

NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE

Zen Santé Eco

Le présent document constitue la Notice d'information contractuelle, prévue par l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. Il reprend les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction n° MZEN, souscrit par l'association d'assurés Zenioo auprès de Miltis, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

PRÉAMBULE

Il a été conclu un contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n° MZEN entre :

- d'une part l'Association d'assurés Zenioo située dont le siège social est situé au 33 rue de la République 69002 Lyon.
- et d'autre part l'organisme assureur MILTIS, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n°417 934 817), dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas – 69003 Lyon.
- Ce contrat est ouvert aux membres de l'association d'assurés Zenioo.

La distribution du contrat est confiée, via son réseau d'Intermédiaires à Zenioo – 6 cours André Philip, 69100 Villeurbanne.

Génération en qualité de courtier délégataire, intervient dans le cadre de la distribution et de la gestion., Génération est sise 12 bis rue de Kérogan, 29080 Quimper Cedex 9.

Le niveau de garantie est précisé sur votre certificat d'adhésion.

Le contrat s'inscrit dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	2
SOMMAIRE	3
LEXIQUE	5
DESCRIPTIF DES PRESTATIONS	7
OBJET DE LA GARANTIE	10
DÉLÉGATION DE CONSEIL ET DE GESTION	10
ADHÉSION ET VIE DE LA GARANTIE	10
CONDITIONS D'ADHÉSION	10
FORMALITÉS D'ADHÉSION	10
PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION	10
DROIT DE RENONCIATION	10
PRISE D'EFFET DES GARANTIES	11
MODIFICATION DE LA GARANTIE	11
DURÉE DE L'ADHÉSION	11
CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS	12
GARANTIES	12
RISQUES COUVERTS.....	12
HOSPITALISATION	12
MÉDICAMENTS	13
FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE.....	13
DENTAIRE	14
AIDES AUDITIVES	14
ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	15
DEMANDE DE REMBOURSEMENT	15
TÉLÉTRANSMISSION	15
PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION	15
TIERS PAYANT	15
DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	16
CONTRÔLE DES PRESTATIONS	16
RISQUES EXCLUS	17
LIMITE DE PRESTATIONS.....	18
CESSATION DES GARANTIES	18
COTISATIONS.....	19
MONTANT DES COTISATIONS	19
PAIEMENT DES COTISATIONS.....	19
VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES	19
DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....	19
LOI MADELIN	19
DISPOSITIONS DIVERSES.....	19
PROTECTION DES DONNÉES A CARACTERE PERSONNEL.....	19

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE	20
FONDS DE GARANTIE	20
PRESCRIPTION	20
SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	21
SUBROGATION	22
EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION.....	22
INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES ZENIOO	23

LEXIQUE

100% SANTÉ

Dispositif par lequel les bénéficiaires des prestations peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par le régime de base et leur complémentaire santé, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Les actes visés par ce dispositif intègrent le panier 100 % Santé.

ACTES DE PREVENTION

Ces actes sont définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

Les actes sont les suivants :

- 1° Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8) sous réserve que :
 - L'acte soit effectué sur les premières et deuxième morales permanentes,
 - N'intervienne qu'une fois par dent,
 - Soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième (14^{ème}) anniversaire.
- 2° Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectuée en deux séances maximum) – AXI .
- 3° Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024) à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- 4° Dépistage hépatite B (code NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- 5° Dépistage une fois tous les cinq (5) ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes suivants :
 - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010)
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
 - Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011)
 - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP012)
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP002)
- 6° L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7. La prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les six (6) ans.
- 7° Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
 - Coqueluche : avant 14 ans,
 - Hépatite B : avant 14 ans,
 - BCG avant 6 ans,
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
 - Haemophilus influenzae B,
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 ans.

BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le membre participant et éventuellement ses ayants droit affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion :

- > son conjoint, ou partenaire d'un PACS ou vivant en concubinage
- > leurs enfants à charge :
 - âgés de moins de 18 ans
 - âgés de 18 à 26 ans sous réserve :

- qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et qu'ils n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
- qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage et sous réserve de justificatif,
- qu'ils soient inscrits au pôle emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
- sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées avant son 21ème anniversaire.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS)

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

C'est le document envoyé au membre participant après acceptation de son bulletin d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

COUPLE-CONJOINT

Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

GRAND APPAREILLAGE

Le Grand Appareillage comprend les podo-orthèses, les ortho-prothèses, les prothèses oculaires et faciales et les véhicules pour handicapés physiques (le titre II chapitres 5, 6 et 7 et le Titre IV de la LPPR).

MEMBRE PARTICIPANT

Personne physique qui adhère à la présente garantie.

MUTUELLE

Il s'agit de Miltis, mutuelle soumise au Livre II du Code de la mutualité, et assureur du présent contrat.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

Contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraire.

PETIT APPAREILLAGE

Le petit Appareillage (orthèses) comprend les bandages, genouillères, ceintures, corsets, appareils de correction (attelles, etc.), semelles orthopédiques, chaussures adaptées, bas de contention etc., hors pansements et optique médicale.

PRIX LIMITE DE VENTE

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente facturable par le professionnel de santé. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations et pris en charge par le régime de base est assortie d'un prix limite de vente. Les lunettes, prothèses dentaires et les aides auditives retenues dans les paniers 100 % Santé ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les bénéficiaires des prestations puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements. Conformément

au niveau de garanties du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle interviendra, en complément du remboursement du Régime de base, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

RÉGIME DE BASE (RB)

Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (Régime général de la sécurité sociale ; Régime sécurité sociale des indépendants, Régime des exploitants agricoles, Régime des salariés agricoles : MSA, régime d'Alsace-Moselle, régimes spéciaux).

TICKET MODERATEUR (TM)

Quote part restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime de base.

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base.

Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base, à l'exception de l'équipement optique dans lequel les forfaits en euros incluent la part du régime de base.

Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion.

Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de deux (2) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogation dans les présentes dispositions particulières.

Pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations. Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

	Formule 100	Formule 125	Formule 150	Formule 200
Contrat responsable	Oui	Oui	Oui	Oui
HOSPITALISATION				
Honoraires :				
> Dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	125 %	150 %	200 %
> Hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	175 %
Chambre particulière ⁽¹⁾	-	-	-	60 € / jour
Forfait journaliser hospitalier - Durée illimitée	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Frais de séjour :				
> Secteur conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
> Secteur non conventionné	100 %	125 %	150 %	200 %
Transport du malade	100 %	100 %	100 %	100 %
Hospitalisation à l'étranger	100 %	100 %	100 %	100 %

SOINS COURANTS				
Consultation de médecins généralistes et spécialistes :				
> Dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	125 %	150 %	150 %
> Hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	125 %
Actes d'imagerie ou d'échographie et autres actes techniques				
> Dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %
> Hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais de soins à l'étranger	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 65 % / 30 % / 15 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical : Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, grand et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %

OPTIQUE				
Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixtes ⁽²⁾ dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de 16 ans au plus ou en cas d'évolution de la vue tous les ans.				
Équipements 100 % Santé (verres et monture ⁽³⁾ de classe A)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements hors 100 % Santé :				
> Une monture ⁽⁴⁾ de classe B avec 2 verres simples ⁽⁵⁾	100 %	100 %	100 €	100 €
> Une monture de classe B avec au moins 1 verre complexe ⁽⁶⁾ ou très complexe ⁽⁷⁾	100 %	100 %	150 €	150 €
> Une monture de classe B avec 2 verres complexes ou très complexes	100 %	100 %	200 €	200 €
Suppléments et prestations	100 %	100 %	100 %	100 %
Lentilles de contact / Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %

DENTAIRE				
Soins et prothèses 100 % Santé : Actes prothétiques et inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire) pris en charge par le régime de base	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses hors 100 % Santé : Actes prothétiques hors cadre du panier de soins 100 % Santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés ou libres	100 %	100 %	100 %	100 %
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %

AIDES AUDITIVES				
Équipements 100 % Santé : Aides auditives de classe I	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements hors 100 % Santé :				
> Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale * Hors panier de soins 100 % Santé* (Appareil de classe II à prix libre) ⁽⁸⁾	100 %	100 %	100 %	100 %
> Autres prestations liées aux aides auditives	100 %	100 %	100 %	100 %

PRÉVENTION				
Actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %

* Tels que définis réglementairement.

Rbt intégral = Remboursement intégral

(1) Durée illimitée en cas d'hospitalisation médicale et chirurgicale, limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire des prestations pour les établissements et unités de soins de suite et de réadaptation, et exclue en cas d'hospitalisation en ambulatoire, en obstétrique et pour les établissements et unités psychiatriques.

(2) Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).

(3) Prix limite de vente de la monture en classe A : 30 euros.

(4) Monture : la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique est au maximum de cent euros (100,00 €) (hors monture classe A).

(5) Définition de la correction verres simples :

Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.

(6) Définition de la correction verres complexes :

Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6, verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.

(7) Définition de la correction verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8.

(8) La prise en charge d'une aide auditive de classe I et II est limitée à un équipement tous les 4 ans par oreille et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de Classe I ou, dans la limite de 1700 € (Classe II).

OBJET DE LA GARANTIE

Le présent contrat a pour objet de garantir au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations). Elle intervient en complément du régime de base.

DÉLÉGATION DE CONSEIL ET DE GESTION

Génération, en qualité de courtier délégataire, intervient dans le cadre de la distribution et de la gestion. Son siège social est situé 12 bis rue de Kérogan, 29080 Quimper Cedex 9, ci-après dénommé le Délégué.

ADHÉSION ET VIE DE LA GARANTIE

CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour être assurable au titre de la présente garantie, le membre participant et ses éventuels ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (**hors Monaco**) ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**). **Pour adhérer à la garantie, le membre participant ainsi que son conjoint doivent être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 85 ans à la date de signature du bulletin d'adhésion.**

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie, à l'exception du couple si chacun d'eux dispose d'un numéro de sécurité sociale distinct et souhaite un niveau de garantie différent. Dans ce cas, chaque membre du couple complète son propre bulletin d'adhésion.

Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française (cf. lexique).

Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles au dispositif de complémentaire santé solidaire prévu aux articles L. 861-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Le membre participant doit compléter, signer et dater un bulletin d'adhésion, en indiquant la garantie choisie et les éventuels ayants droit à garantir.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège du Délégué du Bulletin d'Adhésion, complété, daté et signé, sous réserve d'acceptation expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1^{ère} cotisation.

DROIT DE RENONCIATION

Le membre participant dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après):

- si des prestations ont été versées, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera au membre participant dans un délai de 30 (trente) jours.

Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

La garantie est vendue à distance si elle est conclue au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge du membre participant (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

Informations précontractuelles en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion). Le membre participant ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à : Génération – Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 9, en recommandé avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

Je soussigné(e) [Nom, Prénom et N° de membre participant], demeurant à [Lieu] ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat [Nom et N° de contrat] que j'ai signé le [Date sous le format JJ/MM/AAAA].

A..... Le

Signature

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille.

Aucun délai d'attente ne s'applique sur les garanties.

MODIFICATION DE LA GARANTIE

Après un an d'adhésion à la garantie, le membre participant peut demander la modification de sa garantie (pour une formule supérieure ou inférieure) une fois par an. **La première modification peut être demandé par le membre participant au plus tôt à la date anniversaire de son adhésion au contrat. La nouvelle formule prend effet à la date souhaitée par le membre participant sans pouvoir être à effet rétroactif.**

La demande de modification de la garantie, adressée au Délégué, devra se faire par écrit.

En cas de changement de niveau au sein de la garantie, les prestations de la nouvelle formule s'appliquent.

DURÉE DE L'ADHÉSION

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un régime de base ou dans les cas définis au paragraphe cessation des garanties. En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.

L'adhésion s'entend pour la durée d'un an, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction à la date anniversaire du contrat (date de prise d'effet).

CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le membre participant doit informer le Délégué par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :

- d'un changement de situation familiale (mariage, décès, naissance, adoption, concubinage, pacte civil de solidarité (PACS), enfant de plus de 18 ans cessant d'être scolarisé, divorce etc.) sur présentation d'un justificatif : les modifications prennent effet le 1^{er} du mois suivant la demande ;
- d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement du département de résidence : les modifications tarifaires éventuelles liées au changement du département de résidence, prennent effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande ;
- d'un changement du régime de base ;
- d'un changement de compte bancaire débité.

GARANTIES

RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base du bénéficiaire des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire des prestations (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations). Les prestations accordées par la mutuelle visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article "**Risques exclus**".

Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

HOSPITALISATION

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :

- les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique ;
- les établissements et unités spécialisés :
 - de psychiatrie,
 - de soins de suite,
 - de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Les séjours en établissements ou unités spécialisées sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.

Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas prises en charge.

MÉDICAMENTS

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la sécurité sociale est disponible sur le site medicaments.gouv.fr.

FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Le descriptif de prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100% Santé et les équipements de la classe B hors panier 100% santé.

Les équipements classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée telle que définie par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base. En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité Sociale et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le membre participant (ou ses ayants droit).

Les équipements de classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'assuré.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations intègrent la prise en charge du régime de base.

