



Harmonie
mutuelle

GROUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

PROTECTION EMPRUNTEUR

CONDITIONS GÉNÉRALES

Statuts de la Mutuelle

Approuvés par l'assemblée générale du 6 juillet 2021

Titre I

FORMATION, RAISON D'ETRE ET OBJET DE LA MUTUELLE

Chapitre I

FORMATION, RAISON D'ETRE ET OBJET DE LA MUTUELLE

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

1.1 Dénomination

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

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

1.2 Raison d'être

En application de l'article L110-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle s'est fixée comme raison d'être :

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

Article 2 • Siège de la Mutuelle

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

Article 3 • Objet et mission de la Mutuelle

3.1 Objet et champ d'activité

La Mutuelle a pour objet :

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

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

2°) d'assurer la prévention des risques de dommages corporels, de mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires ou sociales dans la mesure où cette activité est accessoire et accessible uniquement :

- à ses membres participants et à leurs ayants droit, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ;
- aux souscripteurs d'un contrat proposé par une entreprise relevant du Code des assurances, par une institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale ou par une autre mutuelle d'assurance et ayant passé une convention avec elle, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat passé avec les souscripteurs.

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

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

Elle peut également :

- se substituer intégralement aux mutuelles ou unions qui le demandent, dans les conditions prévues par l'article L.211-5 du Code de la Mutualité ;
- céder en réassurance, à tout organisme autorisé à pratiquer cette activité et quel que soit son statut juridique, tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue. La conclusion de traités de réassurance auprès d'un réassureur non régi par le Code de la Mutualité relève de la décision du conseil d'administration de la Mutuelle ;
- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance et conclure des contrats collectifs à adhésion facultative ou à adhésion obligatoire, au profit de ses membres, afin qu'ils puissent bénéficier d'autres prestations d'assurance définies par l'article L.111-1 I 1°) et ce, dans le respect des exigences de l'article L.116-1 du Code de la Mutualité ;
- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance, conformément à l'article L.116-2 du Code de la Mutualité ;

- gérer accessoirement des aides relevant d'un fonds d'action sociale, sous les conditions et dans les limites définies par l'article L.111-1 III du Code précité ;
- proposer ses produits à des ressortissants étrangers résidant au sein de l'Espace Économique Européen ou dans tout autre État, par l'ouverture de succursales.

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

Elle peut offrir à ses membres participants et à leurs ayants droit l'accès à des réalisations sanitaires, sociales et culturelles, par la signature de conventions avec d'autres mutuelles ou unions régies par le Livre III du Code de la Mutualité.

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

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

Enfin, elle peut créer et/ou adhérer à :

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

3.2. Mission – Objectifs sociaux et environnementaux

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

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

Article 4 • Règlements mutualistes

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

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

Article 5 • Règlement intérieur

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

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

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

Chapitre II

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

Section 1

Adhésion

Article 6 • Définition des membres

La Mutuelle admet des membres participants et des membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques faisant acte d'adhésion dans les conditions fixées par l'article 9 ou par l'article 10 des

présents statuts, qui, en échange du paiement régulier de leur cotisation, bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle à laquelle elles ont adhéré.

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

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

Article 7 • Conditions d'adhésion des membres participants

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

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

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

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

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

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

Article 8 • Ayant droit

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

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

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

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

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

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

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

I. Opérations collectives facultatives

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle et de la notice d'information qui l'accompagne.

II. Opérations collectives obligatoires

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

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

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

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

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

Section 2 Démission, radiation, exclusion

Article 11 • Démission

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

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

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

Article 12 • Radiation - résiliation

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

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

Article 13 • Exclusion

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

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

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

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

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

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

Article 14 • Conséquences au regard des cotisations

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

Article 15 • Conséquences au regard des prestations

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

Titre II

ORGANISATION CENTRALE
DE LA MUTUELLE

Chapitre I

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Section 1

Composition, élections

Article 16 • Composition

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

Article 17 • Sections de vote

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

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

L'assemblée générale est composée de :

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

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

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

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

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

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

Sont rattachés à la section de vote « Europe » :

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

Article 18 • Nombre de délégués - Élection de délégués

18.1 Sections de vote régionales et affinitaire

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

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

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

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

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

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

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

Les délégués sont rééligibles.

18.2 Sections de vote professionnelles

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18.3 Section de vote « Europe »

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

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

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

Section 2

Réunions

Article 19 • Convocation

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

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

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

Article 20 • Modalités de convocation

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

La convocation est adressée à chaque délégué.

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

Article 21 • Ordre du jour

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

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

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

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

Section 3

Pouvoirs – Délibérations

Article 22 • Pouvoirs de l'assemblée générale

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

- les modifications des statuts ;
- les activités exercées ;
- le montant des droits d'adhésion, lorsqu'ils sont prévus par les statuts ; ce montant ne peut varier que dans des limites fixées par décret ; en tout état de cause, il est fixé une fois par an et est le même pour toutes les adhésions de l'exercice ;
- l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle ou de l'union, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44, L.114-45 et L.221-19 du Code de la Mutualité ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité ;
- le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les Livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du Code de la Mutualité ;
- le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du Code de la Mutualité ;
- l'élection des membres du conseil d'administration ;
- l'attribution d'indemnités aux administrateurs dans le cadre des dispositions prévues par le Code de la Mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles et les opérations collectives mentionnées respectivement au II et au III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité.

Article 23 • Modalités de vote des délibérations

- Sous réserve des stipulations du II ci-après, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance

ou par vote électronique est égal au quart au moins du total des délégués composant l'assemblée générale.

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

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

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

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

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

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

En cas d'impossibilité d'assister à l'assemblée générale, le délégué peut demander à voter par procuration, par correspondance ou par vote électronique.

En cas de vote par procuration, le délégué empêché peut s'y faire représenter par un autre délégué de la Mutuelle, sans toutefois que le nombre de voix exprimées par un même délégué puisse excéder trois, y compris la sienne.

Un formulaire de vote par procuration sera remis à tous les délégués lors de l'envoi de la convocation. Le texte des résolutions ainsi qu'un exposé des motifs sont joints au formulaire de vote par procuration.

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

Article 25 • Force exécutoire des décisions

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

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

Chapitre II

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1

Composition, élections

Article 26 • Composition

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

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

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

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

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

Le nombre des administrateurs âgés de plus soixante-huit ans ne peut excéder le tiers - arrondi au nombre immédiatement supérieur - des administrateurs en fonction. Lorsque cette proportion du tiers est dépassée, l'administrateur le plus âgé est réputé démissionnaire d'office. Lorsque le dépassement de ce seuil trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur ayant plus de soixante-huit ans, celui-ci est réputé démissionnaire d'office.

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

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

- d'être à jour de ses cotisations ;

- d'être âgé de dix-huit ans révolus ;
- de ne pas avoir été, au cours des trois années précédant l'élection, salarié de la Mutuelle ou de personnes morales avec lesquelles cette dernière constitue un groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité ;
- de n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Article 28 • Cumul des mandats

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

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

Article 29 • Modalités de l'élection des administrateurs

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

Article 30 • Durée et fin du mandat

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

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

Les administrateurs sont rééligibles deux fois.

• Cooptation

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

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

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

• Démission

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

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées au dernier alinéa de l'article 26 ;
- à défaut d'avoir présenté leur démission, dans les conditions définies à l'article L.114-23 du Code de la Mutualité, lorsqu'ils appartiennent à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations et que leur mandat d'administrateur au sein de la Mutuelle est le plus récent ;
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité ;
- en cas d'incapacité ou incompatibilité avec une disposition légale ou réglementaire.

• Révocation

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

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

Article 31 • Représentation des salariés au conseil d'administration

Dans le cadre de la représentation des salariés prévue par l'article L.114-16-2 du Code de la Mutualité et ainsi que prévu dans l'article 26 des statuts, deux représentants des salariés assistent avec voix délibérative aux réunions du conseil d'administration.

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

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

Section 2

Réunions

Article 32 • Convocation et réunions

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

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

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

Article 33 • Délibérations

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

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

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

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

Le conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du président ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

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

Section 3

Pouvoirs - Délégations

Article 34 • Pouvoirs

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

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

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

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

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

Le conseil d'administration entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions-clés.

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

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

Le conseil d'administration :

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

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

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

Article 35 • Force exécutoire des décisions

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

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

Article 36 • Délégations

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

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

Section 4 Statut des administrateurs

Article 37 • Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

Article 38 • Incompatibilités

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

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

Article 39 • Obligations des administrateurs

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

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

Ils sont tenus de faire connaître à la Mutuelle :

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

Article 40 • Responsabilité des administrateurs

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

Chapitre III

PRÉSIDENT, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET COMITÉ EXÉCUTIF

Section 1 Président, dirigeant effectif

Article 41 • Élection et révocation

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

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

Pour être élu au 1^{er} tour, il faut obtenir la majorité absolue des suffrages exprimés. En cas de ballottage seuls les deux candidats ayant obtenu le plus de suffrages exprimés peuvent se présenter au second tour. La majorité relative suffit pour être élu au second tour.

Le président est élu au cours de la première réunion du conseil d'administration qui suit la constitution initiale ou le renouvellement du conseil d'administration.

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

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

Article 42 • Vacance de la présidence

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

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

Section 2 Pouvoirs du président

Article 43 • Pouvoirs

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

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

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

Il engage les recettes et les dépenses.

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

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

Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier, au directeur général de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Sous réserve de l'obtention de l'accord préalable du conseil d'administration, chaque délégataire pourra à son tour déléguer les pouvoirs qu'il a ainsi reçus.

Section 3 Directeur général, dirigeant opérationnel

Article 44 • Nomination – attributions – vacance

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

Le dirigeant opérationnel porte également le titre de directeur général.

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

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

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

Il assiste à toutes les réunions du conseil d'administration.

Le directeur général propose au conseil d'administration la désignation des responsables des fonctions clés mentionnées à l'article L.211-12 du Code de la Mutualité lesquels sont placés sous son autorité.

