrats collectifs et des règlements mutualistes. Les arriérés éventuels restent dus à la Mutuelle dans tous les cas.

Article 15 • Conséquences au regard des prestations

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 contrats collectifs, du (des) règlement(s) mutualiste(s) ainsi que des dispositions légales en faveur des membres participants et des autres bénéficiaires des prestations de la Mutuelle.

Titre II

ORGANISATION CENTRALE DE LA MUTUELLE

Chapitre I

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Section 1

Composition, élections

Article 16 • Composition

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote. Chaque délégué y dispose d'une seule voix.

Article 17 • Sections de vote

Compte tenu du nombre important de membres participants et honoraires et de leur dispersion géographique et afin de permettre à chacun d'entre eux de participer à la vie de la Mutuelle, celle-ci est organisée en sections qui ont pour objet d'assurer un lien permanent entre les membres, les délégués et les salariés de la Mutuelle.

Tous les membres participants et honoraires de la Mutuelle sont répartis en sections de vote dont l'étendue et la composition sont définies au règlement intérieur.

L'assemblée générale est composée de :

- 12 sections de vote régionales, regroupant un ou des territoires définis au règlement intérieur ;
- 1 section de vote « professionnelle » D ;
- 1 section de vote « professionnelle » E ;
- 1 section de vote « Europe » ;
- 1 section de vote « affinitaire ».

Par principe, les membres participants et honoraires, personnes physiques, sont rattachés à la section de vote de la région dont dépend le lieu de leur domicile.

Les personnes morales, membres honoraires, sont rattachées à la section de vote du lieu du domicile des membres participants bénéficiaires du contrat collectif conclu auprès de la Mutuelle. Toutefois, lorsqu'une même personne morale a conclu plusieurs contrats collectifs et que les membres participants visés par ces différents contrats sont rattachés à des sections de vote différentes, elle choisit celle d'entre elles à laquelle elle sera rattachée.

Par exception au principe de rattachement géographique, sont rattachés à la section de vote « professionnelle » D les membres participants et les membres honoraires affiliés à un contrat collectif obligatoire souscrit par une personne morale tel que défini au 2. du III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité représentant au moins 8 000 membres participants et honoraires et, sur demande de ladite personne morale souscriptrice, les membres participants qui adhèrent, en qualité d'anciens salariés de cette dernière, à un contrat collectif facultatif bénéficiant de sa participation financière.

Par exception au principe de rattachement géographique, sont rattachés à la section de vote « professionnelle » E les membres participants et les membres honoraires affiliés à un contrat collectif obligatoire souscrit par une personne morale tel que défini au 2. du III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité représentant entre 800 et 7 999 membres participants et honoraires.

Par exception aux principes de rattachement géographique et professionnel, sont rattachés à la section de vote « affinitaire » les membres participants et les membres honoraires liés par leur adhésion à un règlement mutualiste, ou un contrat d'assurance, de la gamme Harmonie Fonction Publique.

Sont rattachés à la section de vote « Europe » :

- les membres participants et honoraires relevant d'un contrat collectif souscrit par une personne morale dès lors que ces membres et la personne morale souscriptrice résident dans un État de l'Espace Économique Européen.

Article 18 • Nombre de délégués - Élection de délégués

18.1 Sections de vote régionales et affinitaire

Les membres participants et honoraires, à jour de leurs cotisations, procèdent au sein de leur section de vote, à l'élection d'un délégué par tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires, dans des conditions précisées au règlement intérieur.

Chaque membre participant ou honoraire de la Mutuelle dispose d'une voix pour élire les délégués.

L'effectif de la section à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à élire, est le nombre de membres participants et honoraires au 1^{er} juillet de l'année précédant l'élection.

Il est procédé aux élections générales des délégués, tous les six ans, par section de vote et par correspondance y compris par voie électronique, au scrutin de listes bloquées majoritaires à un tour sans panachage et sans vote préférentiel.

Par ailleurs, il est procédé à la troisième année de mandat des délégués, et en tant que de besoin, à des élections partielles au sein de chaque section de vote.

Ces élections partielles visent à pourvoir soit au(x) siège(s) devenu(s) vacant(s) en raison du décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre d'un (de) délégué(s), soit à un (de) nouveau(x) siège(s) en raison de l'augmentation des effectifs d'une section de vote au cours de cette période, dans les conditions précisées au règlement intérieur.

Le mandat de ce(s) délégué(s) expire aux élections générales suivantes.

Les délégués sont rééligibles.

18.2 Sections de vote professionnelles

1. Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « professionnelle » D procèdent, en application de l'article L.114-6 alinéa 3 du Code de la Mutualité, à la désignation de délégués représentant les membres honoraires et de délégués représentant les membres participants à raison d'un délégué par tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires.

Dès lors qu'elles en informent le président du conseil d'administration au moins trois mois avant la tenue de l'assemblée générale annuelle, lesdites personnes morales peuvent procéder, chaque année, à des désignations de délégués afin de pourvoir soit à un poste devenu vacant en raison du décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre d'un (de) délégué(s), soit à un (de) nouveau(x) siège(s) en raison de l'augmentation des effectifs d'une section de vote au cours de cette période, dans les conditions précisées au règlement intérieur.

Pour ce dernier cas, l'effectif de la section à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à désigner, est le nombre de membres participants et honoraires au 1^{er} juillet de l'année précédant cette désignation.

2. Les membres participants et honoraires, à jour de leurs cotisations, procèdent, au sein de leur section de vote « professionnelle » E à l'élection d'un délégué par tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires, dans des conditions précisées au règlement intérieur.

Chaque membre participant ou honoraire de la section de vote « professionnelle » E dispose d'une voix pour élire les délégués.

L'effectif de la section à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à élire, est le nombre de membres participants et honoraires au 1^{er} juillet de l'année précédant l'élection.

Ces élections générales ont lieu tous les six ans, concomitamment à l'élection générale des délégués des sections de vote régionales et selon les mêmes modalités telles que définies aux statuts et règlement intérieur.

Par ailleurs, il est procédé à la troisième année de mandat des délégués, et en tant que de besoin, à des élections partielles au sein de la section de vote « professionnelle » E.

Ces élections partielles visent à pourvoir soit au(x) siège(s) devenu(s) vacant(s) en raison du décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre d'un (de) délégué(s), soit à un (de) nouveau(x) siège(s) en raison de l'augmentation des effectifs de la section de vote au cours de cette période, dans les conditions précisées au règlement intérieur.

Le mandat de ce(s) délégué(s) expire aux élections générales suivantes. Les délégués sont rééligibles.

18.3 Section de vote « Europe »

Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « Europe » procèdent, en application de l'article L.114-6 alinéa 3 du Code de la Mutualité, à la désignation de délégués représentant les membres honoraires et de délégués représentant les membres participants à raison d'un délégué par tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires.

Dès lors qu'elles en informent le président du conseil d'administration au moins trois mois avant la tenue de l'assemblée générale annuelle, lesdites personnes morales peuvent procéder, chaque année, à des désignations de délégués afin de pourvoir soit à un poste devenu vacant en raison du décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre d'un (de) délégué(s), soit à un (de) nouveau(x) siège(s) en raison de l'augmentation des effectifs d'une section de vote au cours de cette période, dans les conditions précisées au règlement intérieur.

Pour ce dernier cas, l'effectif de la section à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à désigner, est le nombre de membres participants et honoraires au 1^{er} juillet de l'année précédant cette désignation.

Section 2

Réunions

Article 19 • Convocation

L'assemblée générale est convoquée au moins une fois par an par le président du conseil d'administration.

Elle peut également être convoquée par les personnes et dans les conditions visées à l'article L.114-8 du Code de la Mutualité, en particulier :

- par la majorité des administrateurs composant le conseil ;
- par les commissaires aux comptes de la Mutuelle ;
- par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution d'office ;
- par un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution ;
- par les liquidateurs.

Article 20 • Modalités de convocation

L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion, dans les conditions prévues par les articles D.114-1 et suivants du Code de la Mutualité.

La convocation est adressée à chaque délégué.

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 21 • Ordre du jour

L'ordre du jour des assemblées générales est arrêté par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations selon les modalités prévues par l'article D.114-3 du Code de la Mutualité.

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

Toutefois, d'une part, le quart au moins des délégués composant l'assemblée générale peut requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée générale de projets de résolutions qui sont alors soumis au vote de cette dernière à la condition que leurs demandes aient été adressées par lettre recommandée avec accusé de réception au président de la Mutuelle, cinq jours au moins avant la date de réunion de l'assemblée générale.

D'autre part, lorsqu'elle est réunie, l'assemblée peut, de sa propre initiative, révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration, procéder à son (leur) remplacement conformément aux dispositions des articles L.114-9 et L.114-16 du Code de la Mutualité et prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la Mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

Section 3

Pouvoirs – Délibérations

Article 22 • Pouvoirs de l'assemblée générale

L'assemblée générale statue obligatoirement sur toutes les questions qui lui sont réservées par l'article L.114-9 du Code de la Mutualité, à savoir :

- les modifications des statuts ;
- les activités exercées ;
- le montant des droits d'adhésion, lorsqu'ils sont prévus par les statuts ; ce montant ne peut varier que dans des limites fixées par décret ; en tout état de cause, il est fixé une fois par an et est le même pour toutes les adhésions de l'exercice ;
- l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle ou de l'union, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44, L.114-45 et L.221-19 du Code de la Mutualité ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité ;
- le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les Livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du Code de la Mutualité ;
- le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du Code de la Mutualité ;

- l'élection des membres du conseil d'administration ;
- l'attribution d'indemnités aux administrateurs dans le cadre des dispositions prévues par le Code de la Mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles et les opérations collectives mentionnées respectivement au II et au III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité.

Article 23 • Modalités de vote des délibérations

- I. Sous réserve des stipulations du II ci-après, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou par vote électronique est égal au quart au moins du total des délégués composant l'assemblée générale.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée est convoquée dans les conditions prévues à l'article 20 ci-dessus. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou par vote électronique.

Les décisions sont prises, dans les deux cas, à la majorité simple des suffrages exprimés.

- II. Lorsqu'elle se prononce sur les modifications des statuts, les activités exercées, le fonds d'établissement, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles en matière d'opérations individuelles et en matière d'opérations collectives, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une nouvelle mutuelle ou union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou par vote électronique est au moins égal à la moitié du total des délégués composant l'assemblée générale.

Si cette condition n'est pas remplie, une seconde assemblée générale peut être convoquée dans les conditions prévues à l'article 20 et délibère valablement si le nombre des délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou par vote électronique est au moins égal au quart du total des délégués composant l'assemblée générale.

Les décisions sont adoptées, dans les deux cas, à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

Article 24 • Modalités de vote par procuration, par correspondance ou par vote électronique

Le délégué peut voter par procuration, par correspondance ou recourir au vote électronique.

En cas de vote par procuration, le délégué empêché peut s'y faire représenter par un autre délégué de la Mutuelle, 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 sera remis à tous les délégués lors de l'envoi de la convocation. Le texte des résolutions ainsi qu'un exposé des motifs sont joints au formulaire de vote par procuration.

Le délégué empêché devra signer le formulaire et y indiquer ses nom, prénom et domicile ainsi que ceux du mandataire.

Article 25 • Force exécutoire des décisions

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

Les modifications des statuts et du règlement intérieur sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres.

Chapitre II

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1

Composition, élections

Article 26 • Composition

La Mutuelle est administrée par un conseil d'administration comprenant au plus 35 administrateurs.

Le conseil d'administration comprend, outre les administrateurs, deux représentants des salariés.

Les administrateurs sont élus par les membres de l'assemblée générale parmi les membres participants et honoraires.