Lorsque l'assuré choisi une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 (cent) euros.

Cas particulier pour les équipements mixtes

Les équipements mixtes sont composés d'une part, de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).

Les montants hors panier 100% Santé mentionnés au sein du descriptif de prestations s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture et des verres appartenant à des classes différentes.

Dans ces hypothèses, l'élément de classe B sera remboursé conformément au niveau de garantie souscrit, déduction faite du remboursement de l'élément de classe A.

Conditions de renouvellement

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de deux ans contrat responsable et par période de 2 (deux) ans pour les actes du panier 100% santé et pour les actes hors panier 100% santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).

Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans, les prestations s'appliquent par période annuelle à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle.

Conditions de renouvellement anticipé

Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :

- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Cas particulier du renouvellement anticipé des verres

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :

- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- pour toutes personnes en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

DENTAIRE

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100% Santé et les actes hors panier 100% Santé.

Sont visés par les actes du panier 100% Santé les actes définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente), ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du Code la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.

Sont visés par les actes hors panier 100% Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré et dans la limite du prix limite de vente) et les actes du panier à prix libre (absence d'honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré).

AIDES AUDITIVES

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé.

La prise en charge par la Mutuelle des prestations Aides auditives est différente en fonction de la classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la classe I ou la classe II.

Conformément à la réforme dite "100 % Santé", les aides auditives appartenant à la classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée telles que définies à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le régime de base et celui opéré au titre de votre Contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le bénéficiaire des prestations.

Les aides auditives de classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par le bénéficiaire des prestations.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de classe I, dans la limite de 1 700 euros par aide auditive de classe II incluant la prise en charge du régime de base.

Conformément à la réforme dite "100% Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par le régime de base tient compte des 4 (quatre) années antérieures.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier lors des séjours n'excédant pas trois mois par an. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France.

Les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

TÉLÉTRANSMISSION

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, la mutuelle ou son Délégué pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base.

Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits.

Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à la mutuelle ou à son Délégué les décomptes des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...), le bénéficiaire des prestations doit envoyer à la mutuelle les factures acquittées pour les actes non pris en charge par le régime de base.

Dans tous les cas, la mutuelle peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires. **Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations.**

La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de sécurité sociale, la mutuelle délivre des prises en charge.

TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les

établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale.

Le tiers payant est disponible dans tous les départements, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon accords passés avec les praticiens.

Pour les prestations "Optique, Dentaire, prothèses auditives et Hospitalisation", le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit et dans la limite du ticket modérateur pour les autres actes.

DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement en tout ou partie des frais engagés par le bénéficiaire des prestations intervient dans les meilleurs délais à compter de la réception par le Délégué de l'ensemble des pièces justificatives permettant de traiter la demande de paiement.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation.

En cas de déclaration tardive causant un préjudice à la Mutuelle et prouvé celle-ci a la possibilité de refuser le versement de la prestation demandée.

CONTRÔLE DES PRESTATIONS

La Mutuelle ou son Délégué, peut demander au bénéficiaire des prestations, par l'intermédiaire de son médecin conseil si besoin, tout renseignement ou document complémentaire qu'elle/il juge utile, et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, le bénéficiaire des prestations doit lui communiquer sans délai ces informations et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle. Le bénéficiaire des prestations a la possibilité de se faire accompagner lors de cette expertise médicale par un médecin de son choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine. Les frais et honoraires du médecin que le bénéficiaire des prestations a choisi, demeurent à sa charge.

Lorsque les informations sont demandées par le médecin conseil, elles sont transmises soit directement sous pli confidentiel, soit par l'intermédiaire de son médecin.

La Mutuelle ou son Délégué peut également interroger la/les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie ou toute personne ayant réalisé une facturation de soins à l'encontre du bénéficiaire des prestations afin de confronter les décomptes et justificatifs fournis par ce dernier.

En fonction du résultat de ces contrôles, la Mutuelle ou son Délégué se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou qui a déjà été réalisé ou le montant de sa prise en charge.

De plus, en cas de fraude avérée, la mutuelle ou son Délégué :

- procède à la demande de restitution des frais versés au bénéficiaire des prestations le cas échéant ;
- se réserve le droit de procéder à la radiation du bénéficiaire des prestations conformément aux statuts de la mutuelle et d'engager toute poursuite judiciaire qu'elle jugera utile.

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire des prestations et le médecin conseil, les deux parties font appel à un troisième médecin pour les départager dans le mois suivant la décision rendue, et à l'avis duquel les parties doivent se ranger.

Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin est désigné par la juridiction compétente sur requête de la partie la plus diligente.

De convention expresse, le bénéficiaire des prestations reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle ou son Délégataire pourra, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :

- la guerre civile et étrangère ;
- la désintégration du noyau atomique ;
- la faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire des prestations prouvée par la mutuelle ou son Délégataire ;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.
- De plus, ne sont pas pris en charge :
 - les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
 - les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements ;
 - les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
 - la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;
 - les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

La garantie dite "responsable" ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 160-13-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13-III du Code de la Sécurité sociale ;
- II. les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
 - la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale ;
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

III. Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

LIMITE DE PRESTATIONS

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

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

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime de base et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat "responsable".

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de décès du bénéficiaire des prestations ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité
- en cas de résiliation par le membre participant à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix du membre participant :
 - 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - 2° Soit par déclaration faite au siège de Génération - Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 9 ;
 - 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
 - 4° Soit, lorsque la Mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
 - 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

En cas d'exercice d'une des facultés de résiliation précitées, le membre participant peut notifier sa demande via la fonctionnalité prévue à cet effet sur son espace adhérent. Le Délégué confirme la réception de la notification et informe le membre participant par tout support durable, dans des délais raisonnables, de la date à laquelle le contrat prend fin et des effets de la résiliation. La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, le Délégué sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

- en cas de résiliation par le membre participant à la date anniversaire du contrat, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, avec un préavis de 2 (deux) mois adressée à Génération - Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 9 ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice ;
- en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § « DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS ».

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un membre participant.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fonction du niveau de garantie choisi, du département de résidence principale du membre participant, de l'âge des bénéficiaires des prestations, de la composition familiale et du régime de base.

L'âge retenu est par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance des bénéficiaires des prestations.

Cas particuliers :

le montant de la cotisation enfant n'évolue pas en fonction de l'âge jusqu'au 1er janvier de l'année des 19 ans du bénéficiaire des prestations. A partir de cette date, il se verra appliquer une cotisation adulte.

à compter du 1er janvier de l'année de ses 85 ans, la cotisation du bénéficiaire des prestations n'évolue plus en fonction de l'âge.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel (**sauf paiement par chèque qui ne peut pas être mensuel ou trimestriel**).

VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations peuvent également évoluer chaque année à la date d'échéance du contrat en fonction de l'évolution des dépenses de la sécurité sociale, et des résultats du contrat.

De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale.

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle ou son Délégué adressera au membre participant par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

Des frais de recouvrement de vingt-cinq (25) euros sont appliqués par le Délégué au titre du non-paiement des cotisations.

Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

LOI MADELIN

Le travailleur non-salarié, non agricole en activité peut bénéficier de la déductibilité fiscale de ses cotisations pour le présent contrat, s'il remplit les conditions prévues par cette loi. Il doit notamment être à jour du paiement de ses cotisations dues au titre de son régime obligatoire, et éventuellement de celles de son conjoint et de ses enfants.

DISPOSITIONS DIVERSES

PROTECTION DES DONNÉES A CARACTERE PERSONNEL

Les informations recueillies par dans le cadre du contrat font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de Génération, la mutuelle, et le cas échéant, l'intermédiaire en assurances, l'association souscriptrice, le réassureur ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion.

Chaque partie, Zenioo, l'Association des assurés Zenioo, Miltis, GENERATION prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Les données personnelles de l'utilisateur peuvent faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne encadrés par une décision d'adéquation rendue par la Commission Européenne.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : GENERATION, Le Délégué à la Protection des données - Génération - 12 rue de Kerogan 29335 QUIMPER CEDEX ou dpo@generation.fr. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

Génération se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité et du Code des assurances, la Mutuelle, Zenioo et le Délégué sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance instauré par le décret n° 2011-733 du 27 juin 2011 (article L.431-1 du Code de la mutualité).

PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité.

Article L 221-11 du Code de la mutualité :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Article L 221-12 du Code de la mutualité :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis 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.

Art L 221-12-1 du Code de la mutualité :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code de la mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat), L.221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.

SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, la mutuelle exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au bénéficiaire.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de mécontentement, le réclamant peut adresser une réclamation au Délégué, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- par Internet via l'adresse www.generation.fr et le formulaire « adresser une réclamation à Génération » ;
- par courrier Génération - Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 09
- par téléphone : 02 98 65 85 00 - Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

Génération en accusera réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 (dix) jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si une réponse a pu être apportée à l'intéressé au cours de ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai maximum de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou si Génération n'a pas répondu dans le délai de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le réclamant peut saisir le Médiateur de l'assurance dans le délai d'un an après l'envoi de la première réclamation écrite auprès de Génération, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu selon les modalités suivantes :

- soit via le formulaire à disposition sur le site : <http://www.mediation-assurance.org>
- soit par courrier postal l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance TSA 50010, 75441 PARIS CEDEX 09 France

Le réclamant doit impérativement préciser au Médiateur de l'Assurance l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'à la condition qu'aucune action en justice n'ait été engagée.

Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

Zenioo : Distributeur du contrat

SAS au capital de 1 267 431 € - 6 cours André Philip, 69100 Villeurbanne - Immatriculée sous le n° 884 782 582 RCS Lyon et n° 20 005 879 ORIAS - www.orias.com

Génération : Délégué en gestion

SAS au capital de 102 766,40 € - 12 bis rue de Kérogan, 29080 Quimper Cedex 9 - Immatriculée sous le n° 410 069 066 RCS Quimper et n° 07 000 842 ORIAS - www.orias.com

Association des Assurés Zenioo : Souscripteur du contrat

Association loi de 1901 - 33 rue de la République 69002 Lyon

Miltis : Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON - www.mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817 / N°IDU EMBPG FR331494_01NNDU)





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.

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.



STATUTS

de la mutuelle

TITRE I • FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 • Formation et objet de la mutuelle

Article 1 • Dénomination de la mutuelle

Il est constitué une mutuelle, dénommée MILTIS, qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Elle est enregistrée sous le n° SIREN 417 934 817.

Article 2 • Siège de la mutuelle

La mutuelle est établie au 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon.

Article 3 • Objet de la mutuelle

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

À cet effet, la Mutuelle se propose de :

À titre principal :

- Pratiquer une activité d'assurance dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives dans les branches pour lesquelles elle est agréée, telles que définies par l'article R. 211-2 du Code de la mutualité et qui sont les suivantes :
 - Accidents (branche 1) ;
 - Maladie (branche 2) ;
 - Vie, Décès (branche 20) ;
 - Nuptialité, natalité (branche 21).

Dans le cadre de la couverture des risques relevant de ces branches, la Mutuelle pourra :

- Accepter les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance, conformément à l'article L. 111-1 du Code de la mutualité ;
- Coassurer ces mêmes risques en application de l'article L. 227-1 du Code de la Mutualité ;
- A la demande d'autres mutuelles ou union, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au Livre II pour la délivrance de ces engagements, vis-à-vis de leurs membres participants ainsi que de leurs ayants-droit.

À titre accessoire :

- Mettre en œuvre, en tant qu'activité accessoire et accessible uniquement à ses membres participants et à leurs ayants-droits, une action sociale, qu'elle soit individuelle ou collective, notamment sous la forme de fonds de secours, de prévention des risques de dommages corporels, ou de gestion de réalisations sanitaires et sociales, dans les conditions définies par le Code de la mutualité ;
 - En application de l'article L. 116-1 du Code de la Mutualité, présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance ;
- En application de l'article L.116-2 du Code de la Mutualité, la Mutuelle pourra recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance pour distribuer des adhésions individuelles à des règlements mutualistes et / ou les contrats collectifs qu'elle assure.
- La Mutuelle peut déléguer à tout organisme habilité pour ce faire, la gestion de tout ou partie des contrats collectifs qu'elle assure.
- Elle peut également gérer pour le compte de tiers, dans le cadre d'une délégation de gestion, tout ou partie des contrats individuels ou collectifs assurés par un autre organisme assureur.

La Mutuelle peut participer au développement à la gestion des dispositifs de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

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

La Mutuelle pourra adhérer à toute union de groupe mutualiste telle que définie par l'article L. 111-4-1 du code de la mutualité (UGM), à une Union Mutualiste de Groupe (UMG) telle que défini à l'article L.111-4-2 du Code de la Mutualité, ou à une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM).

La Mutuelle peut également :

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

Article 4 • Règlements mutualistes et contrats collectifs

Pour les contrats individuels, en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité, un ou des règlement(s) établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire de la mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

Article 5 • Règlement Intérieur

Un Règlement intérieur établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, pourra si nécessaire, déterminer les conditions d'application des présents statuts.