Il soumet également à l'approbation du conseil d'administration, les procédures définissant les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent informer directement et de leur propre initiative le conseil d'administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Le conseil d'administration entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du directeur général et tout autre dirigeant effectif salarié si les membres du conseil d'administration l'estiment nécessaire. Le conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant le comité exécutif

de la Mutuelle, lequel revêt la qualité du comité spécialisé prévu à l'article L.211-13 du Code de la Mutualité.

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

Section 4

Comité exécutif

Article 45 • Composition

Le comité exécutif, comité de réflexion stratégique du conseil d'administration, est composé d'un maximum de 7 à 9 membres élus par le conseil d'administration en son sein, comprenant outre le président du conseil d'administration :

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

Le conseil d'administration peut élire parmi les membres du comité exécutif :

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

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

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

Les mandats de président et secrétaire général sont renouvelables deux fois.

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

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

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

Article 46 • Vice-président et vice-président délégué

En cas d'indisponibilité temporaire du Président, le vice-président, ou le vice-président délégué, lorsque cette fonction a été pourvue par le conseil d'administration, assume les fonctions du président prévues à l'article L.114-18 du Code de la Mutualité.

Article 47 • Secrétaire général

Le secrétaire général est responsable de la validation des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des membres.

En cas de vacance du secrétaire général, le conseil d'administration peut pourvoir provisoirement à son remplacement par un nouveau membre qui achève le mandat de son prédécesseur.

Article 48 • Trésorier général

Le trésorier général préside le comité des finances de la Mutuelle.

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

En cas de vacance du trésorier général, le conseil d'administration peut pourvoir provisoirement à son remplacement par un nouveau membre qui achève le mandat de son prédécesseur.

Article 49 • Réunions et délibérations

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

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

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

Chapitre IV

MANDATAIRES MUTUALISTES

Article 50 • Définition

Le mandataire mutualiste, en application de l'article L.114-37-1, est une personne physique, distincte de l'administrateur mentionné à l'article L.114-16, qui apporte à une mutuelle, union ou fédération, en dehors de tout

contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du ou des mandats pour lesquels il a été statutairement désigné ou élu.

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

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

Article 51 • Mandataire mutualiste

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

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

Chapitre V

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

Section 1

Comité d'audit et des risques

Article 52 • Composition

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

Article 53 • Missions

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

- de suivre le processus d'élaboration de l'information financière ;
- de suivre le processus d'élaboration des comptes annuels de la Mutuelle, d'examiner les hypothèses retenues pour les arrêtés de compte et d'étudier la pertinence du choix des principes et méthodes comptables ;
- d'assurer le suivi de la politique, des procédures et des systèmes de gestion des risques ;
- de s'assurer d'un dispositif de contrôle interne et de son efficacité ;
- d'émettre une recommandation sur les commissaires aux comptes lors de leur désignation ou de leur renouvellement par l'assemblée générale ;
- de surveiller l'exécution de la mission des commissaires aux comptes, leur mode de rémunération et leur indépendance ;
- d'approuver la fourniture des services mentionnés à l'article L. 822-11-2 du Code de Commerce.

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

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

Article 54 • Fonctionnement

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

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

Section 2

Comité des finances

Article 55 • Composition

Le comité des finances comprend 8 à 10 membres dont le trésorier général qui en est membre de droit. Les membres, autres que le trésorier général, sont désignés, pour une durée de trois ans, par le conseil d'administration étant précisé que deux membres doivent être choisis en dehors des administrateurs.

Article 56 • Missions

Le comité a notamment la charge :

- d'instruire les dossiers dont le comité exécutif a acté les principes directeurs : budget, business plan,
- de suivre l'exécution budgétaire,
- d'étudier les comptes annuels, solo et pallier de combinaison,

- d'analyser les prises de participation,
- d'étudier les dossiers de financement des grands projets,
- de vérifier l'exécution de la politique d'investissement (placements et immobilier).

Article 57 • Fonctionnement

Le comité est présidé par le trésorier général.

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

Le comité se réunit au moins 4 fois par an.

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

Section 3 Comité des mandats et d'éthique

Article 58 • Comité des mandats et d'éthique

Instance collégiale et mixte présidée par le secrétaire général et composée d'administrateurs désignés par le conseil, le comité des mandats et d'éthique est chargé :

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

Sa composition est fixée dans le règlement intérieur dudit comité.

Section 4 Comité de mission

Article 59 • Suivi de l'exécution des objectifs sociaux et environnementaux de la Mutuelle

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

59.2. Composition du comité de mission

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

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

59.3. Attributions du comité de mission

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

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

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

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

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

59.4. Fonctionnement du comité de mission

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

Chapitre VI

DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Section 1 Produits et charges

Article 60 • Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

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

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

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

Article 61 • Charges

Les charges de la Mutuelle comprennent :

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

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

Section 2 Autres dispositions

Article 62 • Fonds d'établissement

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

Il est prélevé sur les réserves de la Mutuelle.

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

Article 63 • Fonds de garantie

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

Article 64 • Exercice comptable

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

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

Titre III

ORGANISATION TERRITORIALE ET RÉGIONALE DE LA MUTUELLE

Chapitre I

LES TERRITOIRES

Article 65 • Définition des territoires

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

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

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

Chapitre II

LES RÉGIONS

Article 66 • Définition des régions

Les régions regroupent l'ensemble des territoires définis à l'article 64.

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

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

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

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

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

Article 67 • Volontaires Mutualistes

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

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

Titre IV

DISSOLUTION ET LIQUIDATION

Article 68 • Dissolution et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 23- II ci-dessus.

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

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

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

Titre V

INFORMATION DES MEMBRES

Article 69 • Étendue de l'information

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

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

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

Article 70 • Protection des données à caractère personnel

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

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

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

Titre VI

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 71 • Fonds d'action sociale

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

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

L'octroi des aides relève de la compétence du conseil d'administration, qui peut déléguer à des commissions territoriales, le soin de décider de cette attribution.

Article 72 • Médiation

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

Titre VII

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

Article 73 • Respect des engagements pris au titre de l'affiliation de la Mutuelle à l'UMG GROUPE VYV

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

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

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

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

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

Règlement intérieur de la Mutuelle

Mis à jour par l'assemblée générale du 30 juin 2020

Préambule

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

Titre I LES TERRITOIRES DE LA MUTUELLE

Chapitre I

OBJET - DÉFINITION

Article 1 • Objet

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

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

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

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

C'est un lieu :

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

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

Article 2 • Définition des territoires

La Mutuelle est organisée en territoires.

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

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

Les territoires sont regroupés en régions définies ci-après.

Ces territoires sont dénommés et répartis géographiquement ainsi qu'il suit : cf. liste des territoires et des régions p. 15.

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

- dans un État qui n'est pas partie à l'Espace Économique Européen
- dans un État partie à l'Espace Économique Européen et dont l'adhésion est à titre individuel
- soit en France non métropolitaine (ex : départements et régions d'Outremer)

sont rattachés au territoire « Ile-de-France ».

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

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

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

Chapitre II

LES ASSEMBLÉES DE TERRITOIRE

Article 3 • Composition

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

Les délégués territoriaux représentent :

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

Les volontaires mutualistes définis à l'article 66 des statuts sont désignés soit par le conseil d'administration, soit par le conseil de région, sur proposition des présidents de territoire, parmi les membres participants ou honoraires qui résident dans le territoire concerné, ou en dehors des membres de la Mutuelle dès lors qu'ils justifient un domicile dans ledit territoire.

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

Article 4 • Attributions - Convocation - Réunions

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

Il appartient à l'assemblée de territoire :

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

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

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

Chapitre III

LES CONSEILS DE TERRITOIRE

Article 5 • Composition

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

Article 6 • Attributions

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

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

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

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

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

Article 7 • Convocation - Réunions

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

Article 8 • Les présidents des conseils de territoire

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

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

Chapitre IV

LE PARLEMENT DES TERRITOIRES

Article 9 • Objet

Il est constitué un parlement des territoires dont l'objet est :

- de témoigner sur la vie des territoires et de conduire des réflexions pour leur évolution ;
- de s'assurer de la bonne dynamique du développement du militantisme sur les territoires ;

- de contribuer également à une réflexion et un débat sur une thématique proposée par la Mutuelle. Cette thématique est centrée sur des projets, ou des évolutions portant sur les services de la Mutuelle, ou sur des enjeux de santé, de société, de protection sociale, ou du système de santé.

La composition et les modalités de fonctionnement du parlement des territoires sont définies dans le règlement de territoire.

Titre II

LES RÉGIONS DE LA MUTUELLE

Chapitre I

OBJET - DÉFINITION

Article 10 • Objet

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

- de partage des expériences territoriales ;
- de coordination et de soutien afin de rendre cohérentes les politiques sur les territoires avec les orientations nationales ;
- d'enrichissement des réflexions et initiatives territoriales avant transfert au conseil d'administration ;
- de suivi des commissions nationales et d'élaboration de propositions ;
- d'arbitrage des conflits éventuels dans les territoires.

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

Article 11 • Définition des régions

Les territoires de la Mutuelle sont regroupés en régions. Ces régions sont dénommées et réparties géographiquement ainsi qu'il suit : cf. liste des territoires et des régions p. 15.

