

PROTECTION SANTÉ FRONTALIERS SUISSES



Credit photo : Getty Images



**Harmonie
mutuelle**

GROUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

V-01-2026



INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES LIÉES À LA VENTE À DISTANCE PROTECTION SANTÉ FRONTALIERS SUISSES

01. MODALITÉS DE L'ADHÉSION

Votre adhésion à l'offre Protection Santé Frontaliers Suisses se fait intégralement à distance. Elle est ouverte aux personnes physiques exerçant une activité professionnelle salariée ou non en Suisse, âgées de 68 ans au plus, résidant dans l'un des départements suivants l'Ain (01), le Doubs (25), le Jura (39), le Haut Rhin (68), la Savoie (73), la Haute-Savoie (74) et le Territoire de Belfort (90) et ayant opté pour l'Assurance maladie obligatoire française.

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion le niveau de la garantie choisi ainsi que les ayants droit auquel il ouvre ses droits à prestations en santé. La garantie santé est identique pour tous les bénéficiaires.

Après avoir été mis en mesure de vérifier les informations données, la garantie choisie et les cotisations correspondantes, l'adhérent valide et signe son bulletin d'adhésion par signature électronique.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par la notice d'information, par les descriptifs des garanties choisies et par la notice d'information Harmonie Santé Services.

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

L'adhésion à la Mutuelle et/ou au contrat collectif prend effet au jour de la signature du bulletin d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation.

Les garanties prennent effet à la date d'effet indiquée sur le bulletin d'adhésion.

02. DURÉE MINIMALE À L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat collectif souscrit par l'Association pour la Protection Sociale des Travailleurs Transfrontaliers (APSTT) produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année, par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article « *Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité de la notice d'information* ».

En tout état de cause, l'adhésion prend fin à l'issue de la procédure de résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations décrite à l'article « *Non-paiement de la cotisation* ».

03. GARANTIES

La garantie de frais de santé a pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire. Elle a également pour objet la prise en charge des soins urgents et des soins programmés selon les tarifs de l'Assurance santé obligatoire suisse (LAMal) et certains soins non urgents effectués en Suisse sur la base de forfaits.

À cette garantie s'ajoute la garantie d'assistance Harmonie Santé Services. Celle-ci fait partie intégrante et suit le sort de l'adhésion au contrat collectif souscrit par l'APSTT.

04. EXCLUSIONS

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

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

De plus, les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (cotés DE par les professionnels de santé dans le cadre des rapports conventionnels avec l'Assurance maladie obligatoire) ;

- les cures médicales en établissements pour personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel dans les établissements médico-sociaux, y compris dans les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées, y compris les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ;
- la chambre particulière facturée le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).

Les exclusions relatives aux garanties assistance sont définies aux conditions générales valant notice d'assistance.

05. COTISATIONS

Base de calcul

Le montant des cotisations est indiqué sur le bulletin d'adhésion.

La cotisation à l'adhésion est déterminée en fonction du niveau de la garantie choisi par l'adhérent et du nombre et de l'âge des personnes garanties. L'âge retenu est celui atteint au 31 décembre de l'année précédant l'année de cotisation. La cotisation varie avec l'âge des bénéficiaires au 1^{er} janvier de chaque année.

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

Cotisations pour un enfant handicapé de plus de 20 ans

La cotisation d'un enfant handicapé de plus de 20 ans est fixée en fonction de son âge.

Exonération de paiement de cotisations

L'adhérent qui inscrit un enfant dans les trois mois qui suivent sa naissance ou son adoption est dispensé du paiement de la cotisation de cet enfant pour le mois de sa naissance et le mois qui suit.

À partir du 4^{ème} enfant, l'adhérent est exonéré du paiement de cotisations par enfant supplémentaire.