Tous les membres participants et honoraires seront tenus de s'y conformer, au même titre qu'aux statuts. Le Conseil d'Administration peut apporter au Règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus proche Assemblée Générale.

Article 6 • Respect de l'objet des mutuelles

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

CHAPITRE 2 • Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

SECTION I • Conditions d'adhésion

Article 7 • Catégories de membres

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

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

Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, ou font des dons ou ont rendu des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.



STATUTS de la mutuelle

Peuvent bénéficier des prestations de la mutuelle les ayants droit du membre participant :

- le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin, de moins de 28 ans ;
- les ascendants à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale ;
- les autres personnes à charge du participant reconnues comme ses ayants droits par la Sécurité sociale ;
- les enfants infirmes majeurs, titulaires d'un titre d'invalidité défini au 1° de l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles et considérés comme à charge du participant au sens de la législation sociale et fiscale en vigueur.

A leur demande, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants de la mutuelle sans l'intervention de leur représentant.

Article 8 • Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité de membres de la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES" et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

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

Article 9 • Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I • Opérations collectives facultatives

L'adhésion des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale résulte de la signature à titre personnel d'un bulletin d'affiliation qui emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par la notice d'information propre au contrat collectif facultatif écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

Les salariés ou les membres acquièrent alors la qualité de membre participant.

La personne morale qui a souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle acquiert la qualité de membre honoraire conformément aux dispositions de l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES".

II • Opérations collectives obligatoires

L'adhésion des salariés d'une entreprise résulte de la signature d'un contrat collectif obligatoire écrit souscrit par l'employeur auprès de la mutuelle et ce en application d'un accord de protection sociale complémentaire tel qu'institué en vertu des dispositions de l'article 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les salariés d'une entreprise visés au contrat sont tenus de s'affilier à la Mutuelle. Ils acquièrent alors la qualité de membre participant.

L'employeur qui souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle acquiert la qualité de membre honoraire conformément aux dispositions de l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES".

SECTION II • Démission, radiation, exclusion

Article 10 • Démission

A l'échéance du contrat :

- La démission est donnée par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, et ne peut prendre effet qu'à la date d'échéance, la demande de démission devant être reçue par la mutuelle au moins deux mois à l'avance.

Après un délai d'un an à compter de la première souscription pour les contrats de complémentaire santé :

- à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, la démission est donnée par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. Elle prend effet un mois après que Miltis en ait reçu la notification.

Article 11 • Radiation

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-8-1, L. 221-14, L. 221-15 et L. 221-17 du Code de la mutualité.

Article 12 • Exclusions

Peuvent être exclus, les membres qui auraient porté ou tenté de porter volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle, ou qui refusent d'exécuter les obligations prévues par les présents statuts, ou dont l'attitude ou la conduite est susceptible de causer un préjudice financier, matériel ou moral à la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

Article 13 • Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission à l'échéance du contrat, la radiation et l'exclusion, ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

En cas de démission après un délai d'un an à compter de la première souscription pour les contrats de complémentaire santé, le membre participant ou le membre honoraire n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert. Cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la démission. Miltis est tenue de rembourser le solde au membre participant ou membre honoraire, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la démission.

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

TITRE 2 • ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 • Assemblée Générale

SECTION I • Composition, élection

Article 14 • Composition de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale est constituée des délégués élus par des collèges. Les membres participants et les membres honoraires de la mutuelle sont répartis en six collèges selon un critère lié à leur domiciliation géographique :

Collège 1 - Nord-est de la France (régions Hauts-de-France, Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté).

Collège 2 - Sud-est de la France (régions Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse).

Collège 3 - Sud-ouest de la France (régions Nouvelle Aquitaine et Occitanie).

Collège 4 - Nord-ouest de la France (régions Normandie, Bretagne, Pays de la Loire et Centre).

Collège 5 - Région Ile-de-France.

Collège 6 - Outre-mer et étranger.

Article 15 • Nombre de délégués

Chaque délégué élu par le collège, dispose d'une voix à l'Assemblée Générale. Chaque collège dispose à l'Assemblée Générale, d'un nombre de délégués calculé de la façon suivante :

- 1 délégué par tranche de 5 000 membres.

Un même collège ne peut détenir plus d'un tiers de l'ensemble des droits de vote.

L'effectif du collège à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à élire, est le nombre de membres participants et honoraires au 01 janvier de l'année de l'élection.



STATUTS de la mutuelle

Article 16 • Élection des délégués

Pour être élu délégué d'un collège, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans accomplis,
- n'avoir encouru aucune des condamnations prévues à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,
- ne pas être salariés ou mandataires d'un organisme d'assurance ou de retraite.

Les membres honoraires de la mutuelle, peuvent être élus délégués. Leur nombre ne doit pas excéder le tiers du nombre total des délégués de l'ensemble des collèges. Les délégués sont élus pour six ans, ils sont rééligibles. Les membres de la mutuelle sont informés de l'élection des délégués au moins 45 jours avant le scrutin. Les candidatures doivent être adressées par lettre recommandée au siège de la mutuelle, au moins trente jours avant le scrutin. Le vote a lieu par correspondance, y compris par voie électronique, à bulletins secrets, au scrutin uninominal à un tour. Les candidats non élus ayant obtenu dans le collège le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

Article 17 • Vacance en cours de mandat d'un délégué

La démission ou la perte de la qualité d'adhérent à la mutuelle, entraîne de droit la perte de la qualité de délégué ou de délégué suppléant.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de collège, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant venant à l'ordre de suppléance défini à l'article précédent. En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause du délégué de collège et en l'absence de délégué suppléant, il est procédé, avant la prochaine Assemblée Générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

Les élections de délégués suppléants se déroulent dans les mêmes formes et conditions que celles des élections générales et telles que décrites à l'article "ÉLECTIONS DES DÉLÉGUÉS".

SECTION II • Réunion de l'Assemblée Générale

Article 18 • Convocation annuelle obligatoire

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration, au siège social ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation. A défaut, le président du Tribunal Judiciaire statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 19 • Autres convocations

La convocation est obligatoire quand elle est demandée :

- soit par écrit, par le quart au moins des membres de la mutuelle,
- soit par la majorité des administrateurs composant le Conseil,
- soit par les commissaires aux comptes,
- soit par l'Autorité de Contrôle Prudentiel mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité ou un administrateur provisoire nommé par elle. En cas d'urgence, l'Assemblée Générale peut être convoquée par le Président, ou par les liquidateurs. A défaut, le président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 20 • Modalités de convocation de l'Assemblée Générale

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

L'ordre du jour des Assemblées Générales est fixé par le Conseil d'Administration à la majorité de ses membres. Il doit être joint aux convocations. Toute question dont l'examen est demandé cinq jours au moins avant l'Assemblée Générale par le quart au moins des délégués est obligatoirement soumis à l'Assemblée Générale.