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

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

Chapitre II

LES ASSEMBLÉES DE RÉGION

Article 12 • Composition

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

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

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

Article 13 • Attributions - Convocation - Réunions

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

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

Chapitre III

LES CONSEILS DE RÉGION

Article 14 • Composition

Le conseil de région est composé :

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

Article 15 • Attributions

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

Article 16 • Convocation - Réunions

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

Article 17 • Les présidents des conseils de région

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

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

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

Chapitre IV

LE COMITÉ DES PRÉSIDENTS DE RÉGION

Article 18 • Composition

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

Article 19 • Attributions - Convocation - Réunions

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

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

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

Titre III

L'ORGANISATION DES SECTIONS PROFESSIONNELLES

Article 20 • Harmonie Entreprises

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

Harmonie Entreprises constitue un lieu :

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

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

Titre IV

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

Chapitre I

LES SECTIONS DE VOTE

Article 21 • Définition

Il est constitué de :

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre II

L'ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 22 • Le rôle des délégués à l'assemblée générale

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

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

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

Article 23 • Conditions d'éligibilité et candidatures

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

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

Sous ces réserves, les délégués sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 24 • Organisation des élections dans les sections de vote

• Modalités d'élection

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

• Détermination du nombre de sièges par section de vote

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

• Élections générales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

• Élections partielles dans la section de vote « affinitaire »

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

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

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

Chapitre III

LE DÉROULEMENT DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Article 25 • Organisation de l'assemblée générale

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

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

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

Titre V

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I

L'ÉLECTION DES ADMINISTRATEURS

Article 26 • Conditions de présentation des candidatures

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

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

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

Chapitre II

LES RÉUNIONS DU CONSEIL

Article 27 • Conseil consécutif au renouvellement total du conseil d'administration

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

Article 28 • Procès-verbal

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

Chapitre III

L'ÉLECTION DU PRÉSIDENT DE LA MUTUELLE

Article 29 • Déclarations de candidatures

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

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

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

En cas de litige, il appartient au membre qui prétend s'être porté candidat selon la procédure susvisée de le prouver en produisant l'accusé de réception ou le récépissé de dépôt de sa déclaration de candidature. L'accusé de réception d'une télécopie ou d'un mail devra nécessairement être une réponse expresse du secrétariat du président, adressée par courrier, par télécopie ou par mail.

Article 30 • Élection

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

Article 31 • Fonctionnement

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

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

Liste des territoires et des régions

Nom de la région	Nom du territoire	Code dpt	Nom du département	Territoire	Région
Ile-de-France	Ile-de-France	75	Paris	1	1
		77	Seine-et-Marne		
		78	Yvelines		
		91	Essonne		
		92	Hauts-de-Seine		
		93	Seine-Saint-Denis		
		94	Val-de-Marne		
		95	Val-d'Oise		
		900	DOM-TOM - Étranger		
	Guadeloupe	971		1	
	Martinique	972		1	
	Guyane	973		1	
	Océan indien (la Réunion - Mayotte)	974 976		1	
Hauts de France	Nord-Pas-de-Calais	59	Nord	1	1
		62	Pas-de-Calais		
	Picardie	02	Aisne	1	
		60	Oise		
		80	Somme		
Grand-Est	Ardennes	08	Ardennes	1	1
	Aube	10	Aube	1	
	Marne	51	Marne	1	
	Haute-Marne	52	Haute-Marne	1	
	Meurthe-et-Moselle	54	Meurthe-et-Moselle	1	
	Meuse	55	Meuse	1	
	Moselle	57	Moselle	1	
	Vosges	88	Vosges	1	
	Alsace	67 68	Bas-Rhin Haut-Rhin	1	
Centre Val-de-Loire	Berry	18	Cher	1	1
	Val-de-France	28	Eure-et-Loir	1	
		45	Loiret		
	Indre	36	Indre	1	
	Touraine	37	Indre-et-Loire	1	
		41	Loir-et-Cher		
Bourgogne-Franche-Comté	Côte-d'Or/ Yonne	21	Côte-d'Or	1	1
		89	Yonne		
	Nièvre	58	Nièvre	1	
	Saône-et-Loire	71	Saône-et-Loire	1	
	Franche-Comté	25	Doubs	1	
		39	Jura		
		70	Haute-Saône		
90		Territoire de Belfort			
Normandie	Eure	27	Eure	1	1
	Seine-Maritime	76	Seine-Maritime	1	
	Calvados	14	Calvados	1	
	Manche	50	Manche	1	
	Orne	61	Orne	1	
Bretagne	Côtes-d'Armor	22	Côtes-d'Armor	1	1
	Finistère	29	Finistère	1	
	Ille-et-Vilaine	35	Ille-et-Vilaine	1	
	Morbihan	56	Morbihan	1	

Nom de la région	Nom du territoire	Code dpt	Nom du département	Territoire	Région
Sud-Ouest	Aquitaine	24	Dordogne	1	1
		33	Gironde		
		47	Lot-et-Garonne		
		40	Landes		
		64	Pyrénées-Atlantiques		
	Ariège-Pyrénées	09	Ariège	1	
	Tarn-Aveyron	12	Aveyron	1	
		81	Tarn		
	Haute-Garonne	31	Haute-Garonne	1	
	Armagnac-Bigorre	32	Gers	1	
		65	Hautes-Pyrénées		
	Tarn-et-Garonne-Lot	46	Lot	1	
		82	Tarn-et-Garonne		
	Limousin	19	Corrèze	1	
		23	Creuse		
		87	Haute-Vienne		
	Cévennes	30	Gard	1	
		48	Lozère		
	Languedoc-Roussillon	11	Aude	1	
		34	Hérault		
		66	Pyrénées-Orientales		
Méditerranée	Alpes-Côte-d 'Azur-Corse	04	Alpes-de-Haute-Provence	1	1
		05	Hautes-Alpes		
		06	Alpes-Maritimes		
		20	Corse		
	Provence	13	Bouches-du-Rhône	1	
		83	Var		
		84	Vaucluse		
Atlantique	Loire-Atlantique	44	Loire-Atlantique	1	1
	Maine-et-Loire	49	Maine-et-Loire	1	
	Mayenne	53	Mayenne	1	
	Sarthe	72	Sarthe	1	
	Vendée	85	Vendée	1	
	Poitou-Charentes	16	Charentes	1	
		17	Charente-Maritime		
79		Deux-Sèvres			
86		Vienne			
Auvergne-Rhône-Alpes	Val-de-Rhône	01	Ain	1	1
		07	Ardèche		
		26	Drôme		
		38	Isère		
		69	Rhône		
	Loire	42	Loire	1	
	Pays-de-Savoie	73	Savoie	1	
		74	Haute-Savoie		
	Auvergne	03	Allier	1	
		15	Cantal		
43		Haute-Loire			
63		Puy-de-Dôme			
Total				54	11

CONDITIONS GÉNÉRALES PROTECTION EMPRUNTEUR

SOMMAIRE

Article 1 – OBJET DU CONTRAT	17
Article 2 – DEFINITIONS CONTRACTUELLES	17
Article 3 – ADHESION INDIVIDUELLE A LA MUTUELLE	18
Article 4 – RISQUES GARANTIS	19
Article 5 – TERRITORIALITE DES GARANTIES	22
Article 6 – CE QUE NE COUVRE PAS LE CONTRAT	22
Article 7 – QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?	23
Article 8 – LITIGES ET ARBITRAGES	24
Article 9 – LES OBLIGATIONS DE L'ASSURE	24
Article 10 – COTISATIONS	24
Article 11 – EXAMEN DES RECLAMATIONS – MEDIATION	24
Article 12 – PRESCRIPTION, PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX	25
Article 13 – FACULTE DE RENONCIATION	25
Article 14 – PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	25
Article 15 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME – GEL DES AVOIRS – ANTICORRUPTION	26
Article 16 – AUTORITÉ DE CONTROLE	26
ANNEXE 1 – FICHE SYNTHETIQUE DES GARANTIES ET DE LEURS PRINCIPALES CARACTERISTIQUES	27

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative N°HM-202201-J0001 est souscrit par l'Association des Mutualistes pour l'Épargne, la Prévoyance et la Santé (AMEPS), association loi 1901 dont le siège social est sis 23 boulevard Jean Jaurès – CS 51423 – 45004 Orléans Cedex 1, auprès d'Harmonie Mutuelle.

Le contrat « Protection Emprunteur » a pour objet de garantir à l'assuré titulaire d'un prêt consenti par un organisme financier, les prestations souscrites et indiquées sur la demande d'adhésion. Il est régi par le Code de la Mutualité et la législation en vigueur, ainsi que par les dispositions de la présente notice, valant conditions générales.

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS CONTRACTUELLES

Les définitions ci-après sont contractuelles et seront les seules retenues pour l'application du contrat.

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident, au sens du contrat, les infarctus, les accidents cardiovasculaires et cérébraux, les efforts de soulèvement et les pathologies soudaines.

Adhérent : personne morale ou physique membre de l'AMEPS, désignée comme telle à la demande d'adhésion, signataire de ce bulletin et acquittant les cotisations.

Assuré : personne physique domiciliée en France Métropolitaine ou DROM (hors Mayotte), sur la tête de laquelle reposent les garanties du contrat et désignée comme telle à la demande d'adhésion. Les personnes domiciliées à Monaco ne peuvent être assurées par les garanties du contrat.

Bénéficiaire : organisme financier prêteur, désigné comme tel à la demande d'adhésion, pour percevoir le capital dû en cas de décès de l'assuré. La désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par celui-ci.

Conjoint : il s'agit du conjoint de l'assuré, non séparé de droit, à défaut du concubin notoire déclaré comme tel par l'assuré à la mutuelle, ou de la personne désignée comme telle dans le cadre d'un PACS.

Consolidation : stabilisation de l'état de santé de l'assuré auquel les soins donnés ne sont plus susceptibles d'apporter d'amélioration et dont il devient possible de déterminer le degré d'invalidité.

Convention AERAS : la convention s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé permet à une personne qui a eu un problème grave de santé d'obtenir plus facilement une assurance pour un prêt immobilier ou un prêt à la consommation.

Exonération : l'assuré ayant choisi cette option de garantie peut, dans les conditions prévues aux présentes, être remboursé du paiement de ses cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail et d'Invalidité Permanente Totale.

Franchise : il s'agit d'une période de carence ne pouvant donner lieu à indemnisation. S'agissant de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail, la franchise indiquée à la demande d'adhésion est décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail.

Hospitalisation : il s'agit d'un séjour, de jour ou de nuit, dans un établissement de soins public ou privé, dans le but de traiter médicalement ou chirurgicalement une maladie ou les conséquences d'un accident garanti par le contrat.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) : l'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

- **L'assuré exerçant une activité professionnelle** au jour du sinistre est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité complète d'exercer son activité professionnelle.
- **L'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle** au jour du sinistre est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'il se trouve contraint d'observer un repos complet

et continu sur prescription médicale, l'obligeant à interrompre toutes ses activités habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles).