Modalité de paiement de la cotisation

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés au bulletin d'adhésion. Son paiement peut être fractionné au mois, au trimestre, au semestre, par prélèvement automatique. Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

06. LIMITES DE REMBOURSEMENT

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

07. DÉCHÉANCE DE GARANTIE

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

08. DROIT DE RENONCIATION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-18-1 du Code de la Mutualité, l'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant quatorze jours calendaires à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet. Cette renonciation peut être faite par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire ou lorsque la Mutuelle propose la conclusion du contrat ou de l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La renonciation peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après envoyée à l'adresse du siège social de la Mutuelle :

MODÈLE DE LETTRE DE RENONCIATION :

« Je soussigné(e) demeurant à déclare renoncer à mon adhésion « Protection Santé Frontaliers Suisses » n° et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de ma demande.

Date : Signature :

La renonciation entraîne la restitution à l'adhérent de l'intégralité de la cotisation versée dans le délai maximum de trente jours calendaires révolus à compter de la réception du recommandé électronique ou de la lettre recommandée.

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

09. VALIDITÉ DES INFORMATIONS FOURNIES

L'année civile en cours, sous réserve d'évolutions définies par avenant au contrat souscrit par l'Association pour la Protection Sociale des Travailleurs Transfrontaliers (APSTT).

10. LOI APPLICABLE ET LANGUE UTILISÉE

La loi française est applicable aux relations précontractuelles et contractuelles. Il est convenu entre la Mutuelle et le souscripteur que la langue utilisée pendant la durée du contrat est la langue française.

11. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

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

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

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

Enfin, en application et dans les conditions de l'article « *Médiation* » des statuts, le bénéficiaire peut saisir le médiateur au terme du processus de traitement des réclamations défini par la Mutuelle, et en tout état de cause, deux mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part de la Mutuelle, par voie électronique en complétant le formulaire prévu à cet effet à l'adresse suivante : <https://medconsodev.eu> ou en écrivant à MÉDIATION CONSUMMATION DÉVELOPPEMENT, Centre d'Affaires Stéphanois SAS - Immeuble de l'Horizon - Esplanade de France - 3, rue Jacques Constant Milleret - 42000 Saint-Étienne.

Litiges médicaux

Pour être recevable, toute contestation doit être effectuée dans les 3 mois à compter de la notification à l'égard de l'adhérent de la décision prise par le médecin conseil de la Mutuelle.

Une commission sera ensuite réunie afin de trancher le litige. Elle sera composée d'un médecin dont l'adhérent aura le libre choix (ou de son médecin traitant), du médecin représentant la Mutuelle et enfin d'un troisième médecin désigné par les deux premiers (ou par le Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel se trouve le lieu de résidence de l'assuré s'il n'y avait pas accord sur le choix).

Les honoraires du médecin désigné par l'adhérent seront à sa charge.

Les honoraires du médecin qui représentera la Mutuelle seront à la charge de celle-ci.

Les honoraires du tiers expert qui est intervenu en tant qu'arbitre seront à la charge de la partie perdante.

12. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

SOMMAIRE GÉNÉRAL

Statuts de la Mutuelle	6
Règlement intérieur de la Mutuelle	16
Statuts de l'Association pour la Protection Sociale des Travailleurs Transfrontaliers	22
Notice d'information Protection Santé Frontaliers Suisses	25
Garantie d'Assistance Harmonie Santé Services	33