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

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

Le nombre des administrateurs âgés de plus soixante-huit ans ne peut excéder le tiers – arrondi au nombre immédiatement supérieur – des

administrateurs en fonction. Lorsque cette proportion du tiers est dépassée, l'administrateur le plus âgé est réputé démissionnaire d'office. Lorsque le dépassement de ce seuil trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur ayant plus de soixante-huit ans, celui-ci est réputé démissionnaire d'office.

Article 27 • Conditions d'éligibilité – Limite d'âge

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

- d'être à jour de ses cotisations ;
- 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.

Article 28 • Cumul des mandats

Une même personne ne peut appartenir simultanément en qualité d'administrateur à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations déduction faite des mandats 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 ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur, dont au plus deux mandats de président du 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.

Article 29 • Modalités de l'élection des administrateurs

Conformément aux dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du conseil d'administration sont élus y compris par recours au vote électronique, dans des conditions garantissant le secret du vote par l'assemblée générale au scrutin uninominal majoritaire à un tour ; dans le cas où des candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Article 30 • Durée et fin du mandat

Les administrateurs sont élus pour une durée de six ans. Le renouvellement du conseil d'administration a lieu par moitié tous les trois ans.

Leurs fonctions expirent à l'issue de l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice écoulé et réunie dans l'année d'expiration de leur mandat.

Les administrateurs sont rééligibles deux fois.

• Cooptation

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

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche assemblée générale. Si la nomination faite par le conseil d'administration n'est pas ratifiée par ladite assemblée générale, cela n'entraîne pas la nullité des délibérations auxquelles a pris part cet administrateur.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'assemblée générale achève le mandat de son prédécesseur.

• Démission

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 26 ;
- 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 d'incompatibilité avec une disposition légale ou réglementaire.

• 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 31 • Représentation 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 et ainsi que prévu dans l'article 26 des statuts, deux représentants des salariés assistent avec voix délibérative aux réunions du conseil d'administration.

Les représentants des salariés sont élus conformément aux dispositions de l'article L.114-16-2 du Code de la Mutualité. Leur mandat est d'une durée de 6 ans.

En cas de vacance pour quelque cause que ce soit d'un poste de représentant des salariés, le siège vacant est pourvu par le candidat figurant sur la même liste immédiatement après le dernier candidat élu, pour la durée du mandat restant à courir.

Section 2

Réunions

Article 32 • Convocation et réunions

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président toutes les fois que l'intérêt de la Mutuelle l'exige, et au moins trois fois par an.

Les convocations sont adressées aux administrateurs cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence. La situation d'urgence est souverainement appréciée par le président.

Le président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du conseil d'administration.

Article 33 • Délibérations

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

Sont réputés présents, pour le calcul du quorum et de la majorité, les membres du conseil d'administration qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication, dans les conditions définies au règlement intérieur.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

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

Le conseil d'administration vote obligatoirement dans des conditions garantissant le secret du vote, y compris par recours au vote électronique, pour l'élection du président ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

Les administrateurs, et toutes les personnes présentes aux réunions du conseil d'administration, sont tenus à une obligation de discrétion s'opposant à la divulgation de renseignements ou informations confidentielles.

Section 3

Pouvoirs - Délégations

Article 34 • Pouvoirs

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

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

Il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi, et en particulier à la clôture de chaque exercice :

- il arrête les comptes annuels ;
- il établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité ;
- il approuve annuellement :
 - le rapport sur la loi de transition énergétique ;
 - le rapport annuel sur les procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable ;
 - les rapports narratifs SFCR et RSR ;
 - le rapport ORSA, le rapport de contrôle interne « Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme » ;
 - le rapport actuariel.
- en tant que de besoin, un rapport, présenté à l'assemblée générale, dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la Mutualité.

Il organise le contrôle interne. Il approuve annuellement les différentes politiques écrites instituées par le régime prudentiel Solvabilité 2.

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.

Toute convention relevant des dispositions de l'article L.114-32 du Code de la Mutualité sur les conventions réglementées, lui est soumise pour autorisation préalable.

Il dispose pour pourvoir au bon fonctionnement de la Mutuelle de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale ou à un autre organe de la Mutuelle.

Le conseil d'administration :

- adopte et modifie les règlements mutualistes des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité, dans le respect des orientations générales fixées par l'assemblée générale ;
- fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations individuelles et des opérations collectives mentionnées respectivement au II et au III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du conseil d'administration.

Le conseil d'administration rend compte des décisions qu'il prend en la matière, devant l'assemblée générale qui en prend acte, par le vote d'une résolution.

Il peut créer, en son sein, des commissions et des comités temporaires ou permanents.

Article 35 • Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par le conseil d'administration s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle, aux principes et règles générales fixés par l'assemblée générale, au Code de la Mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations et des règlements mutualistes sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres.

Article 36 • Délégations

Le conseil d'administration peut déléguer certains de ses pouvoirs, sous sa responsabilité et son contrôle :

- soit au président, dirigeant effectif,
- soit au directeur général, dirigeant opérationnel,
- soit à un comité exécutif,
- soit à un ou plusieurs administrateurs,
- soit à un ou plusieurs de ses comités spécialisés.

Section 4 Statut des administrateurs

Article 37 • Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Cependant, la Mutuelle peut verser aux administrateurs des indemnités et leur rembourser leurs frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants, dans les conditions prévues par les articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la Mutualité.

Article 38 • Incompatibilités

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, des rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du Code de la Mutualité.

Les administrateurs 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.

Article 39 • Obligations des administrateurs

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

Il leur est interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des présents statuts.

Ils sont tenus de faire connaître à la Mutuelle :

- les mandats d'administrateur qu'ils exercent dans d'autres organismes mutualistes ainsi que toute modification apportée sur ce point à leur situation ;
- les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Article 40 • Responsabilité des administrateurs

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, du non-respect des statuts ou des fautes commises dans la gestion de la Mutuelle.

Chapitre III

PRÉSIDENT, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET COMITÉ EXÉCUTIF

Section 1 Président, dirigeant effectif

Article 41 • Élection et révocation

Le conseil d'administration élit, parmi ses membres, un président qui est élu en qualité de personne physique et qu'il peut, à tout moment, révoquer.

Le président est élu, à bulletin secret, au scrutin majoritaire uninominal à deux tours, pour une durée de trois ans. Le mandat est renouvelable deux fois.

Pour être élu au 1^{er} 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 président est élu au cours de la première réunion du conseil d'administration qui suit la constitution initiale ou le renouvellement du conseil d'administration.

Le président dirige effectivement la Mutuelle au sens de l'article L.211-13 du Code de la Mutualité.

Outre le président du conseil d'administration, une ou plusieurs autres personnes physiques peuvent être désignées comme dirigeants effectifs par le conseil d'administration, sur proposition de son président, dans les conditions prévues par l'article R.211-15 du Code de la Mutualité.

Article 42 • Vacance de la présidence

En cas de décès, de démission, d'incapacité ou incompatibilité avec une disposition légale ou réglementaire du président ou lorsqu'il perd la qualité de membre, il est pourvu dans les meilleurs délais à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection pour la durée du mandat qui reste à courir.

Le conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le vice-président délégué, et à défaut par un vice-président, élus dans les conditions prévues à l'article 45, à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le vice-président délégué, et à défaut un vice-président, à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Section 2 Pouvoirs du président

Article 43 • Pouvoirs

Le président organise et dirige les travaux du conseil d'administration qu'il convoque et dont il établit l'ordre du jour des réunions.

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 donne son avis aux commissaires aux comptes sur toutes les conventions autorisées et communique à ces derniers comme au conseil d'administration la liste et l'objet de toutes les conventions portant sur des opérations courantes et qui sont conclues, en particulier, entre la Mutuelle et un administrateur, directement ou par personne interposée, conformément aux exigences de l'article L.114-33 du Code de la Mutualité.

Il engage les recettes et les dépenses.

Il représente la Mutuelle en justice, tant en demande qu'en défense, et dans tous les actes de la vie civile.

Il peut mandater un autre administrateur afin qu'il représente la Mutuelle dans les cas visés à l'alinéa précédent, mais pour des affaires qu'il précise.

Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier, au directeur général de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. 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.

Section 3 Directeur général, dirigeant opérationnel

Article 44 • Nomination – attributions – vacance

Le conseil d'administration nomme, sur proposition du président du conseil d'administration, le dirigeant opérationnel, personne physique qui ne peut être un administrateur. Il peut mettre fin aux fonctions du dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

Le dirigeant opérationnel porte également le titre de directeur général.

Le directeur général assure, avec le président du conseil d'administration, la direction effective de la Mutuelle.

Le conseil d'administration approuve les éléments du contrat de travail du directeur général et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

Le directeur général exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration, dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci et dans la limite de la délégation qui lui est consentie.

Il assiste 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. Cette audition peut se dérouler hors la présence du directeur général et tout autre dirigeant effectif salarié si les membres du conseil d'administration l'estiment nécessaire. Le conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant le comité exécutif de la Mutuelle, lequel revêt la qualité du comité spécialisé prévu à l'article L.211-13 du Code de la Mutualité.

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

Section 4

Comité exécutif

Article 45 • Composition

Le comité exécutif, comité de réflexion stratégique du conseil d'administration, est composé au plus de 9 membres élus par le conseil d'administration en son sein, comprenant outre le président du conseil d'administration, un vice-président délégué et/ ou un ou plusieurs vice-présidents. Le cas échéant, le conseil d'administration détermine les attributions du ou des vice-président(s) délégué(s) et/ou vice-présidents.

Les membres du comité exécutif 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.

Le conseil d'administration peut élire des membres du comité exécutif à tout moment, notamment en cas de vacance, pour la durée restant à courir du mandat.

Le mandat de président est renouvelable deux fois.

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

De même, la moyenne d'âge ne pourra excéder 60 ans étant précisé qu'en cas de dépassement, le membre le plus ancien sera réputé démissionnaire d'office. Il sera procédé à son remplacement par le conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel assiste aux réunions du comité exécutif.

Ce comité pourra accueillir, en outre, des membres du comité de direction générale de la Mutuelle.

Les membres élus du comité exécutif peuvent se réunir exclusivement entre eux, à la demande du président.

Article 46 • Vice-présidents et vice-président délégué

En cas d'indisponibilité temporaire du président, le vice-président délégué ou l'un des vice-présidents assume les fonctions du président prévues à l'article L.114-18 du Code de la Mutualité.

Le conseil d'administration peut confier à un vice-président la responsabilité de la validation des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des membres.

Article 47 • Réunions et délibérations

Le comité exécutif 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 comité exécutif à assister aux réunions.

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

Chapitre IV

MANDATAIRES MUTUALISTES

Article 48 • Définition

Le mandataire mutualiste, en application de l'article L.114-37-1, est une personne physique, distincte de l'administrateur mentionné à l'article L.114-16, qui apporte à une mutuelle, union ou fédération, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du ou des mandats pour lesquels il a été statutairement désigné ou élu.

Peuvent bénéficier du statut de mandataire mutualiste :

- les délégués à l'assemblée générale ;
- les délégués territoriaux et régionaux ;
- les présidents de territoires.

Article 49 • Mandataire mutualiste

La Mutuelle propose à ses mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

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

Chapitre V

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les mandats des membres des comités du conseil d'administration ont une durée de trois ans.

Section 1

Comité d'audit et des risques

Article 50 • Composition

La composition du comité d'audit et des risques est fixée dans le règlement intérieur dudit comité, conformément aux dispositions de l'article L.114-17-1 du Code de la Mutualité. Ses membres sont désignés par le conseil d'administration.

Article 51 • Missions

Conformément aux dispositions des articles L.114-17-1 et L.212-3-2 du Code de la Mutualité et L.823-19 du Code de Commerce, le comité d'audit et des risques est chargé :

- 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 ;
- d'assurer le suivi de la politique, des procédures et des systèmes de gestion des risques ;
- de s'assurer d'un dispositif de contrôle interne et de son efficacité ;
- d'émettre une recommandation sur les commissaires aux comptes lors de leur désignation ou de leur renouvellement par l'assemblée générale ;
- de surveiller l'exécution de la mission des commissaires aux comptes, leur mode de rémunération et leur indépendance ;
- d'approuver la fourniture des services mentionnés à l'article L.822-11-2 du Code de Commerce.