La prise en charge au titre de cette garantie est limitée à 1095 jours à compter de la date de l'arrêt total de travail ou de la date à laquelle l'assuré s'est vu prescrire un repos complet et continu.

Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT/IPP) :

- un assuré est en état d'Invalidité Permanente Totale lorsqu'il se trouve dans l'incapacité totale et définitive d'exercer son activité professionnelle et que son taux d'invalidité, fixé par expertise médicale au jour de la consolidation de son état de santé, est supérieur à 66% ;
- un assuré est en état d'Invalidité Permanente Partielle lorsqu'il se trouve dans l'incapacité totale et définitive d'exercer son activité professionnelle à temps plein et que son taux d'invalidité, fixé par expertise médicale au jour de la consolidation de son état de santé, est compris entre 33% et 66%.

Invalidité AERAS : conformément aux dispositions de la Convention AERAS, la mutuelle s'engage à étudier la possibilité de garantir l'assuré au titre d'une garantie additionnelle dite Invalidité AERAS dans les cas suivants :

- la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du contrat, demandée à l'adhésion, ne peut être accordée à l'assuré ;
- la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du contrat, demandée à l'adhésion, a été accordée à l'assuré avec exclusion(s) de pathologie(s) ; dans ce cas la mutuelle s'engage à étudier la possible couverture de l'assuré au titre de la garantie Invalidité AERAS s'agissant des pathologies exclues de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du contrat.

Maladie : toute altération de l'état de santé de l'assuré constatée par une autorité médicale compétente.

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

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : un assuré est en état de PTIA lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée lui procurant gain ou profit et si son état l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement d'au moins 5 des actes ordinaires de la vie, tels que définis par la Sécurité sociale. Cet état doit être constaté par expertise médicale.

Prêts couverts : Dans le cadre d'une adhésion pour laquelle la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit souscrits par l'adhérent n'excède pas 200 000 € (seuil apprécié au regard de l'ensemble des assurances de crédits souscrites ou en cours d'étude), et pour laquelle ce dernier n'aura pas atteint son 60^{ème} anniversaire au jour du remboursement du prêt objet de la demande d'assurance, seuls les prêts immobiliers suivants sont couverts :

- Prêts amortissables,
- Prêts relais.

Pour toute autre adhésion ne répondant pas aux caractéristiques énoncées ci-dessus, tout type de prêt immobilier peut être couvert, sauf crédit-bail.

Pour tout type d'adhésion, les prêts libellés en francs suisses sont également garantis, dans les conditions prévues à la présente notice d'information, et par application des dispositions suivantes :

A l'adhésion, l'adhérent indique à la mutuelle la contre-valeur en euros du prêt contracté en francs suisses ; le montant du prêt converti en euros permet de fixer le montant du capital assuré au vu de la quotité garantie. Le barème alors utilisé reste applicable pendant toute la durée du prêt et ne peut être actualisé qu'en cas de renégociation du prêt ou remboursement anticipé.

En cas de sinistre, le montant des prestations est arrêté au vu du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre, après conversion en euros selon le barème contre-valeur applicable à la même date, dans la limite du montant assuré.

La mutuelle ne garantit pas le risque de change qui est à la charge de l'adhérent et/ou de(s) assuré(s).

Quotité assurée : la quotité du prêt assuré est égale au rapport entre le capital assuré et le montant du prêt. Elle ne peut excéder par assuré 100% du montant des engagements nés du prêt garanti. La quotité assurée peut varier selon les garanties accordées : des quotités assurées distinctes peuvent être retenues d'une part pour les garanties DC/PTIA, et d'autre part pour les garanties ITT/IPP/IPT. Si le capital assuré, mentionné à la demande d'adhésion, est inférieur au montant du prêt, le capital restant dû en cas de décès ou le remboursement des échéances en incapacité invalidité est limité à la quotité assurée.

ARTICLE 3 – ADHÉSION INDIVIDUELLE À LA MUTUELLE

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'AMEPS qui remplissent les conditions définies ci-après. L'adhésion donne la qualité de membre participant, dénommé ci-après adhérent de la mutuelle. L'adhérent indique sur la demande d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites et reconnaît avoir pris connaissance et reçu les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle.

CONDITIONS D'ADHÉSION

Les conditions d'adhésion varient selon que l'assurance demandée donne lieu ou non à la réalisation de formalités médicales sollicitées par la mutuelle.

Conditions d'adhésion communes à toute demande d'assurance (avec ou sans formalités médicales) :

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, vous devez, au jour de la signature de la demande d'adhésion :

- être âgé de 18 ans à :
- 79 ans inclus pour la garantie « décès »,
- 68 ans inclus pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP), Exonération,
- avoir la qualité d'emprunteur, co-emprunteur, caution ou assimilé ; seules les garanties « Décès/PTIA » peuvent être souscrites par un assuré ayant la qualité de caution ou assimilé,
- exercer une activité professionnelle pour les garanties ITT/IPP/IPT et Exonération
- résider en France Métropolitaine ou DROM, exception faite de Mayotte,
- ne pas résider à Monaco,
- être membre de l'AMEPS,
- remplir et signer une demande d'adhésion,
- accepter de vous soumettre, le cas échéant, aux formalités médicales ou formalités supplémentaires, jugées nécessaires par la mutuelle.

Cette dernière se réserve alors le droit de différer l'adhésion, de ne l'accepter que sous certaines conditions, exclusion(s) ou surcotation(s), ou de la refuser.

- indiquer votre activité professionnelle,
- régler la première cotisation.

Pour tout adhérent à la retraite ou en préretraite, seuls les risques décès/PTIA sont couverts ; l'assuré exerçant une activité professionnelle dans le cadre de missions intérimaires ou d'emplois saisonniers ne peut être couvert au titre des garanties ITT/IPP/IPT et Exonération.

Le montant maximum du capital qui peut être garanti en un ou plusieurs prêts, ou en cas d'adhésions multiples au contrat collectif

« Protection Emprunteur », et ce pour un même assuré, est limité à 4 000 000 euros pour l'ensemble des garanties, dans la limite d'une échéance mensuelle de 15 000 euros pour les garanties ITT et IPP/IPT.

Ces limites s'entendent sauf dérogation stipulée en conditions spéciales sur le certificat d'adhésion, et ce après acceptation par la mutuelle sur la base d'une étude et d'une tarification sur mesure.

Conditions d'adhésion spécifiques supplémentaires en l'absence de réalisation de formalités médicales (les adhésions concernées par l'absence de sélection médicale sont celles pour lesquelles la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit souscrits par l'adhérent n'excède pas 200 000 €, et pour lesquelles ce dernier n'aura pas atteint son 60^{ème} anniversaire au jour du remboursement du prêt objet de la demande d'assurance) :

- être âgé de 18 ans à 49 ans inclus,
- demander l'assurance d'un prêt contracté concomitamment à votre demande d'adhésion, ou bien contracté antérieurement et déjà assuré au titre de l'assurance groupe proposée par votre établissement prêteur,
- exercer effectivement votre activité professionnelle, sans réduction de votre durée de travail du fait de raisons médicales ; toutefois, en cas de congé parental, sabbatique, congé paternité, maternité, le candidat à l'assurance peut souscrire à l'ensemble des garanties du contrat.

Le candidat à l'assurance sans emploi, mais à la recherche active d'un emploi et indemnisé par Pôle Emploi au titre de l'ARE (Aide au Retour à l'Emploi), peut souscrire à la garantie ITT, ainsi qu'aux garanties DC/PTIA.

- demander l'assurance d'un prêt immobilier destiné à l'acquisition de votre résidence principale ou secondaire, ou bien destiné à la location du bien à acquérir.

FORMALITÉ D'ADHÉSION

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, chaque candidat à l'assurance doit satisfaire aux formalités administratives qui lui sont demandées ainsi que le cas échéant aux formalités médicales requises en fonction de son âge, des montants garantis et de son état de santé.

PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion au contrat prend effet à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion délivré par la mutuelle à l'adhérent.

Prise d'effet des garanties

Sous condition du paiement de la première cotisation, les garanties prennent effet à la date de signature de l'offre de prêt relatif à l'emprunt assuré ou à la signature de l'acte de cautionnement et au plus tôt à la date d'effet indiquée sur le certificat d'adhésion.

Garantie provisoire décès accidentel

Pendant la période d'accomplissement des formalités d'acceptation du risque, l'assuré est garanti contre le risque de décès suite à accident dans la limite de 300 000 euros et sous réserve des limites et exclusions prévues au contrat. La date d'effet de cette garantie est la date de signature de la demande d'adhésion. La garantie prend fin au jour de notification par la mutuelle de refuser ou d'accepter le risque et au plus tard 60 jours après la date d'effet de cette garantie. Le bénéficiaire de cette prestation est le conjoint de l'assuré, à défaut les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut ses héritiers légaux, sauf désignation contraire de sa part ; si l'assuré est dirigeant d'une entreprise adhérente, le bénéficiaire en cas de décès est l'entreprise elle-même.

Durée de l'adhésion et des garanties

La durée de l'adhésion est celle prévue au certificat d'adhésion, mais ne peut dépasser 35 ans pour les prêts amortissables et 30 ans pour tous les autres types de prêts (y compris prolongation

maximum de 5 ans pour les prêts modulables et différés d'amortissement d'une durée maximum égale à celle prévue par la réglementation en vigueur pour les prêts à taux zéro).

Les garanties peuvent, en cours de vie de l'assurance, être modifiées à la demande de l'adhérent (augmentation ou adjonction de garanties, diminution ou suppression de garanties) ; toute diminution ou suppression de garantie nécessite l'accord écrit de l'organisme financier prêteur.

En cas de résiliation du contrat collectif, les garanties se poursuivent en l'état jusqu'à leur terme.