Statuts de la Mutuelle

Sommaire

Titre I	FORMATION, RAISON D'ÊTRE ET OBJET DE LA MUTUELLE	
Chapitre I	Formation, raison d'être et objet de la Mutuelle	
Article 1 •	Dénomination et raison d'être de la Mutuelle	7
1.1	Dénomination	7
1.2	Raison d'être	7
Article 2 •	Siège de la Mutuelle	7
Article 3 •	Objet, composition et mission de la Mutuelle	7
3.1	Objet et champ d'activité	7
3.2	Mission – Objectifs sociaux et environnementaux	7
Article 4 •	Règlements mutualistes et contrats collectifs	7
Article 5 •	Règlement intérieur	7
Chapitre II	Conditions d'admission, de démission, de radiation et d'exclusion	
Section 1	Adhésion	
Article 6 •	Définition des membres	8
Article 7 •	Conditions d'adhésion des membres participants	8
Article 8 •	Ayant droit	8
Article 9 •	Adhésion à titre individuel ou en tant que membre honoraire	8
Article 10 •	Adhésion dans le cadre d'un contrat collectif à caractère obligatoire ou facultatif	8
Section 2	Démission, radiation, exclusion	
Article 11 •	Démission	8
Article 12 •	Radiation - résiliation	8
Article 13 •	Exclusion	8
Article 14 •	Consequences au regard des cotisations	8
Article 15 •	Consequences au regard des prestations	9
Titre II	ORGANISATION CENTRALE DE LA MUTUELLE	9
Chapitre I	Assemblée générale	
Section 1	Composition, élections	
Article 16 •	Composition	9
Article 17 •	Sections de vote	9
Article 18 •	Nombre de délégués - Election de délégués	9
18.1	Sections de vote régionales et affinitaire	9
18.2	Sections de vote professionnelles	9
18.3	Section de vote « Europe »	9
Section 2	Réunions	10
Article 19 •	Convocation	10
Article 20 •	Modalités de convocation	10
Article 21 •	Ordre du jour	10
Section 3	Pouvoirs - Délibérations	10
Article 22 •	Pouvoirs de l'assemblée générale	10
Article 23 •	Modalités de vote des délibérations	10
Article 24 •	Modalités de vote par procuration, par correspondance ou par vote électronique	10
Article 25 •	Force exécutoire des décisions	10
Chapitre II	Conseil d'administration	10
Section 1	Composition, élections	10
Article 26 •	Composition	10
Article 27 •	Conditions d'éligibilité - Limite d'âge	11
Article 28 •	Cumul des mandats	11
Article 29 •	Modalités de l'élection des administrateurs	11
Article 30 •	Durée et fin du mandat	11
Article 31 •	Représentation des salariés au conseil d'administration	11
Section 2	Réunions	11
Article 32 •	Convocation et réunions	11
Article 33 •	Délibérations	11
Section 3	Pouvoirs - Délégations	11
Article 34 •	Pouvoirs	11
Article 35 •	Force exécutoire des décisions	12
Article 36 •	Délégations	12
Section 4	Statut des administrateurs	12
Article 37 •	Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais	12
Article 38 •	Incompatibilités	12
Article 39 •	Obligations des administrateurs	12
Article 40 •	Responsabilité des administrateurs	12
Chapitre III	Président, directeur général et comité exécutif	12
Section 1	Président, dirigeant effectif	12
Article 41 •	Élection et révocation	12
Article 42 •	Vacance de la présidence	12
	Section 2 Pouvoirs du président	12
	Article 43 • Pouvoirs	12
	Section 3 Directeur général, dirigeant opérationnel	12
	Article 44 • Nomination – attributions - vacance	12
	Section 4 Comité exécutif	13
	Article 45 • Composition	13
	Article 46 • Vice-présidents et vice-président délégué	13
	Article 47 • Réunions et délibérations	13
	Chapitre IV mandataires mutualistes	13
	Article 48 • Définition	13
	Article 49 • Mandataire mutualiste	13
	Chapitre V Comités du conseil d'administration	13
	Section 1 Comité d'audit et des risques	13
	Article 50 • Composition	13
	Article 51 • Missions	13
	Article 52 • Fonctionnement	13
	Section 2 Comité des finances	13
	Article 53 • Composition	13
	Article 54 • Missions	13
	Article 55 • Fonctionnement	14
	Section 3 Comité des mandats et d'éthique	14
	Article 56 • Comité des mandats et d'éthique	14
	Section 4 Comité de mission	14
	Article 57 • Suivi de l'exécution des objectifs sociaux et environnementaux de la Mutuelle	14
	57.1 Création d'un comité de mission, distinct des organes sociaux	14
	57.2 Composition du comité de mission	14
	57.3 Attributions du comité de mission	14
	57.4 Fonctionnement du comité de mission	14
	Chapitre VI Dispositions financières	14
	Section 1 Produits et charges	14
	Article 58 • Produits	14
	Article 59 • Charges	14
	Section 2 Autres dispositions	14
	Article 60 • Fonds d'établissement	14
	Article 61 • Fonds de garantie	14
	Article 62 • Exercice comptable	14
	Titre III ORGANISATION TERRITORIALE ET RÉGIONALE DE LA MUTUELLE	14
	Chapitre I Les territoires	14
	Article 63 • Définition des territoires	14
	Chapitre II Les régions	14
	Article 64 • Définition des régions	14
	Article 65 • Volontaires Mutualistes	15
	Titre IV DISSOLUTION ET LIQUIDATION	15
	Article 66 • Dissolution et liquidation	15
	Titre V INFORMATION DES MEMBRES	15
	Article 67 • Étendue de l'information	15
	Article 68 • Protection des données à caractère personnel	15
	Titre VI DISPOSITIONS DIVERSES	15
	Article 69 • Fonds d'action sociale	15
	Article 70 • Médiation	15
	Titre VII OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS L'UNION MUTUALISTE DE GROUPE (UMG) GROUPE VYV	15
	Article 71 • Respect des engagements pris au titre de l'affiliation de la Mutuelle à l'UMG GROUPE VYV	15