Le comité d'audit et des risques rend compte régulièrement au conseil d'administration de l'exercice de ses missions, ainsi que des résultats de la mission de certification des comptes, de la manière dont cette mission a contribué à l'intégrité de l'information financière et du rôle qu'il a joué dans ce processus. Il l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

Au-delà de ces missions, le comité d'audit et des risques peut se voir confier d'autres missions détaillées dans son règlement intérieur.

Article 52 • Fonctionnement

Les modalités de fonctionnement du comité d'audit et des risques sont précisées dans le règlement intérieur du comité d'audit et des risques.

Le règlement intérieur du comité d'audit et des risques est établi par le conseil d'administration.

Section 2

Comité des finances

Article 53 • Composition

Le comité des finances comprend 8 à 10 membres en ce compris son président, désignés pour une durée de trois ans, par le conseil d'administration étant précisé que deux membres doivent être choisis en dehors des administrateurs.

Article 54 • Missions

Le comité a notamment la charge :

- d'instruire les dossiers dont le comité exécutif a acté les principes directeurs : budget, business plan,
- de suivre l'exécution budgétaire,
- d'étudier les comptes annuels, solo et pallier de combinaison,
- d'analyser les prises de participation,
- d'étudier les dossiers de financement des grands projets,
- de vérifier l'exécution de la politique d'investissement (placements et immobilier).

Article 55 • Fonctionnement

Le comité est présidé par un vice-président.

Le président du comité a pour rôle de convoquer et animer les réunions du comité et de rendre compte au conseil d'administration en présentant notamment le rapport sur la situation financière.

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

Le comité se réunit au moins 4 fois par an.

Un règlement intérieur du comité peut être établi par le conseil d'administration.

Section 3 Comité des mandats et d'éthique

Article 56 • Comité des mandats et d'éthique

Instance collégiale composée d'administrateurs désignés par le conseil pour une durée de trois ans, le comité des mandats et d'éthique est chargé :

- d'étudier tous les mandats de représentation qui sont proposés au conseil ;
- d'examiner les cas dont il aurait été saisi et de prononcer, en toute indépendance, les sanctions aux manquements à l'éthique qui se matérialiseraient par le non-respect des règles en vigueur énoncées dans la charte éthique de la Mutuelle à laquelle sont tenus les administrateurs, les mandataires mutualistes et les délégués à l'assemblée générale.

Le comité est présidé par un vice-président.

Sa composition est fixée dans le règlement intérieur dudit comité.

Section 4 Comité de mission

Article 57 • Suivi de l'exécution des objectifs sociaux et environnementaux de la Mutuelle

57.1 Création d'un comité de mission, distinct des organes sociaux

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires issues de la Loi PACTE et notamment l'article 110-1-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est dotée d'un comité de mission, distinct des organes sociaux.

57.2 Composition du comité de mission

Le comité de mission est composé d'un nombre de membres compris entre sept et neuf. Les membres du comité de mission sont des personnes physiques désignées par le conseil d'administration. Un de ces membres au moins est désigné parmi les salariés de la Mutuelle.

Les membres du comité de mission sont désignés pour une durée de trois exercices. Leur mandat est renouvelable dans les limites fixées dans le règlement intérieur dudit comité.

57.3 Attributions du comité de mission

Le comité de mission est chargé exclusivement du suivi de l'exécution des objectifs sociaux et environnementaux de la Mutuelle tels que définis à l'article 3.2 des présents statuts. Il n'a aucun pouvoir de décision ou de représentation vis-à-vis des tiers.

Il présente annuellement un rapport joint au rapport de gestion du conseil d'administration, à l'assemblée chargée de l'approbation des comptes de la Mutuelle.

Le comité procède à toute vérification qu'il juge opportune et se fait communiquer tout document nécessaire au suivi de l'exécution de la mission.

L'exécution des objectifs sociaux et environnementaux mentionnés à l'article 3.2 des présents statuts fait l'objet d'une vérification par un organisme tiers indépendant. Cette vérification donne lieu à un avis joint au rapport du comité de mission à l'assemblée générale.

Cet organisme tiers indépendant est désigné par le conseil d'administration de la Mutuelle pour une durée initiale qui ne peut excéder six exercices. Cette désignation est renouvelable, dans la limite d'une durée totale de douze exercices.

57.4 Fonctionnement du comité de mission

Les règles relatives au fonctionnement du comité de mission sont définies dans un règlement intérieur qui sera établi par le conseil d'administration de la Mutuelle.

Chapitre VI

DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Section 1 Produits et charges

Article 58 • Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- les droits d'adhésion et les cotisations des membres participants et honoraires afférents à l'activité de la Mutuelle ;

- les produits financiers ;
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers.

Plus généralement, toutes autres ressources non interdites par la loi, conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts, redevances.

Article 59 • Charges

Les charges de la Mutuelle comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants et à leurs ayants droit ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- les versements faits aux unions et fédérations ;
- les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
- le cas échéant, les cotisations versées au système fédéral de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française prévu à l'article L.111-6 du Code de la Mutualité ;
- la redevance prévue à l'article L.951-1.2 du Code de la Sécurité sociale et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) pour l'exercice de ses missions.

Plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

Section 2 Autres dispositions

Article 60 • Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100 euros.

Il est prélevé sur les réserves de la Mutuelle.

Ce montant pourra être augmenté par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 23-II des présents statuts.

Article 61 • Fonds de garantie

La Mutuelle adhère au système de garantie créé par la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Article 62 • Exercice comptable

Conformément aux dispositions de l'article II.1.6 du règlement 2002-06 du 12 décembre 2002 relatif au plan comptable des mutuelles relevant du Code de la Mutualité et assumant un risque d'assurance :

- l'exercice comptable de la Mutuelle commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre de chaque année ;
- le premier exercice est clôturé le 31 décembre 2012.

Titre III

ORGANISATION TERRITORIALE ET RÉGIONALE DE LA MUTUELLE

Chapitre I

LES TERRITOIRES

Article 63 • Définition des territoires

Pour favoriser et faire vivre la proximité entre la Mutuelle et ses membres participants et honoraires, ceux-ci sont regroupés géographiquement, au sein de territoires en fonction de leur lieu de domicile.

L'objet, le nombre et l'étendue de ces territoires, leur organisation et leurs attributions sont définis dans le règlement intérieur.

Chaque territoire est doté d'une assemblée de territoire composée de délégués territoriaux et des délégués à l'assemblée générale issus du territoire.

Chapitre II

LES RÉGIONS

Article 64 • Définition des régions

Les régions regroupent l'ensemble des territoires définis à l'article 63.

La région est un lieu d'échange et de coordination, notamment en termes de diffusion d'information, entre les territoires qui la composent d'une part et entre lesdits territoires et l'organisation centrale de la Mutuelle d'autre part.

Les régions sont garantes de l'articulation entre le conseil d'administration et les territoires et donnent l'impulsion et la cohésion aux actions des élus.

Leur objet, le nombre et l'étendue de ces régions, leur organisation et leurs attributions sont définis dans le règlement intérieur.

L'assemblée de région est composée des délégués régionaux et des délégués à l'assemblée générale issus de la région.

Les délégués régionaux sont élus parmi les délégués territoriaux des territoires composant la région.

Article 65 • Volontaires Mutualistes

La Mutuelle peut également admettre avec voix consultative, des personnes physiques qui apportent à la Mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole à des actions menées en faveur de la Mutuelle et de ses adhérents.

Ces personnes dénommées « volontaires mutualistes » sont désignées selon des modalités définies dans le règlement intérieur.

Titre IV

DISSOLUTION ET LIQUIDATION

Article 66 • 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 dans les conditions fixées à l'article 23- II ci-dessus.

L'assemblée générale nomme un (ou plusieurs) liquidateur(s) qui peu(vent) être choisi(s) parmi les membres du conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'assemblée générale régulièrement constituée conserve, pendant la liquidation, les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a eu lieu, des pouvoirs spéciaux au(x) liquidateur(s).

L'assemblée générale qui se prononce sur la dissolution et qui statue dans les conditions prévues au I de l'article L.114-12 désigne le ou les attributaires de l'excédent de l'actif net sur le passif. Ces attributaires sont d'autres mutuelles, unions ou fédérations, le fonds de solidarité et d'action mutualistes mentionné à l'article L.421-1, ou le fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1. À défaut de dévolution, par l'assemblée générale ayant prononcé la dissolution, de l'excédent de l'actif net sur le passif, celui-ci est affecté au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1.

Titre V

INFORMATION DES MEMBRES

Article 67 • Étendue de l'information

Chaque membre de la Mutuelle reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste et, en tant que de besoin, des notices d'information correspondant aux contrats collectifs à adhésion facultative ou obligatoire souscrits auprès de la Mutuelle ou par la Mutuelle au profit de l'ensemble de ses membres ou d'une catégorie d'entre eux.

Chaque membre est informé par tout moyen dont la revue de la Mutuelle :

- des modifications apportées aux documents précités ;
- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès ;
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 68 • Protection des données à caractère personnel

Les données relatives aux membres participants, leurs ayants droit et membres honoraires constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre par le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 (ci-après, « le règlement européen sur la protection des données »), ainsi que par la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La Mutuelle s'engage, dans le cadre des différents traitements qu'elle est amenée à mettre en œuvre au titre la réalisation de son objet et des activités définies à l'article 3 des présents Statuts, à respecter toutes les obligations posées par ces différentes réglementations, et notamment à ne pas utiliser les données à caractère personnel des membres et ayants droit à d'autres fins que celles résultant de l'application des statuts, du règlement intérieur et des règlements mutualistes.

La Mutuelle s'engage également, en tant que responsable de traitement, à traiter loyalement les données des membres et ayants droit et à leur permettre, au travers des différents documents d'information ou supports de collecte de données, de connaître la raison de la collecte des différentes données les concernant, de comprendre le traitement qui sera fait de leurs données et d'assurer la maîtrise de leurs données, en facilitant l'exercice de leurs droits.

Titre VI

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 69 • Fonds d'action sociale

Un fonds d'action sociale est 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, qui peut déléguer à des commissions territoriales, le soin de décider de cette attribution.

Article 70 • Médiation

En cas de difficultés liées, en particulier, à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, les membres participants et honoraires peuvent saisir le médiateur de la Mutuelle. Celui-ci est désigné conformément aux dispositions des articles L.611-1 et suivants et R.612-1 et suivants du Code de la consommation.

Titre VII

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS L'UNION MUTUALISTE DE GROUPE (UMG) GROUPE VYV

Article 71 • Respect des engagements pris au titre de l'affiliation de la Mutuelle à l'UMG GROUPE VYV

La Mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe GROUPE VYV telle que définie à l'article L.111-4-2 du Code de la Mutualité.

À ce titre, la Mutuelle s'engage au respect des dispositions des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation conclue avec elle, et notamment celles imposant de :

- permettre la participation des dirigeants de l'UMG aux instances de la Mutuelle ;
- se conformer aux décisions du conseil d'administration de l'UMG dans les domaines placés sous contrôle stratégique du Groupe ;
- recueillir l'accord du conseil d'administration de l'UMG ou l'informer, selon les cas, préalablement à la réalisation d'opérations précisément définies dans les statuts de l'UMG ou dans la convention d'affiliation ;
- soumettre à l'agrément du conseil d'administration de l'UMG la nomination du dirigeant opérationnel et autres dirigeants effectifs salariés de la Mutuelle, ainsi que celle de ses responsables des fonctions clés, préalablement à leur désignation par le conseil d'administration de celle-ci ;
- soumettre au vote du conseil d'administration de la Mutuelle, à la demande expresse du conseil d'administration de l'UMG, la révocation du dirigeant opérationnel et/ou des autres dirigeants effectifs salariés et/ou la destitution de tout ou partie des responsables des fonctions clés de la Mutuelle ;
- se prêter aux audits diligentés par le conseil d'administration de l'UMG dans les conditions prévues dans la convention d'affiliation, et se conformer à leurs préconisations et à leurs modalités de suivi.