Toute modification de la définition des risques garantis ou des modalités de mise en jeu de l'assurance nécessite l'acceptation de l'assuré.

Cessation de l'adhésion

L'adhésion au contrat cesse :

- en cas de survenance de toute cause d'exigibilité immédiate des sommes restant dues au prêteur prévue aux conditions générales du contrat de prêt, l'assuré ne faisant alors plus partie du groupe assuré ;
- à la date d'expiration normale ou anticipée des engagements de l'assuré emprunteur vis-à-vis de l'organisme financier.

Lorsque la cessation des garanties intervient suite au rachat du crédit ou en cas de renégociation, auprès de l'organisme financier prêteur d'origine, l'assuré dispose de la faculté de solliciter auprès de la mutuelle la mise en place d'une nouvelle assurance sans qu'aucune formalité médicale ne lui soit demandée.

La mise en œuvre de cette faculté nécessite :

- que le nouveau capital à assurer ne soit pas supérieur au capital assuré restant dû au titre du précédent contrat d'assurance,
 - que la demande d'assurance soit formulée dans le délai maximum de 6 mois suivant le rachat de crédit ou sa renégociation.
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'adhérent : la résiliation de l'adhésion par l'adhérent peut être demandée à tout moment, selon les modalités ci-dessous :
- soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou chez son représentant ;
 - soit par acte extrajudiciaire ;
 - soit dans le cadre de la conclusion du contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La mutuelle confirme à l'adhérent, par écrit, la notification de la résiliation, sous réserve de l'accord de l'organisme financier prêteur.

L'adhérent notifie selon ces mêmes modalités à la mutuelle la décision de l'organisme financier prêteur d'acceptation ou de refus d'un autre contrat d'assurance en substitution de l'actuel contrat ainsi que la date d'effet du nouveau contrat substitué en cas d'acceptation.

La résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par la mutuelle de la décision de l'organisme financier prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par ce dernier si celle-ci est postérieure.

En cas de refus par le prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

NB : dans tous les cas, la résiliation demandée par l'adhérent est effective sous réserve du consentement écrit de l'organisme financier ayant consenti le prêt ; en cas de résiliation à l'initiative de la mutuelle celle-ci s'engage à informer par courrier l'organisme financier prêteur réputé bénéficiaire acceptant.

La mutuelle informera annuellement l'adhérent de son droit à résiliation, des modalités d'exercice de ce droit, ainsi que des délais de notification à respecter, ce sur support papier ou tout autre support durable.

- en cas de décès ou au jour de la reconnaissance de l'état de PTIA de l'Assuré,

- en cas de non-paiement des cotisations,

- au 90^{ème} anniversaire de l'assuré.

Cessation des garanties

Les garanties prennent fin en même temps que l'adhésion au contrat cesse.

Pour chaque assuré, la garantie prend fin :

- au 90^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie Décès
- au 70^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- au jour du départ en retraite ou préretraite et au plus tard jusqu'à son 70^{ème} anniversaire pour les garanties « Incapacité Temporaire Totale de travail », « Invalidité Permanente Totale ou Partielle » et « Exonération ».

Les âges indiqués ci-dessus s'entendent par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année considérée.

ARTICLE 4 – RISQUES GARANTIS

GARANTIES DÉCÈS ET PTIA :

L'assuré est couvert au titre de ces garanties pour toute la durée du prêt dès lors que son âge en fin de prêt n'excède pas son 90^{ème} anniversaire.

La mutuelle, selon les modalités prévues au certificat d'adhésion, verse à l'organisme financier prêteur désigné comme tel au certificat d'adhésion un capital tel que défini ci-dessous :

- dans le cas d'un prêt amortissable (y compris prêts modulables) sans différé d'amortissement de capital et d'intérêts : la quotité assurée du montant du capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance par la mutuelle de l'état de PTIA,
- dans le cas d'un prêt amortissable avec différé d'amortissement de capital et d'intérêts : pendant la période de différé, la quotité assurée de la somme totale restant due (capital majoré des intérêts de différé) au jour du décès ou de la reconnaissance par la mutuelle de l'état de PTIA,
- dans le cas d'un prêt relais ou d'un prêt in fine : la quotité assurée du capital mentionné au certificat d'adhésion.

Dans tous les cas, les mensualités du prêt restées impayées au jour du décès ou de la reconnaissance de l'état de PTIA ne seront pas prises en charge par la mutuelle.

GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) – INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) OU PARTIELLE (IPP) :

Incapacité Temporaire Totale de travail

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'assuré consécutive à une maladie ou un accident, la mutuelle lui verse une prestation correspondant au montant des échéances du prêt garanties telles que définies ci-dessous, à l'expiration d'un délai de franchise choisi par l'adhérent lors de l'adhésion, tel qu'indiqué au certificat d'adhésion.

- L'assuré inactif au jour du sinistre bénéficie d'une prise en charge identique à celle de l'assuré exerçant alors une activité professionnelle.

L'assuré est couvert au titre de ces garanties jusqu'au jour du départ en retraite ou préretraite et au plus tard à son 70^{ème} anniversaire.

Les options de franchise proposées à l'adhérent sont les suivantes : 30 / 60 / 90 / 120 / 180 jours continus d'arrêt de travail.

Temps partiel thérapeutique : pour l'assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre, en cas de reprise partielle du travail dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique prescrit par son médecin traitant, et sauf si l'assuré peut bénéficier d'une prise en charge au titre de l'IPP, la mutuelle poursuivra la prise en charge des mensualités à hauteur de 50 % de la quotité garantie, pendant toute la durée du temps partiel thérapeutique, dans

la limite de 6 mois, sous réserve de production par l'assuré des justificatifs correspondants.

Si une expertise médicale diligentée par la mutuelle détermine que l'incapacité n'est plus totale (hors cas de la reprise à temps partiel thérapeutique médicalement prescrite) ou n'est pas justifiée, la prise en charge est interrompue.

Rechute : en cas de rechute de l'assuré dans un délai maximum de 60 jours suivant la reprise d'activité, sous réserve que la preuve soit apportée que le nouvel arrêt de travail résulte des mêmes causes que le précédent arrêt ayant donné lieu au versement des prestations, la mutuelle prend en charge le montant des échéances postérieures à la date du nouvel arrêt de travail, sans imposer un nouveau délai de franchise. Ces mêmes dispositions sont applicables à l'assuré sans activité professionnelle et auquel un nouveau repos total a été prescrit du fait de son état de santé.

A l'issue des limites d'indemnisation de la garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail » prévues au contrat, le maintien de la prise en charge est examiné au titre de la garantie « Invalidité Permanente Totale ou Partielle ».

Invalidité Permanente Totale ou Partielle

Lors de l'adhésion, l'adhérent a le choix entre 2 options de garanties :

- l'invalidité permanente totale uniquement (>66%, taux en orange foncé dans le tableau)
- l'invalidité permanente totale (>66%) ou partielle (comprise entre 33% et 66%, taux en orange clair dans le tableau).

Des taux d'invalidité inférieurs à 33% (en blanc dans le tableau) ne peuvent donner lieu à aucune prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

- L'assuré est couvert au titre de ces garanties jusqu'au jour du départ en retraite ou préretraite et au plus tard à son 70^{ème} anniversaire.

En cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle de l'assuré, en fonction de l'option choisie à l'adhésion et indiquée au certificat d'adhésion, la mutuelle verse à l'assuré, tout ou partie des échéances du prêt garanties dès la date de consolidation de l'état de santé, ce en fonction du taux d'invalidité défini au vu du tableau ci-dessous.

Il est également possible pour l'assuré, au moment de la survenance du sinistre au titre d'une Invalidité Permanente Totale, d'opter pour le versement de la quotité assurée du montant du capital restant dû en lieu et place de la prise en charge des échéances de prêt garanties, sous réserve de l'accord du Service Médical de la mutuelle.

La franchise s'applique si l'invalidité n'est pas consécutive à une incapacité temporaire totale de travail déjà indemnisée au titre du contrat.

Le taux d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle est à la fois fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle de l'assuré. Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi de 0% à 100%. Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale, consécutive à l'accident ou la maladie. Il est fixé par expertise et par référence au barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun édité par la revue « Le Concours Médical ».

Le taux d'incapacité professionnelle est établi de 0% à 100%. Il est fixé par expertise. Il est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée.

Le taux d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle est par conséquent déterminé en fonction des deux taux définis ci-dessus d'après le tableau ci-après :

Taux d'incapacité Professionnelle (%)	Taux d'incapacité Fonctionnelle (%)									
	10 à 19	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	60 à 69	70 à 79	80 à 89	90 à 99	100
10 à 19	10	16	21	25	29	33	37	40	43	46
20 à 29	13	20	26	32	37	42	46	50	55	58
30 à 39	14	23	30	36	42	48	53	58	62	67
40 à 49	16	25	33	40	46	52	58	63	69	74
50 à 59	17	27	36	43	50	56	63	68	74	79
60 à 69	18	29	38	46	53	60	66	73	79	84
70 à 79	19	30	40	48	56	63	70	77	83	89
80 à 89	20	32	42	50	58	66	73	80	87	93
90 à 99	21	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100	22	34	45	54	63	71	79	86	93	100

Si le taux d'invalidité « N », déterminé à partir des taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle tels que définis ci-dessus, est :

- Supérieur à 66% : l'assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale. Les mensualités du prêt sont prises en charge en totalité, ce en fonction de la quotité assurée,
- Compris entre 33% et 66% : l'assuré est considéré en Invalidité Permanente Partielle. La prise en charge par la mutuelle des mensualités du prêt est calculée par application de la formule suivante : $[(N - 33\%) / 33] \times \text{montant de l'échéance de prêt} \times \text{quotité assurée}$.

Si le résultat obtenu après application de la formule est inférieur à 50, la mutuelle prendra néanmoins en charge les mensualités de prêt en fonction de la quotité assurée à hauteur de 50%.

La mutuelle aura la possibilité de réviser ce taux, après un nouvel examen médical, en augmentation ou en diminution, selon l'évolution de l'invalidité de l'assuré.