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

Titre I	FORMATION, RAISON D'ÊTRE ET OBJET DE LA MUTUELLE
---------	--

Chapitre I

FORMATION, RAISON D'ÊTRE ET OBJET DE LA MUTUELLE

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

1.1 Dénomination

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

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

1.2 Raison d'être

En application de l'article 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, composition et mission de la Mutuelle

3.1 Objet et champ d'activité

La Mutuelle a pour objet :

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

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

2°) d'assurer la prévention des risques de dommages corporels, de mettre en œuvre une action sociale ou 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 et ce, dans le respect des exigences de l'article L.116-1 du Code de la Mutualité ;

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

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

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

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

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

Enfin, elle peut créer et/ou adhérer à :

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

3.2 Mission – Objectifs sociaux et environnementaux

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

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

Article 4 • Règlements mutualistes et contrats collectifs

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

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

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

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

Article 5 • Règlement intérieur

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

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

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

Chapitre II

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

Section 1

Adhésion

Article 6 • Définition des membres

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

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

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

Article 7 • Conditions d'adhésion des membres participants

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

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

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

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

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

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

Article 8 • Ayant droit

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

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

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

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

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

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

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

I. Opérations collectives facultatives

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

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

II. Opérations collectives obligatoires

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

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

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

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

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

Section 2

Démission, radiation, exclusion

Article 11 • Démission

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

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

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

Article 12 • Radiation - résiliation

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

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

Article 13 • Exclusion

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

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

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

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

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

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

Article 14 • Conséquences au regard des cotisations

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

Article 15 • Conséquences au regard des prestations

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

Titre II

ORGANISATION CENTRALE DE LA MUTUELLE

Chapitre I

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Section 1

Composition, élections

Article 16 • Composition

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

Article 17 • Sections de vote

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

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

L'assemblée générale est composée de :

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

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

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

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

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

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

Sont rattachés à la section de vote « Europe » :

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

Article 18 • Nombre de délégués - Election 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 précédent 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 informeront 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 précédent 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 précédent 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 informeront 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 précédent cette désignation.

Section 2

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 ;

Réunions

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

Article 23 • Modalités de vote des délibérations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 25 • Force exécutoire des décisions

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

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

Chapitre II

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1

Composition, élections

Article 26 • Composition

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 28 • Cumul des mandats

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

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

Article 29 • Modalités de l'élection des administrateurs

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

Article 30 • Durée et fin du mandat

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

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

Les administrateurs sont rééligibles deux fois.