Les délégués constituent l'Assemblée Générale, et procèdent aux votes et à l'élection des administrateurs.

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

Chaque Assemblée Générale donne lieu à l'établissement d'une feuille de présence émargée par les délégués présents. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale.

Article 21 • Compétences de l'Assemblée Générale

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

L'Assemblée Générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration.

En dehors des questions inscrites à l'ordre du jour, elle peut, en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement.

L'Assemblée générale peut également en toute circonstance, 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.

Elle statue sur :

- les statuts et ses modifications ;
- les activités exercées par la mutuelle ;
- l'existence et le montant des droits d'adhésion ;
- la souscription d'emprunts destinés à la constitution et à l'alimentation du fonds de développement conformément aux articles R. 212-4 et R. 212-5 du Code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 ;
- les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du même Code ;
- l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle, 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 et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- le rapport moral, 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 ;
- 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 ;
- les principes à respecter par les délégations de gestion, conformément à l'article L. 116-3 ;
- le rapport du Conseil d'Administration sur les opérations d'intermédiation et les délégations de gestion mentionné à l'article L. 116-4 ;
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée Générale décide :

- la nomination des commissaires aux comptes ;
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
- les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

Article 22 • Modalités de participation à l'Assemblée Générale

Les votes ont lieu selon les différentes modalités suivantes :

- Vote à main levée ou à bulletin secret en séance,



STATUTS de la mutuelle

- Vote par procuration, conformément à l'article R.114-2 du Code de la Mutualité et aux modalités définies à l'article "Vote par procuration" des présents statuts.
- Vote par voie électronique conformément à l'article L. 114-13 du Code de la Mutualité et aux modalités définies à l'article "Vote électronique" des présents statuts. Le vote électronique n'est possible que si le Conseil d'Administration a opté pour une réunion de l'Assemblée Générale en présentiel et en visioconférence ou en télécommunication.

Article 23 • Vote par procuration

Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut s'y faire représenter par un autre délégué.

Un délégué ne peut recueillir plus de trois procurations. La Mutuelle organise le vote par procuration des délégués conformément aux articles L. 114-13, alinéa 2 et R. 114-2 du Code de la Mutualité.

A compter de la date de la convocation de l'assemblée générale, une formule de vote par procuration doit être remise ou adressée aux frais de l'organisme à tout délégué qui en fait la demande. La mutuelle doit faire droit à toute demande déposée ou reçue au siège social au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

A toute formule de vote par procuration, adressée aux délégués de l'assemblée par l'organisme, doit être joint le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs. Les délégués de l'assemblée générale qui votent par procuration doivent signer la procuration et indiquer leurs nom, prénom usuel et domicile ainsi que les noms, prénom usuel et domicile de leur mandataire. Ils doivent adresser la procuration à leur mandataire. Le ou la mandataire doit être délégué de l'assemblée générale de la mutuelle.

Le mandat est donné pour une seule assemblée, sauf dans les deux cas suivants :

- a) Un mandat peut être donné pour deux assemblées tenues le même jour ou dans un délai d'un mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées au I de l'article L. 114-12 et l'autre pour exercer les attributions visées au II du même article ;
 - b) Un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.
- Pour le calcul du quorum, le délégué qui vote par procuration est considéré comme un membre représenté.

Article 24 • Vote électronique

Les délégués composant l'Assemblée Générale peuvent se prononcer sur les délibérations par vote électronique dans le respect du secret du vote. Cette possibilité est offerte au délégué assistant à l'Assemblée Générale en présentiel et en visioconférence ou télécommunication.

Article 25 • Modalités de vote de l'Assemblée Générale

I • Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptés

Lorsqu'elle se prononce sur :

- la modification des statuts ;
- les activités exercées ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 ;
- les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 ;
- le transfert de portefeuille ;
- les principes directeurs en matière de réassurance ;
- la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union.

L'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents ou représentés représente au moins le quart du total des délégués.

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

II • Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I ci-dessus, l'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents ou représentés.

Article 26 • Force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au Code de la mutualité.

CHAPITRE 2 • Conseil d'Administration

SECTION I • Composition, élection

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

La mutuelle est administrée par un Conseil dont les membres sont élus parmi les membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations. Pour être éligibles au Conseil d'Administration les membres doivent être âgés de 18 ans accomplis, et n'avoir encouru aucune des condamnations prévues à l'article L 114-21 du Code de la mutualité.

Un ancien salarié de la mutuelle, ne peut être nommé administrateur de celle-ci pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

En outre, ne sont pas éligibles les membres qui seraient salariés ou mandataires d'un organisme d'assurance ou de retraite. Conformément à l'article L. 114-23 du Code de la mutualité, une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de cinq Conseils d'Administration de mutuelles, unions et fédérations.

La limite d'âge, pour exercer les fonctions d'administrateur, est fixée à 70 ans.

Cette limite n'est applicable qu'aux deux tiers des membres du Conseil d'Administration. Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge, entraîne d'office la démission de l'administrateur le plus âgé. Toutefois, lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Article 28 • Composition

Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants. Le nombre d'administrateurs est compris entre 10 administrateurs au moins et 15 administrateurs au plus. L'Assemblée Générale fixe préalablement à chaque élection le nombre de poste d'administrateurs à pourvoir.

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

Toute élection ou nomination intervenant en méconnaissance de ces dispositions est nulle.

Il est recherché une représentation équilibrée des femmes et des hommes conformément aux dispositions de l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité.

Article 29 • Présentation des candidatures

Les déclarations de candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception reçue quinze jours calendaires au moins avant la date de l'Assemblée Générale.



STATUTS de la mutuelle

Article 30 • Modalités de l'élection

Les membres du Conseil sont élus à bulletins secrets (papiers et/ou vote électronique conformément à l'article "Modalités de participation à l'Assemblée Générale" des présents statuts), par l'Assemblée Générale, au scrutin uninominal à un tour.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au candidat dont l'élection permet d'atteindre l'objectif de parité prévu à l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité soit une part minimale de sièges pour les personnes de chaque sexe au moins égale à 40 %. Si l'objectif est déjà atteint ou ne peut être atteint à défaut de candidatures suffisantes, l'élection est acquise au plus âgé.

Article 31 • Durée du mandat

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de 6 ans.

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

Les membres suppléants ou ceux qui ont été élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre de la mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 29 ;
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L. 114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article ;
- un mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité ; lorsque, absents sans motif valable à trois séances dans l'année, le Conseil d'Administration les a déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions, la ratification de cette décision étant soumise à l'Assemblée Générale.