L'appréciation faite par la mutuelle de l'état d'invalidité de l'adhérent, et les modalités de fixation des taux telles que décrites ci-dessus, sont indépendantes de celles retenues par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

Les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à la mutuelle.

Un assuré ne peut être considéré en Invalidité Permanente Totale s'il continue d'exercer une activité professionnelle.

- Echéances du prêt garanti en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

Les prestations garanties sont forfaitaires et sont servies sans référence aucune à la perte de revenus subie par l'assuré.

La mutuelle prend en charge les échéances du prêt au prorata du nombre exact de jours d'arrêt de travail (ou éventuellement du nombre de jours de repos complet médicalement prescrit pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre) justifiés et décomptés depuis la fin du délai de franchise, dans les conditions suivantes :

- pendant la période d'amortissement (y compris prêts modulables) : le montant des échéances prévues au tableau d'amortissement du prêt, selon la quotité assurée,
- pendant la période de différé d'amortissement : les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée,
- pour les prêts relais et in fine : la prise en charge ne porte que sur la fraction d'intérêts échus. Ne sont pas couvertes les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital.

En cas de remboursements trimestriels, semestriels ou annuels du prêt, les versements prévus dans l'acte de prêt sont censés se décomposer en paiements mensuels égaux et échelonnés.

GARANTIE EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE :

L'adhérent ayant choisi cette option de garantie, mentionnée au certificat d'adhésion, se voit rembourser les cotisations réglées au titre du contrat en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale, ce dans les conditions ci-après.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale de l'assuré, l'adhérent bénéficie du remboursement des cotisations réglées au titre de l'ensemble des garanties souscrites, ce pour toute la période d'arrêt de travail donnant lieu à prise en charge, déduction faite du délai de franchise applicable au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale de travail/ Invalidité Permanente Totale.

L'exonération prend fin dans les mêmes conditions que celles prévues pour les garanties « Incapacité Temporaire Totale de travail/Invalidité Permanente Totale ».

Les garanties « Incapacité Temporaire Totale de Travail/Invalidité Permanente Totale ou Partielle/Exonération » ne peuvent être souscrites qu'en complément des garanties « Décès/PTIA ».

La présente garantie ne couvre pas l'incapacité temporaire partielle.

Un assuré couvert exclusivement au titre des garanties « Décès/PTIA » ne peut prétendre à cette garantie.

GARANTIE INVALIDITÉ AERAS

Cette garantie est subsidiaire à la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du contrat.

La mutuelle s'engage à étudier la possibilité de proposer à l'assuré la garantie Invalidité AERAS dans les cas suivants :

- la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle demandée à l'adhésion, n'a pu être accordée à l'assuré,
- la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle a été accordée avec exclusion(s) de pathologie(s) ; dans ce cas la mutuelle s'engage à étudier la possible couverture de l'assuré au titre de la garantie Invalidité AERAS s'agissant des pathologies exclues de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

La garantie Invalidité AERAS, si elle est accordée, ne peut comporter aucune exclusion des pathologies éventuellement présentées par l'assuré au moment de son adhésion.

Cette garantie intervient lorsque, par suite d'accident ou de maladie, le taux d'incapacité fonctionnelle de l'assuré est d'au moins 70% et qu'une incapacité professionnelle a pu être constatée.

Le bénéficiaire de cette garantie est l'assuré.

En cas d'Invalidité AERAS, consécutive à une maladie ou à un accident, la mutuelle verse à l'assuré les échéances du prêt garanti telles que définies ci-dessous, dès la date de consolidation de l'état d'invalidité et dans la limite de la perte de revenus subie (cf. définition ci-après).

Echéances de prêt prises en charge

La mutuelle prend en charge les échéances du prêt garanti tant que l'invalidité est justifiée dans les conditions suivantes :

- pendant la période d'amortissement (y compris prêts modulables) : le montant des échéances prévues au tableau d'amortissement du prêt, selon la quotité assurée,
- pendant la période de différé d'amortissement : les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée,
- pour les prêts relais et in fine : la prise en charge ne porte que sur la fraction d'intérêt échu. Ne sont pas couvertes les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital. En cas de remboursements trimestriels, semestriels ou annuels du prêt, les versements prévus dans l'acte de prêt sont censés se décomposer en paiements mensuels égaux et échelonnés.

Perte de revenus subie

La perte de revenus subie est égale à la différence entre le revenu de référence et les revenus perçus au cours de la période d'invalidité indemnisée.

Le revenu de référence est égal à la moyenne mensuelle des salaires nets perçus au cours des 12 mois précédant l'incapacité de travail ayant donné lieu par la suite à l'invalidité, rapportée à la période indemnisée. Le revenu de référence est revalorisé à l'issue d'une période de 12 mois d'invalidité ; il est ensuite actualisé annuellement, au 1er juillet de chaque année, selon la formule d'indexation suivante :

$$\frac{R \times I(N)}{I(N-1)}$$

R = revenu de référence

I(N) = indice d'évolution des salaires pour l'ensemble des salariés du secteur privé publié par l'INSEE au 1er janvier de l'année en cours.

I(N - 1) = indice d'évolution des salaires pour l'ensemble des salariés du secteur privé publié par l'INSEE au 1er janvier de l'année précédente.

Le revenu perçu au cours de la période d'invalidité indemnisée est le total :

- de vos rémunérations et indemnités imposables versées par votre employeur,
- des prestations versées par votre Régime Obligatoire,
- des prestations versées par les organismes de prévoyance complémentaire.

La pension due au titre de l'Invalidité AERAS est versée mensuellement à l'assuré dès la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

Une franchise de 90 jours s'applique si l'invalidité n'est pas consécutive à une incapacité temporaire totale de travail déjà indemnisée par la mutuelle.

L'Invalidité AERAS est à la fois fonction du taux d'incapacité fonctionnelle de l'assuré et de son taux d'incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle à partir duquel une prise en charge peut être accordée est d'au minimum 70%.

Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et il est basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale, consécutive à l'accident ou la maladie. Il est fixé par expertise médicale diligentée par la mutuelle et par référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. En cas de poly-pathologies, ce taux est obtenu par sommation des taux attribués au titre de chacune des pathologies constatées. La mutuelle aura la possibilité de réviser ce taux, après expertise médicale, en augmentation ou en diminution, selon l'évolution de l'invalidité de l'assuré.

L'assuré en désaccord avec le taux d'incapacité fonctionnelle qui aura été fixé, a la possibilité de faire procéder à ses frais à une contre-expertise tel que prévue à l'article 8 du contrat « Litiges et arbitrages ». L'incapacité professionnelle est établie dès lors que l'assuré, sur présentation des justificatifs établis par son Régime Obligatoire, apparaît dans l'impossibilité totale de poursuivre l'activité professionnelle qui était la sienne antérieurement à la maladie ou à l'accident.

Les pièces justificatives de l'incapacité professionnelle sont mentionnées à l'article 7 « que faire en cas de sinistre ? ».

L'assuré exerçant une activité professionnelle ne peut percevoir une quelconque indemnisation au titre de l'Invalidité AERAS.

ÉQUIVALENCE DES GARANTIES

Afin de faciliter l'acceptation du contrat par l'établissement prêteur qui exige, dans le respect de la réglementation en vigueur, l'équivalence des garanties par rapport à son propre contrat ou au contrat substitué, la mutuelle s'engage à étudier la couverture du candidat à l'assurance en vue de lui faire bénéficier des conditions

les plus favorables entre celles prévues à la présente notice et celles prévues à la notice d'information :

- du contrat en vigueur au jour précédant le changement d'assurance dès lors que le candidat à l'assurance aurait été préalablement assuré,
- du contrat figurant à l'offre de prêt du candidat à l'assurance dès lors qu'il disposerait d'une telle offre non encore signée,
- du contrat standard distribué par l'établissement prêteur du candidat à l'assurance alors qu'il ne disposerait pas encore d'une offre de prêt de sa part.

L'étude réalisée sera faite dans la limite des garanties, quotités et franchises, mentionnées au certificat d'adhésion (pour des adhésions déjà en cours) ou requises concomitamment à la mise en place de l'offre de prêt (pour des adhésions non encore souscrites).

La mise en œuvre de l'équivalence des garanties telle que présentée ci-avant est soumise à la communication par le candidat à l'assurance, à l'attention de la mutuelle, du contrat en cours (notice d'information et certificat d'adhésion) au jour de la demande d'adhésion.

L'équivalence des garanties ne peut jouer s'agissant de prêts en cours ou quotités de ces prêts non assurés au jour de la demande d'adhésion.

Par ailleurs, l'équivalence de garanties ne peut concerner des prêts souscrits auprès d'organismes financiers prêteurs qui ne seraient pas inscrits au registre Banque de France, tels prêts des collectivités locales, prêt patronal.

ARTICLE 5 – TERRITORIALITÉ DES GARANTIES

L'assurance est valable dans le monde entier sous réserve des exclusions éventuelles indiquées au certificat d'adhésion, et ce quelle que soit la nature du déplacement (personnel, professionnel, humanitaire).

ARTICLE 6 – CE QUE NE COUVRE PAS LE CONTRAT

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

Exclusions non rachetables

L'ensemble des affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et leurs récurrences sont exclus :

Le suicide ou la tentative de suicide, conscient ou inconscient de l'assuré dans la première année de l'adhésion ; toutefois le risque de suicide sera couvert à compter de la date d'effet de l'adhésion dans la limite de 120 000 euros maximum (montant fixé par décret) pour les prêts destinés à l'acquisition de la résidence principale ;

- les conséquences de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et les protagonistes ;
- la participation de l'assuré à tout duel, délit, acte criminel ou rixe, acte de terrorisme ou de sabotage, émeute ou mouvement populaire ;
- Les effets directs et indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations, les souffles provenant des combustibles nucléaires, des produits ou déchets radioactifs, des armes ou engins destinés à exploser par modification de la structure du noyau de l'atome, des transmutations des noyaux d'atome, sauf si ces effets proviennent :
 - d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ; ou
 - d'une fausse manœuvre ou d'une erreur de la part du médecin, lors du traitement ou de l'examen de l'assuré en qualité de patient.