Cooptation

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

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

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

Démission

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

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

Révocation

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

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

Article 31 • Représentation des salariés au conseil d'administration

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

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

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

Section 2

Réunions

Article 32 • Convocation et réunions

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

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

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

Article 33 • Délibérations

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

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

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

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

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

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

Section 3

Pouvoirs - Délégations

Article 34 • Pouvoirs

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

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

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

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

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

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

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

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

Le conseil d'administration :

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

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

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

Article 35 • Force exécutoire des décisions

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

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations et des règlements mutualistes sont applicables dès qu'elles ont été通知ées 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 • Election et révocation

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

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

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

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

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

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

Article 42 • Vacance de la présidence

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

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

Section 2

Pouvoirs du président

Article 43 • Pouvoirs

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

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

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

Il engage les recettes et les dépenses.

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

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

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

Section 3 Directeur général, dirigeant opérationnel

Article 44 • Nomination – attributions – vacance

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

Le dirigeant opérationnel porte également le titre de directeur général.

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

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

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

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

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

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

Le conseil d'administration entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du directeur général et tout autre dirigeant effectif salarié si les membres du conseil d'administration l'estiment nécessaire. Le conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant le comité exécutif de la Mutuelle, lequel revêt la qualité du comité spécialisé prévu à l'article L.211-13 du Code de la Mutualité.

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

Section 4

Comité exécutif

Article 45 • Composition

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

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

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

Le mandat de président est renouvelable deux fois.

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

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

Le dirigeant opérationnel assiste aux réunions du comité exécutif.

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

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

Article 46 • Vice-présidents et vice-président délégué

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

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

Article 47 • Réunions et délibérations

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

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

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

Chapitre IV

MANDATAIRES MUTUALISTES

Article 48 • Définition

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

Puissent bénéficier du statut de mandataire mutualiste :

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

Article 49 • Mandataire mutualiste

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

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

Chapitre V

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

Section 1

Comité d'audit et des risques

Article 50 • Composition

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

Article 51 • Missions

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

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

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

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

Article 52 • Fonctionnement

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

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

Section 2

Comité des finances

Article 53 • Composition

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

Article 54 • Missions

Le comité a notamment la charge :

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

Article 55 • Fonctionnement

Le comité est présidé par un vice-président.

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

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

Le comité se réunit au moins 4 fois par an.

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

Section 3 Comité des mandats et d'éthique

Article 56 • Comité des mandats et d'éthique

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

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

Le comité est présidé par un vice-président.

Sa composition est fixée dans le règlement intérieur dudit comité.

Section 4 Comité de mission

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

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

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

57.2 Composition du comité de mission

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

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

57.3 Attributions du comité de mission

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

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

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

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

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

57.4 Fonctionnement du comité de mission

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

Chapitre VI

DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Section 1

Produits et charges

Article 58 • Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

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

- les produits financiers ;

- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;

- les dons et les legs mobiliers et immobiliers.

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

Article 59 • Charges

Les charges de la Mutuelle comprennent :

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

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

Section 2

Autres dispositions

Article 60 • Fonds d'établissement

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

Il est prélevé sur les réserves de la Mutuelle.

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

Article 61 • Fonds de garantie

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

Article 62 • Exercice comptable

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

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

Titre III

ORGANISATION TERRITORIALE ET RÉGIONALE DE LA MUTUELLE

Chapitre I

LES TERRITOIRES

Article 63 • Définition des territoires

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

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

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

Chapitre II

LES RÉGIONS

Article 64 • Définition des régions

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

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

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

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

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

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

Article 65 • Volontaires Mutualistes

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

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

Titre IV

DISSOLUTION ET LIQUIDATION

Article 66 • Dissolution et liquidation

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

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

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

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

Titre V

INFORMATION DES MEMBRES

Article 67 • Étendue de l'information

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

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

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

Article 68 • Protection des données à caractère personnel

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

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

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

Titre VI

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 69 • Fonds d'action sociale