Plus généralement, la Mutuelle s'engage à se conformer aux mécanismes traduisant d'une part l'influence dominante du nouveau Groupe sur ses mutuelles affiliées et d'autre part la solidarité financière, ainsi qu'à se soumettre aux pouvoirs de contrôle et de sanction de celui-ci.

Les dispositions et engagements pris au titre du présent article complètent les articles des présents statuts qui portent le cas échéant sur les mêmes sujets ; en cas de contradiction, ces dispositions et engagements prévalent.

Règlement intérieur de la Mutuelle

Modifiés par l'assemblée générale des 27 et 28 juin 2024

Préambule

Le règlement intérieur vient compléter les statuts de la Mutuelle et préciser ses règles de fonctionnement.

Titre I

LES TERRITOIRES DE LA MUTUELLE

Chapitre I

OBJET - DÉFINITION

Article 1 • Objet

Dans le but de faire participer activement les membres participants et honoraires de la Mutuelle à la vie et au développement de celle-ci, des territoires sont créés. Au sein des territoires, lesdits membres pourront se faire représenter au sein des assemblées de territoire et des conseils de territoire. Les conditions de représentation sont définies par les règlements des territoires.

Les territoires ont vocation à favoriser, dans le cadre d'une mission consultative et de coordination, les actions de la Mutuelle.

Ils ne sont pas un lieu décisionnel en matière d'activité d'assurance de la Mutuelle et de gestion de cette activité. En revanche, les territoires peuvent être un lieu de débat et de proposition sur ces sujets de manière à alimenter les réflexions des instances de la Mutuelle.

Le territoire constitue l'espace dans lequel les délégués s'organisent pour faire vivre la proximité.

C'est un lieu :

- de débat sur tous les sujets qui concernent la Mutuelle, tant locaux que nationaux ;
- d'action en matière de partenariats locaux, de communication locale, d'action sociale, et de prévention ;
- d'intégration où se forge la culture d'appartenance à la Mutuelle, à ses principes et ses valeurs.

Des rencontres locales ouvertes aux membres participants et honoraires sont organisées au sein du territoire.

Des délégués de territoires peuvent également être réunis nationalement afin de contribuer à une réflexion ou un débat proposé par la Mutuelle.

Article 2 • Définition des territoires

La Mutuelle est organisée en territoires.

Le territoire correspond a minima à un département et au plus à une région administrative.

Par principe, les membres participants et honoraires de la Mutuelle sont rattachés au territoire du lieu de leur domicile principal. Par exception, et sur autorisation d'une commission électorale constituée par le conseil d'administration, les membres participants et honoraires peuvent être rattachés à un autre territoire notamment en fonction de leur lieu de domicile secondaire ou de leur lieu de travail, afin d'accroître leurs disponibilités.

Les territoires sont regroupés en régions définies ci-après.

Ces territoires sont dénommés et répartis géographiquement ainsi qu'il suit : cf. liste des territoires et des régions page ci-après.

Les membres participants et honoraires de la Mutuelle ayant adhéré et résidant soit :

- dans un État qui n'est pas partie à l'Espace Économique Européen
 - dans un État partie à l'Espace Économique Européen et dont l'adhésion est à titre individuel
 - en France non métropolitaine (ex : départements et régions d'Outremer)
- sont rattachés au territoire « Ile-de-France ».

Les élus de la Mutuelle tirent leur légitimité du territoire qui constitue aussi le socle géographique des élections.

Chaque territoire dispose de son propre règlement établi sur la base d'un projet de règlement type susceptible d'aménagement en fonction des spécificités dudit territoire.

Le règlement type du territoire est approuvé par le conseil d'administration.

Chapitre II

LES ASSEMBLÉES DE TERRITOIRE

Article 3 • Composition

Chaque territoire est doté d'une assemblée de territoire composée de délégués territoriaux et des délégués à l'assemblée générale issus du territoire.

Les délégués territoriaux représentent :

- les membres participants et honoraires au sein du territoire ;
- la Mutuelle auprès des membres participants et honoraires.

Les volontaires mutualistes définis à l'article 65 des statuts sont désignés soit par le conseil d'administration, soit par le conseil de région, sur proposition des présidents de territoire, parmi les membres participants ou honoraires qui résident dans le territoire concerné, ou en dehors des membres de la Mutuelle dès lors qu'ils justifient un domicile dans ledit territoire.

La composition de l'assemblée de territoire, y compris le nombre de délégués territoriaux et les modalités de représentation à l'assemblée, est définie dans le règlement du territoire.

Article 4 • Attributions - Convocation - Réunions

Les assemblées de territoire ont notamment pour objet d'animer la relation de proximité avec les membres participants et honoraires.

Il appartient à l'assemblée de territoire :

- d'élire les membres du conseil du territoire ;
- d'élire les délégués de la région à laquelle le territoire qu'elle représente est rattaché ;
- de contrôler l'activité du conseil de territoire.

Les attributions sont limitées au domaine d'action des territoires tel qu'il est précisé à l'article 2 ci-dessus.

Les attributions et les modalités de convocation et de fonctionnement des assemblées de territoire sont précisées dans les règlements de territoire.

Chapitre III

LES CONSEILS DE TERRITOIRE

Article 5 • Composition

Chaque territoire est doté d'un conseil de territoire dont les membres sont élus par l'assemblée de territoire dans des conditions définies au règlement des territoires.

Article 6 • Attributions

Les attributions des conseils de territoire sont précisées elles-mêmes dans les règlements des territoires. Elles ne peuvent en aucun cas porter sur les domaines de compétence dévolus à l'assemblée de territoire, à l'assemblée générale et au conseil d'administration de la Mutuelle, ou sur la gestion du régime des cotisations et prestations de celle-ci.

Chaque conseil de territoire peut proposer des modifications du règlement de territoire. Ces modifications seront ensuite soumises à l'approbation du conseil d'administration de la Mutuelle.

Le conseil de territoire met en place des commissions permanentes, en concertation avec le conseil de région, qui sont définies au règlement de territoire approuvé par le conseil d'administration.

Il peut créer également des commissions temporaires en concertation avec le conseil de région de rattachement du territoire et dans le cadre de la politique de la Mutuelle.

Le conseil d'administration est saisi des différends pouvant apparaître entre un conseil de territoire et son conseil de région.

Article 7 • Convocation - Réunions

L'organisation et le déroulement des réunions des conseils de territoire sont définis dans les règlements de territoire.

Article 8 • Les présidents des conseils de territoire

Le conseil de territoire élit un président de territoire, en son sein.

Les modalités d'élection, conditions d'exercice du mandat et les pouvoirs du président de territoire sont définis dans le règlement de territoire.

Titre II

LES RÉGIONS DE LA MUTUELLE

Chapitre I

OBJET - DÉFINITION

Article 9 • Objet

Les régions ont pour principal but de créer un « relais » entre le territoire et l'organisation centrale de la Mutuelle. Elles permettent la coordination des politiques territoriales. C'est un lieu :

- de partage des expériences territoriales ;
- de coordination et de soutien afin de rendre cohérentes les politiques sur les territoires avec les orientations nationales ;

- d'enrichissement des réflexions et initiatives territoriales avant transfert au conseil d'administration ;
- de suivi des commissions nationales et d'élaboration de propositions ;
- d'arbitrage des conflits éventuels dans les territoires.

Par délégation et sous le contrôle du conseil d'administration, le conseil de région gère, coordonne et contrôle les mandats locaux externes de la Mutuelle. Le conseil d'administration se garde la possibilité de mettre fin à tout mandat externe.

Article 10 • Définition des régions

Les territoires de la Mutuelle sont regroupés en régions. Ces régions sont dénommées et réparties géographiquement ainsi qu'il suit : cf. liste des territoires et des régions page ci-après.

Chaque région dispose de son propre règlement établi sur la base d'un projet de règlement type susceptible d'aménagement en fonction des spécificités de ladite région.

Le règlement type de région est approuvé par le conseil d'administration.

Chapitre II

LES ASSEMBLÉES DE RÉGION

Article 11 • Composition

L'assemblée de région est composée des délégués régionaux et des délégués à l'assemblée générale issus de la région.

Les délégués régionaux sont élus parmi les délégués territoriaux des territoires composant la région. Le nombre de délégués régionaux et les modalités de représentation à l'assemblée de région sont définis dans le règlement de région.

Les membres de l'assemblée de région ont pour principal rôle d'être acteur de la relation entre les territoires et les instances régionales et nationales. Ils participent à la représentation de la Mutuelle au sein de la Mutualité, des institutions et de l'économie sociale et solidaire.

Article 12 • Attributions – Convocation – Réunions

L'assemblée de région élit les membres du conseil de région.

Les attributions, les modalités de convocation et la fréquence des réunions des assemblées de région sont définies et/ou précisées dans le règlement de région.

Chapitre III

LES CONSEILS DE RÉGION

Article 13 • Composition

Le conseil de région est composé :

- des présidents des territoires de la région ;
- des membres élus par l'assemblée de région ;
- des membres appartenant au conseil d'administration issus de la région.

Article 14 • Attributions

Le rôle des conseils de région est défini dans les règlements de région. Chaque conseil de région peut créer des commissions régionales.

Article 15 • Convocation – Réunions

Les attributions, les modalités de convocation et la fréquence des réunions du conseil de région sont définies dans les règlements de région.

Article 16 • Les présidents des conseils de région

Le président du conseil de région est désigné par le conseil d'administration parmi les administrateurs membres du dit conseil de région.

Le président de région est membre du conseil d'administration de la Mutuelle qui lui donne mandat pour le représenter en région et mettre en place un fonctionnement efficace de celle-ci.

Les conditions d'exercice du mandat et les pouvoirs du président du conseil de région sont définis dans le règlement de région.

Chapitre IV

LE COMITÉ DES PRÉSIDENTS DE RÉGION

Article 17 • Composition

Le comité des présidents de région est composé des présidents de région et de 3 membres maximum issus du comité exécutif de la Mutuelle.

Article 18 • Attributions – Convocation – Réunions

Un comité des présidents de région est organisé au moins deux fois par an.

Ce comité permet de témoigner de la vie des régions. Il conduit des réflexions centrées sur la vie des régions.

Les attributions, les modalités de convocation et de réunion du comité des présidents de région sont définies dans les règlements de région.

Titre III

HARMONIE ENTREPRISES ET HARMONIE ESS

Article 19 • Harmonie Entreprises

Harmonie Entreprises fédère les sections professionnelles telles que définies à l'article 17 des présents statuts.

Harmonie Entreprises constitue un lieu :

- d'échange et d'information entre le conseil d'administration et les délégués des sections de vote professionnelles ;
- d'étude et de réflexions sur les éléments qui seront présentés par le conseil d'administration à l'assemblée générale ;
- de suivi de l'évolution de la réglementation applicable aux entreprises en matière de santé et complémentaire santé.

La composition, son organisation et ses attributions sont définies dans un règlement approuvé par le conseil d'administration.

Article 19 bis • Harmonie ESS

Harmonie ESS fédère les membres honoraires souscripteurs d'un contrat collectif entrant dans le champ d'une recommandation établie par une branche du secteur de l'Économie sociale et solidaire.