- les conséquences de maladie ou d'accident relevant du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire ;
- la manipulation par l'assuré ou d'un tiers, d'armes, d'explosifs et de tout autre produit dangereux dont la détention et l'utilisation sont interdites par la législation française ;
- les vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité, ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- les actes consécutifs à l'ivresse et au délire alcoolique de l'assuré lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal en vigueur, si l'assuré est reconnu responsable de l'accident,
- l'alcoolisme chronique médicalement constaté et traité, ses suites, conséquences et récurrences,
- l'usage de stupéfiants, drogues.

Les sinistres occasionnés au cours de l'exercice des sports ou activités sportives suivants, leurs suites et conséquences :

- sports de neige hors-piste ;
- base jump ;
- sky surfing ;
- sky flying ;
- saut à l'élastique ;
- zorbing ;
- VTT de descente (dans le cadre ou en dehors de toute compétition) ;
- exercices acrobatiques ;
- toute activité sportive comprenant des acrobaties ;
- les états d'invalidité préexistants à l'adhésion et ayant donné lieu à reconnaissance par le régime obligatoire de l'assuré, leurs suites et conséquences ;
- les handicaps préexistants à l'adhésion et ayant donné lieu à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés, leurs suites et conséquences.

Exclusions rachetables

La pratique à titre amateur des sports ou activités sportives suivants non pratiqués ou non déclarés par l'assuré au jour de l'adhésion :

- tout sport de combat ;
- tout sport nécessitant l'usage d'engins à moteur (terre, mer au-delà de 6 milles des côtes et air) ;
- toute activité, sportive ou de loisir, de voltige ;
- activité du cirque ;
- activité souterraine ;
- activité aérienne, fluviale (rafting, canyoning, hydrospeed) ;
- activité sportive maritime au-delà de six milles des côtes (en deçà de six milles des côtes l'assuré est garanti sous réserve d'être en conformité avec la réglementation française en vigueur) ;
- activité sportive subaquatique au-delà de 40 mètres de profondeur (en deçà de 40 mètres de profondeur, l'assuré est garanti sous réserve de justifier d'un équipement technique ainsi que d'un diplôme ad hoc requis pour cette discipline) ;
- tout sport et activité de montagne au-delà de 2500 mètres d'altitude excepté le ski et le surf des neiges pratiqués sur piste balisée, à l'exception des sports ou activités sportives listés ci-avant au titre des exclusions non rachetables. Le rachat d'exclusion permet à l'assuré souhaitant être garanti pour ces sports et activités sportives d'en faire la demande à la mutuelle lors de l'adhésion ou en cours de vie de celle-ci ; pour être garantis, ces sports et activités sportives devront avoir été préalablement déclarés et acceptés par la mutuelle et faire l'objet d'une mention particulière au certificat d'adhésion.

Par ailleurs, et ce en dehors de toute demande de l'assuré aux fins d'être garanti pour ces sports et activités sportives, ceux-ci sont automatiquement garantis dès lors qu'ils sont pratiqués à titre

amateur et de façon exceptionnelle (baptême ou initiation) dans un pays de l'Union Européenne ou dans l'un des pays suivants : Suisse, Amérique du Nord, Japon, Nouvelle-Zélande, Australie.

EXCLUSIONS PROPRES AUX GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE ET INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Exclusions non rachetables

- l'usage de produits médicamenteux ou tranquillisants non prescrits ou à dose non prescrite par une autorité médicale, ou obtenus frauduleusement ;
- les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat ;
- les congés légaux de maternité et paternité dans les conditions prévues au Code de la Sécurité sociale pour les salariés, que l'assuré soit salarié ou non ;
- les séjours, hospitalisations, interventions et cures lorsqu'ils ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une maladie ou d'un accident couvert par le contrat.

Exclusions rachetables

Les sinistres survenant à l'occasion de la pratique des professions et activités suivantes, leurs suites et conséquences :

- sportif professionnel ;
- guide de haute montagne ;
- moniteur de ski ;
- surveillance armée / maintien de l'ordre ;
- personne travaillant sur une plateforme pétrolière ;
- artiste de cinéma ou de télévision / intermittent du spectacle ;
- travaux forestiers.

Le rachat d'exclusion permet à l'assuré souhaitant être garanti pour ces professions et activités d'en faire la demande à la mutuelle lors de l'adhésion ou en cours de vie de celle-ci ; pour être garanties, ces professions et activités devront avoir été préalablement déclarées et acceptées par la mutuelle et faire l'objet d'une mention particulière au certificat d'adhésion.

Les affections « dorsales » et « psychiatriques » :

- toute atteinte et/ou affection de la colonne cervico-dorso-lombaire d'origine discale et/ou radiculaire : pincement, protrusion, tassement, hernie discale, arthrose, entraînant cervicalgies, névralgies cervicobrachiales, dorsalgies, lumbago, lombalgies, lombosacralgies, sciatalgies, sciatiques, cruralgies. Cette exclusion ne s'applique pas en cas d'origine tumorale ou s'il s'agit d'une fracture ou si une intervention chirurgicale est nécessaire durant cette incapacité de travail nécessitant une hospitalisation d'au moins 5 jours continus ; au moment de l'adhésion, l'assuré peut demander à être couvert pour l'une(les) affection(s) définie(s) ci-avant, moyennant application d'une surcotisation spécifique et après acceptation par la mutuelle.
- tout trouble fibromyalgique, toute affection psychopathologique, neuropsychique, asthéo-anxio-dépressive schizophrénie, bipolarité, troubles du comportement alimentaire, syndrome d'épuisement professionnel, syndrome d'épuisement chronique, burn out sauf maladies ayant motivé une hospitalisation d'au moins 9 jours continus en milieu psychiatrique dans les six mois suivant le 1er jour d'arrêt de travail ; au moment de l'adhésion, l'assuré peut demander à être couvert pour l'une(les) affection(s) définie(s) ci-avant, moyennant application d'une surcotisation spécifique et après acceptation par la mutuelle.

Le rachat de ces exclusions permet à l'assuré souhaitant être garanti pour ces affections d'en faire la demande à la mutuelle lors de l'adhésion, ou en cours de vie de celle-ci ; la garantie de ces affections, sans aucune condition d'hospitalisation, fait l'objet d'une mention particulière au certificat d'adhésion : garantie optionnelle « Dos » et/ou garantie optionnelle « Psy ».

ARTICLE 7 – QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

L'assuré ou le bénéficiaire, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les délais indiqués ci-dessous, doit déclarer à la mutuelle, ou par délégation à l'organisme gestionnaire désigné par lui, tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat.

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à la mutuelle (ou le cas échéant à son médecin conseil) de toutes les pièces et justificatifs nécessaires à la mutuelle pour l'étude du dossier en fonction des garanties souscrites, ces pièces étant les suivantes :

PIÈCES JUSTIFICATIVES COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES :

Un constat de gendarmerie ou rapport de police précisant la date de survenance et les circonstances de l'évènement lorsque le sinistre résulte des suites d'un accident, une attestation de l'organisme prêteur confirmant le montant de la prestation à verser, le tableau d'amortissement annexé au contrat de prêt assuré ou une copie de l'extrait de compte sur lequel figure la mensualité de prêt réglée au titre du prêt assuré.

PIÈCES JUSTIFICATIVES SPÉCIFIQUES À CHACUNE DES GARANTIES :

En cas de décès :

- un extrait d'acte de décès de l'assuré, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la mutuelle,
- un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par la mutuelle) précisant notamment les causes du décès et les circonstances dans lesquelles il s'est produit, en particulier s'il résulte d'un accident.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- la notification de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avec assistance d'une tierce personne pour accomplir au moins cinq des actes ordinaires de la vie tels que définis par la Sécurité sociale délivrée par le Régime Obligatoire,
- sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la mutuelle un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par la mutuelle) et précisant la nature et l'origine des lésions constatées médicalement ainsi que la date de reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, confirmant que l'assuré se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou lui procurant gain ou profit et l'obligeant à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir au moins cinq des actes ordinaires de la vie tels que prévus au Code de la Sécurité sociale.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

- sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la mutuelle, un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'assuré (sur imprimé type fourni par la mutuelle) précisant notamment la nature de la maladie, la date de son apparition ou s'il s'agit d'un accident la date de survenance et la nature des lésions, la durée probable de l'incapacité temporaire totale, la date et l'importance de l'invalidité retenue,
- les certificats médicaux d'arrêt de travail et de prolongation, la notification d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de tout autre régime obligatoire.

Pour toutes les garanties souscrites, la mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires nécessaires à l'étude du dossier et d'effectuer un contrôle médical.

Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu en attente des résultats de ce contrôle, si l'assuré ou le bénéficiaire

refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par la mutuelle, sauf cas fortuit ou de force majeure dont l'assuré ou le bénéficiaire apporterait la preuve.

Conformément à la réglementation applicable en matière de secret médical, tout justificatif de nature médicale devra être transmis sous pli confidentiel au médecin conseil de la mutuelle par l'intermédiaire de l'assuré ou, en cas de décès, par l'intermédiaire de l'ayant droit.

La mutuelle s'engage, après acceptation du sinistre et dans un délai de 30 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives, à régler les prestations dues.

DÉLAIS DE DÉCLARATION :

Le sinistre doit être déclaré dans un délai maximum de 30 jours à compter de sa date de survenance. **A défaut de déclaration dans le délai précité, le sinistre sera considéré comme étant survenu au jour de sa déclaration et la franchise prévue sera décomptée à partir de cette date.**

Toute prolongation d'arrêt de travail accordée par le médecin traitant devra également être déclarée dans un délai maximum de 30 jours.

- A défaut de déclaration dans le délai précité, l'assuré sera considéré comme ayant repris son activité professionnelle à l'expiration de la période indiquée dans le certificat d'arrêt de travail précédemment remis à la mutuelle et les périodes comprises entre cette date et le début de la période de prolongation reçue tardivement ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation.