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

Article 32 • Renouvellement du Conseil d'Administration

Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les 2 ans. Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel les membres seront soumis à réélection.

Article 33 • Vacance

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

Les candidats à la cooptation doivent satisfaire aux conditions fixées à l'article "Conditions d'éligibilité - Limite d'âge" et leur candidature être formalisée dans les conditions prévues à l'article "Présentation des candidatures". Lesdits dossiers sont transmis au Président / aux administrateurs au moins quinze jours avant la date de la réunion du Conseil d'Administration devant statuer sur la cooptation.

Le Conseil d'Administration examine la conformité des candidatures au regard des conditions susvisées. Il vérifie ensuite qu'elles ne portent pas atteinte aux intérêts de la Mutuelle. Ils sont ensuite soumis au vote du Conseil d'Administration hors la présence des candidats dans les conditions prévues à l'article "Délibérations du Conseil d'Administration". En cas de pluralité de candidats pour un même poste, le Conseil d'Administration procède à une élection selon les conditions prévues à l'article "Modalités de l'élection" des présents statuts.

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée Générale. La non-ratification par celle-ci de la nomination

faite par le Conseil d'Administration entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

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

En cas de vacances pour quelles que causes que ce soit, donnant lieu aux situations suivantes :

- si le nombre d'administrateurs devient inférieur au minimum légal, le Président du Conseil d'Administration fait procéder en urgence à un appel à candidatures au Conseil puis convoque au plus tôt une Assemblée Générale qui élit la totalité des membres d'un nouveau Conseil. A défaut de convocation, les dispositions prévues au I de l'article L. 114-8 du Code de la mutualité s'appliquent ;
- si le nombre d'administrateurs devient inférieur au minimum statutaire mais au moins égal au minimum légal, le Conseil d'Administration peut procéder à des élections complémentaires d'administrateurs. Pour ce faire, il fait procéder en urgence à un appel à candidatures pour pourvoir les postes vacants. Après avoir reçu les candidatures, le Président du Conseil d'Administration convoque alors immédiatement une Assemblée Générale qui élit les administrateurs complémentaires nécessaires. Les administrateurs élus achèvent le mandat de ceux qu'ils remplacent.
- si le nombre d'administrateurs restant est au moins égal au minimum statutaire, le Conseil d'Administration peut décider d'organiser une élection pour pourvoir aux postes vacants dans le cadre de la prochaine Assemblée Générale. Les administrateurs élus achèvent le mandat de ceux qu'ils remplacent.

SECTION II • Réunions du Conseil d'Administration

Article 34 • Réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins quatre fois par an, au siège social ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation, et chaque fois qu'il le jugera opportun.

Elle est envoyée aux membres du Conseil d'Administration 5 jours calendaires au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du Conseil. Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance.

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

La participation et le vote au Conseil d'Administration en visioconférence ou télécommunication est possible. Sont réputés présents les administrateurs et les représentants des salariés de la Mutuelle qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication garantissant leur participation effective. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Article 35 • Délibérations du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président de séance est prépondérante.

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

SECTION III • Attributions du Conseil d'Administration

Article 36 • Compétences du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.



STATUTS de la mutuelle

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration :

- arrête les comptes annuels, et le cas échéant les comptes consolidés ou combinés et établit, conformément à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité, un rapport de gestion et le cas échéant un rapport de gestion groupe ;
- et établit :
 - un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes mentionnées à l'article L. 212-6 du Code de la Mutualité ;
 - un rapport sur les décisions prises dans les domaines des opérations individuelles et collectives ;
 - le cas échéant, un rapport annuel sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion, visés aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la mutualité, qu'il présente à l'Assemblée Générale.

Il établit également :

- le rapport annuel sur les procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable prévu à l'article R. 341-9 du Code des assurances ;
- le rapport annuel sur le contrôle interne prévu à l'article R. 336-1 du Code des assurances y compris celui afférent au dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application de l'article A. 310-9 du Code des assurances ;
- le rapport sur la solvabilité et la situation financière destiné au public visé à l'article L. 355-5 du Code des assurances (SFCR) ;
- le rapport régulier à l'autorité de contrôle (RSR) ;
- les états quantitatifs annuels et trimestriels ;
- le rapport à l'autorité de contrôle sur l'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA) mentionné à l'article L. 354-2 du Code des assurances.

Qu'il transmet à l'autorité de contrôle.

Il délibère au moins une fois par an sur la politique des placements.

Il fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière.

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

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-5 du code de la mutualité, les modifications des règlements des opérations individuelles font l'objet d'une notification aux membres participants ou honoraires.

Le Conseil d'Administration décide de la conclusion de traités de réassurance auprès d'un réassureur dans le cadre des règles générales définies par l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration procède à la mise en place du Comité d'Audit.

Il approuve toutes les politiques écrites imposées par la réglementation et notamment celles relatives à la gestion des risques, au contrôle interne, à l'audit interne et le cas échéant, à l'externalisation.

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

Il fixe les conditions de versement des aides exceptionnelles allouées aux membres participants et à leur famille. Il peut déléguer ses pouvoirs en cette matière à une commission spécifique "Action Sociale" composée d'administrateurs ;

Le Conseil d'Administration est compétent pour décider d'agir en justice tant en demande qu'en défense. En cas d'urgence, le Président est compétent pour agir seul sous réserve de ratification de sa décision par le Conseil d'Administration.

Article 37 • Délégations d'attribution par le Conseil d'Administration

Le Conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs soit au bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

Article 38 • Délégation spéciale du Conseil d'Administration au Président ou au dirigeant opérationnel

Le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de sa compétence en matière de fixation des montants ou des taux de cotisations et des prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'Administration ou au dirigeant opérationnel.

Article 39 • Nominations

Le Conseil d'Administration nomme, sur proposition du Président, le dirigeant opérationnel qui ne peut être un administrateur et fixe le montant de sa rémunération. Il approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle.

Le dirigeant opérationnel est révocable à tout moment par le Conseil d'Administration selon la même procédure.

Outre le dirigeant opérationnel, le Conseil d'Administration peut également, sur proposition de son Président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques, dont la fonction et la situation respectent les conditions fixées par l'article R. 211-15 du Code de la mutualité.

Le Conseil d'Administration nomme la personne responsable de chacune des fonctions clés mentionnées à l'article L.211-12 du Code de la Mutualité, sur proposition du dirigeant opérationnel.

Il entend directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du dirigeant opérationnel si les membres du Conseil d'Administration l'estiment nécessaire. Il garantit l'indépendance des responsables des fonctions clés et approuve les procédures (proposées par le dirigeant opérationnel) 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.