Harmonie ESS est un lieu :

- d'échange et d'information entre le conseil d'administration et les représentants des employeurs et des salariés acteurs du pilotage de la protection sociale dans les branches ;
- d'étude et de réflexions sur les éléments qui seront présentés par le conseil d'administration à l'assemblée générale ;
- de suivi de l'accompagnement des acteurs des structures de l'économie sociale pour développer l'emploi de qualité avec, notamment, la prévention des risques professionnels, la santé et le bien-être au travail et le soutien à la fonction employeur,
- de prospective sur les besoins de protection sociale.

La composition, son organisation et ses attributions sont définies par le conseil d'administration.

Titre IV

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

Chapitre I

LES SECTIONS DE VOTE

Article 20 • Définition

Il est constitué de :

- 12 sections de vote régionales, regroupant des territoires.
- Une section de vote « professionnelle » D et une section de vote « professionnelle » E.
- Une section de vote « affinitaire ».

Par exception au principe de rattachement géographique, sont rattachés à la section de vote « professionnelle » D, les membres participants et les membres honoraires, affiliés à un contrat obligatoire souscrit par une personne morale tel que défini au 2 du III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité représentant au moins 8 000 membres participants et honoraires et, sur demande de ladite personne morale souscriptrice, les membres participants qui adhèrent, en qualité d'anciens salariés de cette dernière, à un contrat collectif facultatif bénéficiant de sa participation financière.

Par exception au principe de rattachement géographique, sont rattachés à la section de vote « professionnelle » E les membres participants et les membres honoraires affiliés à un contrat obligatoire souscrit par une personne morale tel que défini au 2 du III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité représentant entre 800 et 7999 membres participants et honoraires.

S'il est constaté qu'au 1er juillet de l'année qui précède le renouvellement des délégués, les seuils susvisés ne sont plus atteints par une entreprise ou groupe relevant de ces sections, les membres participants et honoraires de ladite entreprise ou groupe seront désormais représentés, selon le cas, soit dans la section de vote professionnelle « E » soit dans les sections de vote régionales sur la base du critère géographique.

Par exception au principe de rattachement géographique et professionnel, sont rattachés à la section de vote « affinitaire » les membres participants et les membres honoraires affiliés liés par leur adhésion à un règlement mutualiste, ou un contrat d'assurance, de la gamme Harmonie Fonction Publique.

Une section de vote spécifique « Europe » représente les membres participants et honoraires relevant d'un contrat collectif souscrit par une personne morale dès lors que ces membres et la personne morale souscriptrice résident dans un État de l'Espace Économique Européen.

Le règlement type de la section de vote « Europe » est approuvé par le conseil d'administration.

Chapitre II

L'ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 21 • Le rôle des délégués à l'assemblée générale

Les délégués représentent les membres participants et honoraires à l'assemblée générale de la Mutuelle.

Leur mandat de délégué leur permet, de fait, d'être membre de l'assemblée de territoire et de l'assemblée de région auxquelles ils sont rattachés.

Ils participent chaque année aux journées de formation organisées par la Mutuelle pour tous les délégués.

Article 22 • Conditions d'éligibilité et candidatures

Préalablement à l'élection de leurs délégués à l'assemblée générale de la Mutuelle, les membres participants et honoraires des sections de vote régionales et de la section « affinitaire » sont informés de la possibilité qui leur est offerte d'être candidats.

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.

Sous ces réserves, les délégués sortants sont rééligibles.

Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « professionnelle » D et « Europe » sont informées par la Mutuelle de la possibilité de désigner les délégués représentant les membres honoraires et les délégués représentant les membres participants à l'assemblée générale.

• Élections générales (c'est-à-dire celles organisées à la fin du mandat des délégués)

L'appel à candidature, au sein de chaque section de vote régionale et affinitaire, est effectué, pour les élections générales, au plus tard au 1^{er} novembre de l'année précédant l'élection, à l'initiative du conseil d'administration, par une information dans la revue de la Mutuelle (HARMONIE SANTÉ), par une annonce sur le site internet de la Mutuelle et par voie d'affichage dans les locaux accueillant le public de la Mutuelle situés sur les territoires composant lesdites sections de vote et/ou accueillant des adhérents de la section de vote « affinitaire ».

La date limite à laquelle les listes de candidats doivent être présentées, est précisée dans les annonces prévues à l'alinéa précédent.

Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « professionnelle » et « Europe » sont informées, par tous moyens, par la Mutuelle de la date limite pour procéder à la désignation des délégués représentant les membres honoraires et les délégués représentant les membres participants à l'assemblée générale.

• Élections partielles (c'est-à-dire celles faisant suite à une augmentation du nombre de membres ou lorsqu'un siège est devenu vacant)

L'appel à candidature, au sein de chaque section de vote régionale et affinitaire, est effectué, pour les élections partielles, au plus tard 15 jours avant la date effective de l'élection. Cet appel à candidature est effectué par une information dans la revue de la Mutuelle (HARMONIE SANTÉ), par une annonce sur le site internet de la Mutuelle et par voie d'affichage dans les locaux accueillant le public de la Mutuelle situés sur les territoires composant lesdites sections de vote et/ou accueillant des adhérents de la section de vote « affinitaire ». La date limite pour présenter sa candidature doit être précisée dans les annonces prévues à l'alinéa précédent.

Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « professionnelle » et « Europe » sont informées, par tous moyens, par la Mutuelle de la date limite pour procéder à la désignation des délégués représentant les membres honoraires et les délégués représentant les membres participants à l'assemblée générale.

Article 23 • Organisation des élections dans les sections de vote

• Modalités d'élection

Un protocole électoral est établi pour chaque élection de délégués par le conseil d'administration. Il est mis à disposition des membres participants et honoraires de la Mutuelle au sein de chaque section de vote.

• Détermination du nombre de sièges par section de vote

Le nombre de postes de délégués à pourvoir est établi par la commission électorale désignée par le conseil d'administration selon le protocole électoral établi. Il est déterminé par section de vote, à raison d'un poste de délégué par tranche entière de 8 000 membres participants et honoraires.

• Élections générales

Conformément aux stipulations de l'article 18 des statuts de la Mutuelle, les délégués à l'assemblée générale sont élus, tous les six ans, par les sections de vote, par correspondance, y compris par voie électronique, au scrutin de listes bloquées majoritaires à un tour sans panachage et sans vote préférentiel, sans condition de quorum et à la majorité relative des suffrages exprimés.

La liste qui a obtenu le plus grand nombre de voix obtient l'ensemble des sièges de délégués à pourvoir par la section.

Les conditions de validité des listes de candidats aux fonctions de délégués issus des territoires de la région et de la section de vote « professionnelle » E et « affinitaire » sont vérifiées par la commission électorale.

Les élections générales sont organisées le premier trimestre de l'année au cours de laquelle expire le mandat des délégués.

Elles ont lieu simultanément au sein de chaque section de vote.

• Élections partielles dans les sections de vote régionales / section de vote « professionnelle E »

À la troisième année de mandat des délégués et en cas de vacance d'un siège de délégué, pour quelque motif que ce soit, ou en cas d'augmentation des effectifs d'une section de vote en cas de franchissement d'une tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires au moins dans la section de vote, les sections de vote régionales concernées et la section de vote « professionnelle » E se réunissent en assemblées de section de vote pour l'élection du (ou des) délégué(s) au(x) siège(s) vacant(s) ou au(x) siège(s) nouveau(x) à pourvoir.

En cas d'augmentation des effectifs d'une section de vote régionale ou de la section de vote « professionnelle » E, le nombre de sièges supplémentaires de délégués à pourvoir est établi selon la règle définie par l'article 18 des statuts de la Mutuelle, c'est-à-dire à raison d'un délégué nouveau par tranche entière supplémentaire de 8 000 membres participants et honoraires.

L'augmentation des effectifs est elle-même constatée au 1^{er} juillet de l'année qui précède celle à laquelle doivent se tenir, le cas échéant, des élections partielles.

Lorsqu'elle est requise, l'élection partielle a lieu à bulletin secret et sans condition de quorum, au scrutin uninominal à un tour et à la majorité relative des suffrages exprimés.

Les assemblées de section de vote régionales et de la section de vote « professionnelle » E sont réunies avant le 15 mai de l'année d'élection.

Elles sont convoquées par le président de la Mutuelle, en vue de procéder à l'élection partielle des délégués.

La date de réunion des assemblées de section de vote est fixée par le conseil d'administration de la Mutuelle.

La convocation est faite 15 jours au moins avant la date de la réunion, par la parution à cet effet d'une information dans la revue de la Mutuelle (HARMONIE SANTÉ), par une annonce sur le site internet de la Mutuelle et par voie d'affichage dans les locaux accueillant le public de la Mutuelle situés sur les territoires composant lesdites sections de vote.

Les assemblées de section de vote sont présidées chacune par le président de la région sauf désignation expresse, par le conseil d'administration, par un administrateur de la Mutuelle, désigné à cet effet. Le président de séance veille au bon déroulement de l'assemblée qu'il préside.

Chaque réunion des assemblées de section de vote donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal signé par le président de séance.

• Élections partielles dans la section de vote « affinitaire »

À la troisième année de mandat des délégués et en cas de vacance d'un siège de délégué, pour quelque motif que ce soit, ou en cas de franchissement d'une tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires au moins dans la section de vote, il est procédé à l'élection du (ou des) délégué(s) au(x) siège(s) vacant(s) ou au(x) siège(s) nouveau(x) à pourvoir, par correspondance, y compris par voie électronique avant le 15 mai de l'année de l'élection. La date est fixée par le conseil d'administration.

L'augmentation des effectifs est constatée au 1^{er} juillet de l'année qui précède celle à laquelle doivent se tenir, le cas échéant, des élections partielles.

Lorsqu'elle est requise, l'élection partielle a lieu à bulletin secret et sans condition de quorum, au scrutin uninominal à un tour et à la majorité relative des suffrages exprimés.

Chapitre III

LE DÉROULEMENT DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Article 24 • Organisation de l'assemblée générale

Lors de chaque assemblée générale est constitué un bureau de séance comprenant le président de la Mutuelle ou, en cas d'empêchement de celui-ci, un administrateur désigné par le conseil d'administration, ainsi qu'un secrétaire de séance désigné à main levée par ladite assemblée au début de chaque réunion.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale, lequel est signé par le président et par le secrétaire de séance.

Ce procès-verbal est soumis à l'approbation de l'assemblée générale suivante.

Titre V

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I

L'ÉLECTION DES ADMINISTRATEURS

Article 25 • Conditions de présentation des candidatures

Le conseil d'administration décide de solliciter les candidatures aux fonctions d'administrateur, auprès des membres participants et honoraires de la Mutuelle, un mois au moins avant les élections par une annonce dans la revue de la Mutuelle (HARMONIE SANTÉ) ou tout autre moyen de communication.

La date limite de dépôt des candidatures sera précisée dans le cadre des moyens de communication utilisés.

Les déclarations de candidature aux fonctions d'administrateur devront être adressées au siège social de la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception, par télécopie ou par mail (sous réserve de réception d'un accusé de réception), un mois au moins avant la date de l'assemblée générale, ou être déposées contre récépissé, dans le même délai, au siège de la Mutuelle.

Chapitre II

LES RÉUNIONS DU CONSEIL

Article 26 • Conseil consécutif au renouvellement total du conseil d'administration

Après chaque renouvellement du conseil d'administration, celui-ci se réunit à l'issue de l'assemblée générale qui a procédé à l'élection des nouveaux administrateurs pour élire le président et les membres du comité exécutif.

Article 27 • Procès-verbal

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

Chapitre III

L'ÉLECTION DU PRÉSIDENT DE LA MUTUELLE

Article 28 • Déclarations de candidatures

Les déclarations de candidatures aux fonctions de président doivent être présentées huit jours au moins avant le conseil d'administration qui procède à son élection.