ARTICLE 8 – LITIGES ET ARBITRAGES

En cas de désaccord de l'assuré sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par la mutuelle, ou bien par son médecin conseil, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, une tierce expertise sera alors réalisée ; le coût de la tierce expertise est supportée pour moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'assuré et reconnus par les Organismes d'Assurance ainsi que les médecins diplômés de la réparation juridique du dommage corporel.

ARTICLE 9 – LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

Au moment de l'adhésion, l'assuré s'engage à informer la mutuelle de toute aggravation ou modification des éléments constitutifs du risque à assurer (changement des caractéristiques du (des) prêt(s) assuré(s), situation personnelle et professionnelle, déplacements professionnels).

En cours de vie de l'adhésion, l'assuré s'engage également à informer la mutuelle :

- de tout remboursement partiel ou total du prêt bancaire et ce au maximum dans les 30 jours qui suivent, de tout changement des caractéristiques du(des) prêt(s) assuré(s) intervenant postérieurement à la prise d'effet des garanties et/ ou de l'avenant,
- pour toute demande d'adjonction des garanties : de toute aggravation ou modification des éléments constitutifs du risque décrits ci-dessus ainsi que toute modification de son état de santé dès lors que des formalités médicales seraient requises, intervenue antérieurement à la prise d'effet des nouvelles garanties. En revanche, en cas de modification en cours de vie de l'adhésion des éléments déclarés à l'adhésion suivants : activité professionnelle, séjour professionnel à l'étranger et/ ou pratique d'un sport, tabagisme, dès lors qu'ils ne relèvent pas d'une exclusion prévue au certificat d'adhésion ou à la notice d'information, l'assuré n'est

pas contraint d'en informer la mutuelle qui prendra en compte la nouvelle situation de l'assuré au moment du sinistre,

- Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'assuré portant sur des éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la mise en place d'un avenant ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur le sinistre, expose l'assuré à l'application des sanctions prévues par les articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité, les cotisations versées restant acquises à la Mutuelle. De même, toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'assuré, de ses ayants droit ou du bénéficiaire, entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion.

ARTICLE 10 – COTISATIONS

La cotisation annuelle est calculée et évolue chaque année en fonction des caractéristiques propres à l'assuré telles que l'âge (par différence de millésime, au moment de l'adhésion et en cours de vie de l'adhésion) ou l'activité professionnelle, et des éléments constitutifs du risque à assurer (montant du capital restant dû prêt assuré...) déclarés à l'adhésion.

Les cotisations annuelles ainsi calculées et acceptées par l'adhérent lors de l'adhésion sont maintenues par la mutuelle pour toute la durée de l'adhésion, y compris en cas de changement de la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré sous réserve des exclusions prévues au présent contrat.

En revanche, les cotisations pourront être revues en cas d'évolution des garanties (adjonction ou suppression de garanties) ou en cas d'évolution des caractéristiques du prêt assuré.

Les cotisations sont payables d'avance et peuvent être fractionnées, annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, ce sans frais de fractionnement ; la périodicité est choisie à l'adhésion.

A défaut de paiement des cotisations dues dans le délai de 10 jours suivant leur échéance, une lettre recommandée est adressée à l'adhérent, fixant un délai de 40 jours au terme duquel l'adhésion est résiliée de plein droit ; toutes les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée précitée. En cas de paiement des sommes demandées sur la lettre de mise en demeure, après suspension mais avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du paiement.

La mutuelle s'engage à informer par courrier l'établissement prêteur de tout acte de mise en demeure pour non-paiement ou de résiliation.

ARTICLE 11 – EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Pour toute réclamation liée à l'application du contrat, l'adhérent peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la mutuelle.

À compter de la réception de la réclamation, la mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le service Qualité Relation Adhérents au CS 81021 49010 Angers Cedex 01.

Enfin, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à son interlocuteur habituel ou à la mutuelle, soit en saisissant sa demande de médiation en ligne, sur le site « CNPM-médiation-consommation.eu », ou bien en s'adressant à lui par voie postale, à l'adresse suivante : CNPM-Médiation-Consommation, 27 Avenue de la Libération, 42400 Saint-Chamond.

ARTICLE 12 – PRESCRIPTION, PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX

PRESCRIPTION :

Conformément à l'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.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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

Conformément aux dispositions de l'article L221-12 du Code de la Mutualité, « la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX :

La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris ; tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation. L'ensemble des prélèvements sociaux et fiscaux, présents ou futurs, dont la récupération est licite, est à la charge de l'adhérent.

ARTICLE 13 – FACULTÉ DE RENONCIATION

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle bénéficie d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ou supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet (c'est-à-dire du jour de la signature de la demande d'adhésion) ou du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure.

L'adhérent doit adresser dans ce délai de 30 jours précité, à l'adresse suivante : TWINSEO - 2 quai du Commerce - 69009 Lyon, une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique qui peut être rédigé comme suit : « Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de ma demande d'adhésion le... »

Date et signature.

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

L'adhérent restitue à la mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où il communique à la mutuelle, sa volonté de se rétracter.

ARTICLE 14 – PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

La mutuelle, et son délégataire de gestion, en tant que responsables conjoints de traitement, mettent en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat « Protection Emprunteur ».

Ils seront également susceptibles de les utiliser pour le recouvrement et le contentieux (ii) son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées (iii) le respect de leurs obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (iv) dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de l'offre (v) toute autre finalité qui pourrait être précisée sur les supports de collecte.

La mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour les opérations relatives à l'organisation de la vie institutionnelle relevant de ses statuts.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la mutuelle et son gestionnaire étant légalement tenus de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, ils sont susceptibles de solliciter l'adhérent pour les vérifier ou être amenés à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle et de son délégataire de gestion ainsi qu'à l'association souscriptrice du contrat et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux acteurs intervenant dans le cadre de la conclusion et de la gestion du contrat, aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités, ainsi qu'aux réassureurs. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

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

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

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

L'adhérent peuvent exercer ses droits :

- pour les demandes relatives à la passation, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat « Protection Emprunteur » auprès du Responsable Protection des données – Data Protection Officer – du Délégué de gestion de la mutuelle à l'adresse dpo@twinseo.fr. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée.
- pour les demandes relatives à la distribution du contrat « Protection Emprunteur » au Responsable Protection des données – Data Protection Officer – de Harmonie Mutuelle par mail à l'adresse : dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle – Service DPO – 29 quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée.

Pour des raisons de confidentialité, les demandes liées aux données de santé couvertes par le secret médical doivent être adressées au Médecin conseil d'Harmonie Mutuelle, 23 boulevard Jean Jaurès – CS 51423 – 45004 Orléans Cedex 1.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et à l'exercice de ses droits, il peut décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) : 3 place de Fontenoy-TSA 80715 – 75 334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

ARTICLE 16 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), situé au 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09

ARTICLE 15 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME – GEL DES AVOIRS – ANTICORRUPTION

La mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la mutuelle à solliciter auprès du souscripteur et des adhérents la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (l'origine des fonds ou ressources déclaré). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la mutuelle est assujettie. La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait la mutuelle à une quelconque sanction.

Pour plus d'informations sur ce sujet, il est possible de se reporter au code de conduite de la mutuelle.

ANNEXE 1 – FICHE SYNTHÉTIQUE DES GARANTIES ET DE LEURS PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES

LES GARANTIES	
Décès	Article 4 « Risques garantis »
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	
Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)	
Invalidité Permanente Totale (IPT)	
Invalidité Permanente Partielle (IPP)	
LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES PROPOSÉES	
Couverture des sports amateurs pratiqués par l'emprunteur à la date de souscription	Article 6 « Ce que ne couvre pas le contrat »
Maintien de la couverture en cas de déplacement dans le monde entier : - à titre personnel - à titre professionnel ou humanitaire	Article 5 « Territorialité des garanties »
GARANTIE DÉCÈS	
Couverture de la garantie décès pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 90 ^{ème} anniversaire de l'assuré)	Article 4 « Risques garantis »
GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	
Couverture de la garantie PTIA pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré)	Article 4 « Risques garantis »
GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL	
Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré dès lors qu'il n'est pas à la retraite ou en préretraite)	Article 2 « Définitions contractuelles » Article 4 « Risques garantis »
Délais de franchise proposés au choix de l'adhérent : - 30 jours - 60 jours - 90 jours - 120 jours - 180 jours	
Pour une personne en activité, évaluation de l'incapacité en fonction de la profession exercée au jour du sinistre	
Pour une personne en activité, prestation égale à la mensualité assurée sans référence à la perte de revenu subie pendant le sinistre	
Maintien de la couverture en cas de temps partiel thérapeutique avec une prise en charge minimale de 50% sur une durée de 180 jours	
Couverture des inactifs au moment du sinistre avec une prestation égale à la mensualité assurée sans référence à la perte de revenu subie pendant le sinistre	Article 6 « Ce que ne couvre pas le contrat »
En cas de rachat de l'exclusion, couverture des affections dorsales sans condition d'hospitalisation, ni d'intervention chirurgicale	
En cas de rachat de l'exclusion, couverture des affections psychiatriques sans condition d'hospitalisation	
GARANTIE INVALIDITÉ	
Couverture de la garantie pendant toute la durée du prêt (dans la limite du 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré dès lors qu'il n'est pas à la retraite ou en préretraite)	Article 4 « Risques garantis »
Pour une personne en activité, évaluation de l'incapacité professionnelle en fonction de la profession exercée au jour du sinistre	
Prise en charge de l'invalidité sans référence à la perte de revenu subie au moment du sinistre	
Prise en charge de l'invalidité partielle (IPP) à partir de 33%	
Couverture des affections dorsales sans condition d'hospitalisation, ni d'intervention chirurgicale	Article 6 « Ce que ne couvre pas le contrat »
Couverture des affections psychiatriques sans condition d'hospitalisation	



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*