Article 40 • Délégations de pouvoirs (dirigeant opérationnel)

Le Conseil d'Administration fixe les conditions dans lesquelles il délègue au Dirigeant opérationnel les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

SECTION IV • Statut des administrateurs

Article 41 • Situation et comportement interdits aux administrateurs

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par une mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts. Les anciens membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer des 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 42 • Conventions réglementées soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration

Toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

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

Les conventions auxquelles un administrateur ou un dirigeant opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée, ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs, le(s) dirigeant(s) salarié(s) de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur,



STATUTS de la mutuelle

directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale dirigeant de ladite personne morale, sont soumises à l'autorisation du Conseil d'Administration.

Les conventions intervenant entre un administrateur ou un dirigeant opérationnel de la mutuelle et une personne morale appartenant au même groupe, au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité, sont soumises aux mêmes dispositions. Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L. 114-35 du Code de la mutualité.

Article 43 • Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur les opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou le dirigeant opérationnel, sont communiquées par ce dernier au Président du Conseil d'Administration. La liste et l'objet des dites conventions sont communiquées par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées par le Code de la mutualité.

Article 44 • Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers. Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur et de dirigeant opérationnel, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

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

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

Article 45 • Indemnités versées aux Administrateurs

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

Article 46 • Remboursement des frais aux administrateurs

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

Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

Article 47 • Obligations des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Les administrateurs disposent de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience nécessaires. Ils sont tenus de suivre des formations régulièrement dans le cadre de leurs missions au sein de la mutuelle. La mutuelle propose aux administrateurs des actions de formation adaptées à l'exercice de leurs missions et de leurs responsabilités. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel. Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une Union ou une Fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard (dans les mutuelles d'entreprises : ils sont également tenus de faire connaître les intérêts qu'ils détiennent ou envisagent de prendre dans l'entreprise au sein de laquelle la mutuelle est constituée, personnellement ou par personne interposée).

Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

Article 48 • Responsabilité

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la mutuelle ou envers un tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion. La mutuelle étant une personne morale représentée par le Conseil d'Administration, elle peut être déclarée responsable pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du Code pénal.

Les peines encourues par les personnes morales sont :

- 1 - L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du Code pénal ;
- 2 - Les peines mentionnées à l'article 131-39 du Code pénal. L'interdiction mentionnée à l'article 131-39 du Code pénal porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

CHAPITRE 3 • Président et Bureau

SECTION I • Composition, élection, réunions

Article 49 • Élection du président et du bureau

Le bureau est élu parmi les membres du Conseil d'Administration à bulletins secrets, dans les conditions suivantes : le Président et les membres du bureau sont élus pour deux ans, par le Conseil d'Administration, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale statuant sur le renouvellement partiel du Conseil d'Administration. Ils sont rééligibles.

Article 50 • Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-Président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le Vice-Président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

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

Article 51 • Composition du bureau

Le bureau est composé de la façon suivante :

- 1 Président
- 2 Vice-Présidents dont :
 - 1^{er} Vice-Président
 - 2^e Vice-Président
- 1 Trésorier
- 1 Trésorier adjoint
- 1 Secrétaire
- 1 secrétaire adjoint

Article 52 • Réunions et délibérations

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

La convocation est envoyée aux membres du bureau cinq jours calendaires au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. Le bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. En cas de partage des voix, la voix du Président de séance est prépondérante.

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



STATUTS de la mutuelle

SECTION II • Attributions des membres du bureau

Article 53 • Attributions

Le bureau exerce les attributions qui lui sont déléguées par le Conseil d'Administration ; il étudie toute question et instruit tout dossier en vue de leur présentation au Conseil d'Administration.

CHAPITRE 4 • Dispositions diverses

Article 54 • Principes de réassurance

- 1 - La mutuelle peut librement accepter en réassurance les engagements mentionnés dans son objet social.
- 2 - La mutuelle pourra se réassurer librement auprès d'entreprises régies ou non par le Code de la mutualité. En ce cas, la décision de réassurer tout ou partie des risques couverts par la Mutuelle auprès d'une entreprise non régie par le Code de la mutualité est prise par le Conseil d'Administration, conformément à l'article "Compétences du Conseil d'Administration" des statuts, en conformité avec les règles générales de cession décidée par l'Assemblée Générale. Pour ce faire, avant toute signature d'un contrat, il procède par mise en concurrence des organismes.

Article 55 • Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, l'Assemblée Générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce. Le Président convoque le commissaire aux comptes à toute Assemblée Générale.

Le commissaire aux comptes porte à la connaissance du Conseil d'Administration les contrôles et vérifications auxquels il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par les articles L. 822-9 à L. 822-18 et suivants du Code de commerce, sous réserve des dispositions du Code de la mutualité. Il signale dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

Article 56 • Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement de la mutuelle est fixé à la somme de 500 000 euros. Son montant sera augmenté du montant des droits d'adhésion reçu et selon les besoins, par décision de l'Assemblée Générale.

Article 57 • Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution volontaire de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article L. 212-14 du Code de la mutualité ainsi qu'à l'article "Modalités de vote de l'Assemblée Générale" des statuts.

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

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des administrateurs, des dirigeants effectifs et des membres de commissions. L'Assemblée

Générale, régulièrement constituée, conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement.

Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs. Elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale, statuant dans les conditions prévues ci-dessus, à d'autres mutuelles ou unions, ou au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la mutualité.

Article 58 • Comité d'Audit interne

La Mutuelle est dotée d'un Comité d'Audit Interne en charge d'assurer le suivi des prestations relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières.

Il ne peut être composé que d'administrateurs. Un membre au moins doit présenter des compétences en matière financière ou comptable et être indépendant au regard de critères précisés et rendus publics par le Conseil d'Administration.

Cependant, il peut être complété de deux membres extérieurs au plus, désignés par le Conseil d'Administration en raison de leurs compétences. Le Président du Conseil d'Administration ne peut pas être membre du Comité d'Audit Interne.

Le Conseil d'Administration fixe le nombre des membres (administrateurs et membres externes) du Comité d'Audit Interne.

Les membres du Comité d'Audit Interne élisent le Président dudit Comité pour une durée de deux (2) ans.

CHAPITRE 5 • Le mandataire mutualiste

Article 59 • Définition et mode de désignation

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

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

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

Le mandataire mutualiste doit rendre compte annuellement de la réalisation de ces missions.

Article 60 • Formation

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.

Article 61 • Indemnisations

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés dans les conditions définies par l'article "Remboursement de frais aux administrateurs" des présents statuts. ■