Les déclarations, accompagnées d'un curriculum vitae, sont faites au siège de la Mutuelle, auprès du secrétariat du président :

- ✚ soit par lettre recommandée avec accusé de réception ;
- ✚ soit par lettre adressée par télécopie (sous réserve de réception d'un accusé de réception) ;
- ✚ soit par e-mail (sous réserve de réception d'un accusé de réception) ;
- ✚ soit par dépôt contre récépissé.

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 sa déclaration de candidature. L'accusé de réception d'une télécopie ou d'un mail devra nécessairement être une réponse expresse du secrétariat du président, adressée par courrier, par télécopie ou par mail.

Article 29 • Élection

Le conseil d'administration se réunit, pour élire son nouveau président, suite à l'assemblée générale qui a procédé à son renouvellement.

Article 30 • Fonctionnement

Les administrateurs peuvent participer à une réunion de conseil d'administration en recourant aux moyens de visioconférence ou de télécommunication, y compris lorsque ledit conseil procède aux opérations mentionnées à l'article L.114-17 alinéa 3 du Code de la Mutualité.

Le recours aux moyens de visioconférence ou de télécommunication peut être envisagé dès lors que ces moyens permettent l'identification des membres et garantissent leur participation effective. Lesdits moyens doivent transmettre au moins le son de la voix des participants et satisfaire à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Liste des territoires et des régions

Nom de la région	Nom du territoire	Code dpt	Nom du département	Territoire	Région
Ile-de-France	IDF OUEST	92	Hauts-de-Seine	1	1
		78	Yvelines		
	IDF EST	93	Seine-Saint-Denis	1	
		95	Val-d'Oise		
		77	Seine-et-Marne		
	IDF PARIS SUD	91	Essonne	1	
		94	Val-de-Marne		
		75	Paris		
		900	DOM-TOM - Étranger		
	Guadeloupe	971		1	
	Martinique	972		1	
	Guyane	973		1	
	Océan indien (la Réunion - Mayotte)	974 976		1	

Hauts de France	Nord-Pas-de-Calais	59	Nord	1	1
		62	Pas-de-Calais		
	Picardie	02	Aisne	1	
		60	Oise		
		80	Somme		

Grand-Est	Ardennes	08	Ardennes	1	1
	Aube	10	Aube	1	
	Marne	51	Marne	1	
	Haute-Marne	52	Haute-Marne	1	
	Meurthe-et-Moselle	54	Meurthe-et-Moselle	1	
	Meuse	55	Meuse	1	
	Moselle	57	Moselle	1	
	Vosges	88	Vosges	1	
	Alsace	67 68	Bas-Rhin Haut-Rhin	1	

Centre Val-de-Loire	Berry	18	Cher	1	1
	Val-de-France	28	Eure-et-Loir	1	
		45	Loiret		
	Indre	36	Indre	1	
	Touraine	37	Indre-et-Loire	1	
		41	Loir-et-Cher		

Bourgogne-Franche-Comté	Côte-d'Or/ Yonne	21	Côte-d'Or	1	1
		89	Yonne		
	Nièvre	58	Nièvre	1	
	Saône-et-Loire	71	Saône-et-Loire	1	
	Franche-Comté	25	Doubs	1	
		39	Jura		
		70	Haute-Saône		
		90	Territoire de Belfort		

Normandie	Eure	27	Eure	1	1
	Seine-Maritime	76	Seine-Maritime	1	
	Calvados	14	Calvados	1	
	Manche	50	Manche	1	
	Orne	61	Orne	1	

Bretagne	Côtes-d'Armor	22	Côtes-d'Armor	1	1
	Finistère	29	Finistère	1	
	Ille-et-Vilaine	35	Ille-et-Vilaine	1	
	Morbihan	56	Morbihan	1	

Nom de la région	Nom du territoire	Code dpt	Nom du département	Territoire	Région
Nouvelle Aquitaine	Aquitaine	24	Dordogne	1	1
		33	Gironde		
		47	Lot-et-Garonne		
		40	Landes		
		64	Pyrénées-Atlantiques		
	Limousin	19	Corrèze	1	
		23	Creuse		
		87	Haute-Vienne		
	Poitou-Charente	16	Charente	1	
		17	Charente-Maritime		
		79	Deux-Sèvres		
		86	Vienne		

Occitanie	Ariège-Pyrénées	9	Ariège	1	1
	Tarn-Aveyron	12	Aveyron	1	
		81	Tarn		
	Haute-Garonne	31	Haute-Garonne	1	
	Armagnac-Bigorre	32	Gers	1	
		65	Haute-Pyrénées		
	Tarn-et-Garonne	46	Lot	1	
		82	Tarn-et-Garonne		
	Cévennes	30	Gard	1	
		48	Lozère		
	Languedoc-Roussillon	11	Aude	1	
		34	Hérault		
		66	Pyrénées-Orientales		

Méditerranée	Alpes-Côte-d'Azur-Corse	06	Alpes-Maritimes	1	1
		83	Var		
		20	Corse		
	Provence	4	Alpes-de-Haute-Provence	1	
		5	Hautes-Alpes		
		13	Bouches-du-Rhône		
		84	Vaucluse		

Atlantique	Loire-Atlantique	44	Loire-Atlantique	1	1
	Maine-et-Loire	49	Maine-et-Loire	1	
	Mayenne	53	Mayenne	1	
	Sarthe	72	Sarthe	1	
	Vendée	85	Vendée	1	

Auvergne- Rhône-Alpes	Val-de-Rhône	01	Ain	1	1
		07	Ardèche		
		26	Drôme		
		38	Isère		
		69	Rhône		
	Loire	42	Loire	1	
	Pays-de- Savoie	73	Savoie	1	
		74	Haute-Savoie		
	Auvergne	03	Allier	1	
		15	Cantal		
		43	Haute-Loire		
		63	Puy-de-Dôme		

Total				56	12
-------	--	--	--	----	----

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57.
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.



Eco-organisme DU/REP N° FR233228_03WODX

preview - Document contractuel - 1099A-0624_ISDC - Validation : 29/06/2024

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO
Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

- MISE A JOUR DU 05 JUIN 2024 -

SOMMAIRE

Article 1 – Dénomination	2
Article 2 – Siège	2
Article 3 – Durée.....	2
Article 4 - Objet	2
Article 5 – Membres	3
Article 6 – Démission, Exclusion, décès	4
Article 7 – Responsabilité des Membres	4
Article 8 – Opposabilité aux Membres	4
Article 9 – Ressources, dépenses, droit d’entrée, cotisation et fonds social	5
Article 10 – Conseil d’administration	5
Article 11 – Assemblées générales	9
Article 12 – Comptes de l’Association	11
Article 13 – Règlement intérieur	12
Article 14 – Dissolution, liquidation.....	12
Article 15 – Attribution de compétence	12
Article 16 – Déclaration et publication	12

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Article 1 – Dénomination

L'Association a pour dénomination « Association des Assurés de Zenioo » ou, en abrégé « AaZ ».

Article 2 – Siège

Le siège social est fixé à Lyon 2^{ème}, 33 rue de la République.

Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'administration qui dispose à cet effet du pouvoir de modifier les statuts.

Des bureaux de représentation à l'étranger peuvent être créés sur décision du Conseil d'administration. Ces bureaux sont régis selon les présents statuts.

Article 3 – Durée

L'Association est constituée pour une durée illimitée. Elle prend fin toutefois en cas de dissolution volontaire, statutaire, ou judiciaire.

Article 4 - Objet

Cette Association a pour objet :

- D'étudier, négocier et souscrire des contrats collectifs d'assurance de personnes (ex : *assurance santé, assurance prévoyance, assurance emprunteur*), notamment des produits d'assurances co-conçus par des organismes d'assurances et le courtier en assurance grossiste ZENIOO, en faveur de ses Membres, ainsi que des contrats collectifs d'assurance accessoires auxdits contrats collectifs d'assurance de personnes (ex : assistance, protection juridique) (ci-après dénommés « Contrats collectifs ») ;
- De suivre avec les organismes d'assurance la politique tarifaire prévue au contrat dans le cadre des renouvellements et/ou des modifications de la réglementation et à en rendre compte à la plus proche assemblée générale
- De faire évoluer les Contrats collectifs souscrits en améliorant les garanties tout en respectant un niveau d'équité entre les Membres ;
- D'informer ses Membres de la situation et de l'évolution des Contrats collectifs auxquels ils ont adhéré ainsi que de l'évolution de l'environnement et de la réglementation de l'assurance des personnes en général ;
- D'assurer la représentation des intérêts collectifs de ses Membres auprès des organismes d'assurance contractants et, le cas échéant, de ZENIOO ;
- De créer un esprit de solidarité nationale et internationale entre les adhérents aux Contrats collectifs, avec notamment la mise en place d'un fonds social à leur destination pour les aider suite à la survenance d'événements garantis au contrat ;
- De réaliser toutes analyses ou études statistiques en lien avec le présent objet de l'Association ;
- De proposer, mettre en œuvre et animer tous séminaires, ateliers de réflexion ou participer à toutes manifestations ou colloques liés à l'objet de l'Association ;
- De soutenir et participer à la mise en place d'autres associations ou groupements locaux, paneuropéens ou internationaux poursuivant un but similaire à l'objet de l'association ;
- D'assurer la défense des intérêts de ses Membres en lien avec l'objet de l'Association ;
- D'offrir à ses Membres tous autres services en lien avec l'objet de l'Association.

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Dans ce cadre, l'Association et les présents statuts respectent les dispositions des articles L.144-1, L.141-7 et R.141-1 à R.141-9 du Code des assurances.

En vue de la réalisation de son objet, l'Association pourra conclure avec tous les organismes qualifiés tous accords, contrats ou conventions qui lui paraîtront nécessaires pour faciliter les rapports des membres de droit (tels que définis à l'article 5) avec les organismes et améliorer les avantages collectifs et individuels dont pourront bénéficier ses Membres.

Article 5 – Membres

L'Association se compose de 4 catégories de membres.

Parmi ces catégories figurent des membres de droit, adhérents aux Contrats collectifs souscrits par l'Association, et des membres ayant participé à la constitution de l'Association, ayant rendu des services importants et/ou ayant apporté une aide financière.

5-1 Membres statutaires

Ils sont chargés de la gestion et l'administration de l'Association et sont, à ce titre, dispensés, le cas échéant, du versement du droit d'entrée et de la cotisation associative, mais ils ne disposent, en contrepartie, d'aucune voix délibérative, sauf s'ils ont par ailleurs le statut de Membre adhérent de Droit.

5-2 Membres adhérents de Droit

Ces Membres adhérents sont divisés en deux catégories :

- « Particuliers » : personnes physiques agissant en leur nom propre ou celui de leurs ayants droits.
- « Entreprise » : personne morale représentée par une personne physique qu'elle désigne lors de son admission. En cas de changement, elle doit avertir l'association de la désignation d'un nouveau représentant.

Pour faire partie de l'Association, les Membres adhérents doivent être adhérents à un Contrat collectif souscrit par l'Association et être à jour du paiement de leur cotisation associative et/ou du droit d'entrée dont ils sont redevables au titre du Règlement intérieur.

La qualité de Membre adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de l'éventuel droit d'entrée et/ou de la cotisation associative fixé par le règlement intérieur, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion au Contrat collectif par l'organisme assureur.

A défaut d'acceptation par l'organisme assureur, le montant du droit d'entrée et/ou de la cotisation associative seront remboursés au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

5-3 Membres bienfaiteurs

Ce sont des personnes physiques ou morales participant au financement de l'Association par des dons ou toutes autres libéralités autorisés par la réglementation. Cela les dispense du versement d'un éventuel droit d'entrée. Tout membre bienfaiteur doit être agréé par le Conseil d'administration afin d'obtenir cette qualité. Selon les dispositions du règlement intérieur, ces Membres bienfaiteurs peuvent être tenus ou exonérés de cotisation associative.

5-4 Membres d'honneur

Ce sont des personnes physiques ou morales désignés et ainsi distingués par le Conseil d'Administration pour les services rendus ou l'appui moral apporté à l'Association. Les membres d'honneur sont dispensés, le cas échéant, du versement du droit d'entrée et de la cotisation associative, mais ils ne disposent, en contrepartie, d'aucune voix délibérative.

Article 6 – Démission, Exclusion, décès

La qualité de Membre se perd :

- pour les personnes physiques, en cas de décès ;
- par la démission adressée au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception à l'intention du Président, auquel devront être joints la copie du courrier de résiliation de l'adhésion aux assurances souscrites par l'Association. Lesdites résiliations devant respecter les conditions définies par les contrats d'assurance concernés ;
- pour les personnes morales, en cas de redressement/liquidation judiciaire ou de dissolution
- la disparition de l'une quelconque des conditions nécessaires à l'acquisition de la qualité de Membre, telle que la perte de la qualité d'adhérent à un Contrat collectif souscrit par l'Association ;
- par radiation prononcée par le Conseil d'administration pour infraction aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association, l'intéressé ayant été préalablement invité à faire valoir ses moyens de défense
- Le non-paiement du droit d'entrée et/ou de la cotisation associative définie dans le Règlement intérieur.

La perte de la qualité de Membre de l'Association emporte résiliation de l'adhésion au Contrat collectif.

Article 7 – Responsabilité des Membres

Aucun Membre de l'Association, à quelque titre qu'il en fasse partie, n'est personnellement responsable des engagements contractés par elle ; seul en répond le patrimoine de l'Association.

Article 8 – Opposabilité aux Membres

Les partenaires, notamment les apporteurs d'affaires du courtier grossiste ZENIOO, proposent à leurs clients d'adhérer individuellement à l'Association et aux Contrats collectifs que celle-ci a souscrit.

Lors de leur adhésion à l'Association et au Contrat collectif, les adhérents reçoivent une notice d'information valant conditions générales mentionnant notamment, les conditions et conséquences d'une résiliation du Contrat collectif par l'Association souscriptrice ou l'organisme assureur. Ces documents sont opposables aux adhérents.

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Article 9 – Ressources, dépenses, droit d'entrée, cotisation et fonds social

9-1 Ressources de l'Association

Celles-ci se composent :

- Les éventuelles droits d'entrée et Cotisations associatives de ses Membres adhérents de droit et des Membres bienfaiteurs
- 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 toute autre ressource non interdites par la loi.

9-2 Dépenses de l'Association

Elles sont constituées par toutes les sommes nécessaires à son fonctionnement et à sa représentation. Elles sont ordonnées par le Conseil d'administration ou par toute autre personne, par lui, mandatée à cet effet.

9-3 Droit d'entrée - Cotisation

Les Membres adhérents et les Membres bienfaiteurs peuvent être tenus d'acquitter un droit d'entrée dans l'Association ainsi qu'une cotisation associative.

Le montant ainsi que les modalités de paiement du droit d'entrée et/ou de la cotisation associative sont précisés dans le règlement intérieur et peuvent être révisés chaque année par le Conseil d'administration.

Le droit d'entrée et les cotisations associatives aident l'Association à :

- mener ses actions de recherche, sélection et souscription de Contrats collectifs conformément à son objet ;
- enregistrer et tenir à jour le registre des Membres adhérents de droit, avec leurs coordonnées et les caractéristiques et références des Contrats collectifs auxquels ils ont adhéré ;
- renforcer ses actions d'entraide et de soutien en faveur des Membres ;
- constituer un fonds social conformément à l'article 9-4 ;
- honorer ses frais de fonctionnement courants, de communication auprès des Membres ou pour promouvoir l'Association, ou ses charges statutaires (comme la tenue des assemblées générales, des conseils d'administration, ou les frais d'enregistrement d'actes afférents).

9-4 Fonds social

Il est constitué un fonds social utilisé sous la responsabilité du Conseil d'administration pour le déploiement d'actions diverses visant la cohésion, le bien-être et l'entraide de l'ensemble des Membres adhérents de droit ou l'aide de certains d'entre eux se trouvant dans des cas de détresse grave par suite d'événements relevant des garanties des Contrats collectifs. Les conditions d'utilisation et les modalités de gestion du fonds social sont précisées dans le règlement intérieur.

Article 10 – Conseil d'administration

10-1 Composition

Les membres du Conseil d'administration (ci-après désigné « Administrateur ») sont élus par l'Assemblée générale.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Le Conseil d'administration se compose au minimum de trois (3) et au maximum de cinq (5) Administrateurs. Les premiers Administrateurs sont désignés par l'Assemblée générale constitutive. Par la suite le Conseil d'administration est renouvelé tous les trois (3) ans, les nouveaux membres étant désignés par le Conseil d'administration en place et soumis à la ratification de l'Assemblée générale suivante. Les membres sortants sont immédiatement rééligibles.

Le Conseil d'administration est composé, pour plus de la moitié, d'Administrateurs ne détenant ou n'ayant détenu, au cours des deux années précédant leur désignation, aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des Contrats collectifs souscrits par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes.

Tout Administrateur venant, en cours de mandat, à détenir un mandat ou à recevoir une rétribution quelconque de la part de l'un des organismes d'assurance signataire d'un Contrat collectif souscrit par l'Association, s'engage à en informer immédiatement le Président par courrier recommandé avec accusé de réception.

Pour le cas où cette déclaration viendrait à faire passer le nombre d'Administrateurs ne détenant ou n'ayant détenu, au cours des deux années précédant leur désignation, aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des Contrats collectifs souscrits par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes, à moins de 51%, l'Administrateur en question perdra automatiquement sa qualité d'Administrateur et il sera procédé à son remplacement conformément au présent article.

En cas de vacance d'un Administrateur par décès, démission ou toute autre cause, et si cela fait baisser le nombre d'Administrateurs en dessous de 3 ou le pourcentage évoqué au paragraphe ci-dessus en dessous de 51%, le Conseil d'administration pourvoit provisoirement au remplacement dudit Administrateur. Le remplacement définitif intervient à la prochaine Assemblée générale. Les mandats des Administrateurs ainsi élus prennent fin à l'époque où devait normalement expirer le mandat des Administrateurs remplacés.

A défaut de ratification, les délibérations et les actes accomplis par le Conseil d'administration depuis la nomination provisoire n'en demeureront pas moins valables.

10-2 Qualité d'administrateur

Un Administrateur peut être une personne physique ou une personne morale. Si l'Administrateur est une personne morale, celle-ci désigne son représentant permanent au Conseil d'administration.

Pour être éligible au Conseil d'administration, toute personne physique ou morale doit être Membre de l'Association et à jour de l'éventuelle cotisation associative, et cette personne physique ou le représentant désignée par cette personne morale, doit être âgé de 18 ans au moins le jour de l'élection.

Toute nouvelle candidature devra être portée à la connaissance du président du Conseil d'administration par courrier recommandé reçu au moins trente jours avant la date de l'Assemblée générale accompagnée :

- De la copie d'une pièce d'identité ;
- D'une attestation sur l'honneur de non-condamnation ou mesures mentionnées aux 1° à 3° du I de l'article L 322-2 du Code des Assurances ;

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

- D'une attestation mentionnant l'existence ou la non-existence à son bénéfice de mandat ou d'éventuelle rétribution provenant de l'un des organismes d'assurance signataire d'une convention d'assurance avec l'Association.

Nul ne peut être membre du Conseil d'administration de l'Association, ni directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer ou gérer à titre quelconque l'Association, ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'Association s'il a fait l'objet d'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 3° du I de l'article L 322-2 du Code des assurances.

10-3 Fin de mandat

Le mandat d'Administrateur prend fin :

- par le décès ;
- par la démission ;
- par la perte de qualité requise au titre de laquelle la nomination est intervenue ;
- par la révocation prononcée par l'assemblée générale, ladite révocation pouvant intervenir sur incident de séance ;
- par l'absence aux réunions du conseil et aux travaux de ce dernier pendant une année (selon les dispositions de l'article 10-4) ;
- par l'arrivée au terme, à l'issue de l'assemblée générale statuant sur les comptes de l'exercice passé, tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat.

10-4 Tenue des réunions et délibérations du conseil

Le Conseil d'administration se réunit, sur convocation du Président, aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige. La convocation pourra être effectuée par tous moyens à sa convenance.

Le Conseil d'administration pourra se tenir en physique, à distance par tout moyen de communication à distance permettant de respecter les règles de vote précisées par les présents Statuts, ou par voie de résolution écrite circularisée auprès de tous les administrateurs.

Les convocations, adressées au minimum 15 jours avant la réunion, par courrier, courriel ou sms, comprennent un ordre du jour prévisionnel. L'ordre du jour définitif est arrêté au moment de l'ouverture de la séance. Seules les questions figurant à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Les délibérations du Conseil d'administration font l'objet d'un procès-verbal consigné, sans blanc ni rature, dans un registre des délibérations et signé par le Président et au moins un des Administrateurs, qui peuvent ensemble ou séparément en délivrer des copies ou des extraits.

Le Conseil d'administration ne délibère valablement que si plus de la moitié des Administrateurs est présente. Les décisions du Conseil d'administration sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante.

Tout Administrateur qui, sans excuse, n'aura pas assisté aux réunions successives du conseil d'administration, pendant une année, pourra être exclu par décision du conseil d'administration, après avoir été mis en mesure de présenter ses observations.

10-5 Pouvoirs du conseil d'administration

Le Conseil d'administration est investi d'une manière générale des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'Association et l'administrer, dans les limites de son objet et, le cas échéant, dans la limite des

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

pouvoirs conférés par l'Assemblée générale. Il peut donner toute délégation de pouvoir au Président ou à un membre du bureau, notamment pour agir en justice.

Notamment, le Conseil d'administration :

- acter le changement de siège social et modifier les statuts en ce sens ;
- met en œuvre les décisions de l'Assemblée générale, organise et anime la vie de l'Association ;
- fixe l'ordre du jour des Assemblées et procède à leur convocation ;
- arrête les comptes et prépare le budget. Il détermine en conséquence le montant de l'éventuel droit d'entrée et/ou de la cotisation associative à verser par les Membres de l'Association ;
- établit un rapport annuel sur la vie de l'Association ainsi que sur le fonctionnement des Contrats collectifs souscrits par elle.

Le conseil d'administration élit chaque année, parmi les Administrateurs, à la majorité des suffrages exprimés, un bureau comprenant : un président, un secrétaire, un trésorier et éventuellement ses adjoints. Les membres du bureau sortant sont rééligibles. Une même personne physique peut cumuler deux fonctions au sein du bureau.

Le Conseil d'administration peut également se faire assister de toutes personnes qu'il jugera utile, adhérentes ou non à l'association.

10-6 Fonctions et pouvoirs du bureau

Les membres du bureau ont la qualité de Membre statutaire. Ils sont spécialement investis des attributions suivantes :

- Le président dirige les travaux du Conseil d'administration et assure le fonctionnement de l'Association. Il la représente en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il peut déléguer ses pouvoirs à un autre Administrateur. En cas d'empêchement, il est suppléé par le secrétaire.
- Le secrétaire est chargé de la correspondance, notamment l'envoi des diverses convocations des organes de l'Association. Il rédige les procès-verbaux des réunions et délibérations et les transcrit sur les registres. Il assure l'exécution des formalités prescrites par la loi.
- Le trésorier est chargé de la gestion du patrimoine propre de l'Association et de la tenue des comptes. Il perçoit les recettes et se charge de l'appel des cotisations associatives. Il effectue, sous le contrôle du président tous paiements. Il crée, signe, accepte, endosse, acquitte tout chèque ou ordre de virement pour le fonctionnement des comptes. Il ne peut aliéner les valeurs constituant les fonds de réserve qu'avec l'autorisation du conseil d'administration. Il rend compte chaque année de sa gestion à l'assemblée générale qui statue sur les comptes.

10-7 Rémunération

Les fonctions d'Administrateurs sont généralement gratuites. Toutefois, un jeton de présence, pour chaque participation à une réunion du Conseil d'administration (physique ou à distance) pourra être versé aux Administrateurs à chaque participation. Les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat leur sont remboursés au vu des pièces justificatives. Les membres du bureau y compris le Président peuvent percevoir des indemnités et avantages au titre de leur fonction. Si tel est le cas, ils ne pourront pas recevoir de jetons de présence.

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Le montant de la rémunération éventuelle des Administrateurs et/ou des membres du bureau est définie par décision du Conseil d'administration dans les limites fixées par l'Assemblée générale.

Le président du Conseil d'administration communique chaque année, par un rapport financier présenté à l'Assemblée générale ordinaire, le montant des paiements d'indemnités, avantages, jetons de présence et remboursements de frais et débours effectués à des Administrateurs. Le rapport doit également présenter les rémunérations versées par les entreprises d'assurances à un ou plusieurs membres du conseil d'administration en liaison avec les Contrats collectifs souscrits.

Article 11 – Assemblées générales

11-1 Convocation

Les Membres de l'Association au jour de la décision de la convocation, en règle du paiement de l'éventuelle 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 se réunissent sur convocation du président de l'Association.

Les convocations aux assemblées générales ordinaires et extraordinaires doivent être adressées au moins trente (30) jours avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée.

Des Assemblées générales extraordinaires peuvent en outre être convoquées à la demande d'au moins un dixième (10%) des Membres. Dans ce cas, les convocations à l'Assemblée générale extraordinaire doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande.

La convocation est nominative. Elle est valablement faite au choix du Conseil d'administration par lettre simple, courrier électronique ou autre moyen de communication à distance.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévus et fixés par les soins du Conseil d'administration ainsi que les éventuelles propositions de résolution présentées par le conseil d'administration et celles communiquées dans les délais présentés ci-après.

Sont portées à l'ordre du jour les propositions de résolution signées par au moins un dixième (10%) des Membres, ou à défaut cent (100) d'entre eux si le dixième (10%) des Membres est supérieur à cent (100), dès lors qu'elles ont été communiquées par courrier recommandé au président du conseil d'administration soixante (60) jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'assemblée.

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

11-2 Droit de vote

Tout Membre de l'Association dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'assemblée générale, à l'exclusion des Membres d'honneur. Ce droit de vote peut être exercé par correspondance ou de façon électronique.

Chaque Membre adhérent de droit « Particulier », ne peut être représenté que par un autre Membre adhérent de droit « Particulier ». Les Membres adhérents de droit « Entreprise » ne peuvent être représentés que par leur représentant légal.

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Chaque Membre a la faculté de donner mandat à un autre Membre ou à son conjoint. Un même Membre ne peut disposer de plus cinq pour cent (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 à l'un des membres du Conseil d'administration et en priorité au Président, et donnent lieu à un vote en faveur de l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le conseil d'administration.

11-3 Tenue des assemblées

La présidence de l'Assemblée générale appartient au président du Conseil d'administration qui peut déléguer ses fonctions à un autre Administrateur.

L'Assemblée générale ordinaire ou extraordinaire ne peut valablement délibérer que si au moins un trentième (1/30) des Membres, ou à défaut mille (1000) d'entre eux sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance. 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 de Membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Les Assemblées générales ordinaires ou extraordinaires pourront se tenir en physique ou à distance par tout moyen de communication à distance permettant de respecter les règles de vote précisées par les présents statuts.

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 qui est signée par chaque Membre présent et certifiée conforme par le président et le secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui sont conférés à l'assemblée générale par les présents statuts, les décisions d'assemblée générale s'imposent à tous les Membres, en ce compris les absents, ceux qui se sont abstenus et ceux qui ont votés contre.

11-4 Prérogatives de l'Assemblée générale ordinaire

Au moins une fois par an, les Membres sont convoqués en Assemblée générale ordinaire dans les conditions prévues précédemment.

L'Assemblée générale 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 adhérents qui en font la demande ;
- les rapports du commissaire aux comptes, dans le cas où l'Association en a désigné un ;
- le rapport « moral » de gestion du conseil d'administration exposant la situation de l'association et son activité au cours de l'exercice écoulé ;
- le rapport financier établi par le trésorier.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

L'Assemblée générale, après avoir délibéré et statué sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos (année civile), définit les principales orientations à venir en se prononçant sur le budget correspondant et délibère sur toutes les autres questions qui figurent à l'ordre du jour, exception faite de la révocation de membres du Conseil d'administration pouvant intervenir sur incident de séance.

Elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'administration dans les conditions prévues à l'article 10 des présents statuts.

Elle autorise la conclusion de tous les actes excédant les pouvoirs conférés au Conseil d'administration.

Conformément aux dispositions de l'article R141-6 du code des Assurances, elle autorise également la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le conseil d'administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Les décisions de l'Assemblée générale ordinaire sont adoptées à la majorité des votes exprimés.

Toutes les délibérations sont prises à main levée ou par correspondance.

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

11-5 Prérogatives de l'assemblée générale extraordinaire

L'Assemblée générale extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence : les modifications à apporter aux statuts (sauf en ce qui concerne la modification du siège social qui relève de la compétence du Conseil d'administration), les opérations de fusion ou de dissolution.

Elle est convoquée dans les conditions définies précédemment.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des Membres présents ou représentés.

Les votes ont lieu à main levée ou par correspondance.

Article 12 – Comptes de l'Association

12-1 Exercice social

L'exercice social commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

Exceptionnellement le premier exercice débute le jour de la publication d'un extrait de la déclaration de l'Association au Journal Officiel pour finir le 31 décembre 2021.

12-2 Comptabilité – comptes sociaux

Il est tenu une comptabilité régulière des activités et opérations de l'Association.

Le trésorier établit ou fait établir sous sa responsabilité, chaque année, un bilan et un compte de résultat et tout autre document nécessaire.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

12-3 Commissaire aux comptes

Le Conseil d'administration peut proposer à l'Assemblée générale, par choix ou pour se conformer aux exigences légales, la nomination d'un commissaire aux comptes titulaire et d'un commissaire aux comptes suppléant.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission de contrôle dans les conditions prévues par la loi et les normes professionnelles.

Article 13 – Règlement intérieur

Le bureau ou le Conseil d'administration peuvent établir un ou plusieurs règlements intérieurs, avec l'objectif de préciser et compléter les règles de fonctionnement de l'Association.

Ces règlements intérieurs s'imposent aux Membres présents et futurs de l'Association au même titre que les règles statutaires.

Article 14 – Dissolution, liquidation

La dissolution de l'Association, sa fusion ou son union avec un autre organisme, ne peuvent être décidées, sur proposition du conseil d'administration, que par une assemblée générale extraordinaire, selon les conditions prévues ci-dessus. L'assemblée générale extraordinaire désigne un ou plusieurs liquidateurs, qui jouiront des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif.

Conformément à l'article L141-6 du code des assurances, en cas de liquidation ou de dissolution de l'association, les adhésions en cours au jour de la dissolution ou de la liquidation, se poursuivront de plein droit entre les organismes assureurs et les personnes antérieurement adhérentes au contrat.

Article 15 – Attribution de compétence

Les membres de l'association font attribution de compétence au Tribunal de Grande Instance de Lyon (69003) pour régler les litiges pouvant survenir entre eux.

Article 16 – Déclaration et publication

Le Conseil d'administration remplira les formalités de déclaration et de publication prescrites par la loi.

Tous pouvoirs sont conférés à cet effet au porteur d'un original des présentes.

Fait à Lyon, le 05/06/2024, en un exemplaire.

Informations réglementaires sur l'Association des assurés de Zenioo

L'Association des assurés de Zenioo est une association ayant notamment pour objet social d'étudier, négocier et souscrire des contrats collectifs d'assurance de personnes (ex : assurance santé, assurance prévoyance, assurance emprunteur), notamment des produits d'assurances co-conçus par des organismes d'assurances et le courtier en assurance grossiste ZENIOO, en faveur de ses Membres, ainsi que des contrats collectifs d'assurance accessoires auxdits contrats collectifs d'assurance de personnes (ex : assistance, protection juridique) (ci-après dénommés « Contrats collectifs »).

Cette annexe à votre notice d'information en fait partie intégrante et vous permet d'obtenir l'accès aux informations sur :

- la manière dont l'Association des assurés de Zenioo réalise le traitement de vos données à caractère personnel
- le règlement intérieur ainsi que les statuts de l'association.

Le règlement intérieur ainsi que les statuts de l'Association des assurés de Zenioo

▣AaZ▣

L'Association des assurés de Zenioo met à votre disposition, sur son site internet www.aaz-asso.fr, la dernière version à jour de ses statuts et de son règlement intérieur.

Pour **consulter les statuts et le règlement intérieur**, vous pouvez vous rendre sur notre site dans la rubrique « Documents statutaires », accessible à l'adresse suivante : <https://www.aaz-asso.fr/statuts/>

Le traitement de vos données personnelles par l'Association des assurés de Zenioo

▣AaZ▣

L'Association des assurés de Zenioo fait très attention à vos données à caractère personnel et aux traitements qu'elle en fait.

A ce titre, vous trouverez ci-dessous des informations sur les modalités de traitement de vos données personnelles que vous soyez simple utilisateur du présent Site ou que vous soyez adhérents à l'Association.

Vous pouvez retrouver les modalités de traitement de vos données à caractère personnel directement sur notre site dans la rubrique « Politique de protection des données et gestion des cookies », accessible à l'adresse suivante : <https://www.aaz-asso.fr/rgpd/>

Vous pouvez contacter notre service à la protection des données à caractère personnel à l'adresse postale suivante 33 rue de la République – 69002 LYON ou par email à l'adresse suivante contact@aaz-asso.fr.

Informations réglementaires Zenioo

Zenioo est une Société par actions simplifiées au capital de 1 267 431 euros, immatriculée au RCS de LYON sous le numéro 884 782 582 dont le siège social est situé au 6 Cours André Philip 69100 Villeurbanne.

Zenioo a la qualité de courtier en assurances, immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 20 005 879 (informations consultables à l'adresse suivante : www.orias.fr).

L'autorité en charge du contrôle de ses opérations est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

Cette annexe à votre notice d'information en fait partie intégrante et vous permet d'obtenir l'accès aux informations sur la manière dont Zenioo réalise :

- Le traitement des réclamations
- Le traitement de vos données à caractère personnel.

Traitement des réclamations By Zenioo

La satisfaction des clients est au cœur de nos préoccupations. Hélas, malgré notre volonté de vous servir au mieux, vous avez pu rencontrer des difficultés dans le cadre de votre expérience avec ZENIOO.

Si vous souhaitez nous les partager, nous restons, avec nos partenaires, à votre entière écoute pour vous apporter la meilleure solution possible.

Pour savoir comment vous pouvez formuler une réclamation et retrouver toutes les mentions d'information relative au traitement des réclamations par Zenioo, nous vous invitons à consulter la rubrique « traitement des réclamations » sur notre site, accessible à l'adresse suivante : <https://zenioo.com/gestion-de-reclamations/>

Traitement de vos données personnelles By Zenioo

Zenioo a à cœur de traiter avec une grande attention vos données à caractère personnel.

Vous pouvez retrouver les modalités de traitement de vos données à caractère personnel directement sur notre site dans la rubrique « Politique de protection des données et gestion des cookies », accessible à l'adresse suivante : <https://zenioo.com/politique-donnees-personnelles-et-cookies/>

Notre Délégué à la protection des Données reste bien entendu à votre disposition pour tout complément d'information aux coordonnées suivantes :

- Par voie postale : 6 Cours André Philip 69100 Villeurbanne (DPO de ZENIOO)
- Par email : dpo@zenioo.com.