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

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

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

Article 70 • Médiation

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

Titre VII

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

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

La Mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe GROUPE VYV telle que définie à l'article L111-4-2 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

Sommaire

Titre I	LES TERRITOIRES DE LA MUTUELLE	17	Titre V	LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	20
Chapitre I	Objet - définition	17	Chapitre I	L'élection des administrateurs	20
Article 1 • Objet		17	Article 25 • Conditions de présentation des candidatures		20
Article 2 • Définition des territoires		17			
Chapitre II	Les assemblées de territoire	17	Chapitre II	Les réunions du conseil	20
Article 3 • Composition		17	Article 26 • Conseil consécutif au renouvellement total du conseil d'administration		20
Article 4 • Attributions - Convocation - Réunions		17	Article 27 • Procès-verbal		20
Chapitre III	Les conseils de territoire	17	Chapitre III	L'élection du président de la Mutuelle	20
Article 5 • Composition		17	Article 28 • Déclarations de candidatures		20
Article 6 • Attributions		17	Article 29 • Élection		20
Article 7 • Convocation - Réunions		17	Article 30 • Fonctionnement		20
	Article 8 • Les présidents des conseils de territoire	17			
Titre II	LES RÉGIONS DE LA MUTUELLE	17			
Chapitre I	Objet - définition	17			
Article 9 • Objet		17			
Article 10 • Définition des régions		18			
Chapitre II	Les assemblées de région	18			
Article 11 • Composition		18			
Article 12 • Attributions - Convocation - Réunions		18			
Chapitre III	Les conseils de région	18			
Article 13 • Composition		18			
Article 14 • Attributions		18			
Article 15 • Convocation - Réunions		18			
Article 16 • Les présidents des conseils de région		18			
Chapitre IV	Le comité des présidents de région	18			
Article 17 • Composition		18			
Article 18 • Attributions - Convocation - Réunions		18			
Titre III	HARMONIE ENTREPRISES ET HARMONIE ESS	18			
Article 19 • Harmonie Entreprises		18			
Article 19 bis • Harmonie ESS		18			
Titre IV	L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE	18			
Chapitre I	Les sections de vote	18			
Article 20 • Définition		18			
Chapitre II	L'élection des délégués à l'assemblée générale	19			
Article 21 • Le rôle des délégués à l'assemblée générale		19			
Article 22 • Conditions d'éligibilité et candidatures		19			
Article 23 • Organisation des élections dans les sections de vote		19			
Chapitre III	Le déroulement des assemblées générales	19			
Article 24 • Organisation de l'assemblée générale		19			

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

Préambule

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

Titre I

LES TERRITOIRES DE LA MUTUELLE

Chapitre I

OBJET - DÉFINITION

Article 1 • Objet

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

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

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

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

C'est un lieu :

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

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

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

Article 2 • Définition des territoires

La Mutuelle est organisée en territoires.

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

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

Les territoires sont regroupés en régions définies ci-après.

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

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

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

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

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

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

Chapitre II

LES ASSEMBLÉES DE TERRITOIRE

Article 3 • Composition

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

Les délégués territoriaux représentent :

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

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

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

Article 4 • Attributions - Convocation - Réunions

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

Il appartient à l'assemblée de territoire :

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

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

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

Chapitre III

LES CONSEILS DE TERRITOIRE

Article 5 • Composition

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

Article 6 • Attributions

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

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

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

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

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

Article 7 • Convocation - Réunions

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

Article 8 • Les présidents des conseils de territoire

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

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

Titre II

LES RÉGIONS DE LA MUTUELLE

Chapitre I

OBJET - DÉFINITION

Article 9 • Objet

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

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

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

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

Article 10 • Définition des régions

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

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

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

Chapitre II

LES ASSEMBLÉES DE RÉGION

Article 11 • Composition

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

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

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

Article 12 • Attributions - Convocation - Réunions

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

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

Chapitre III

LES CONSEILS DE RÉGION

Article 13 • Composition

Le conseil de région est composé :

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

Article 14 • Attributions

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

Article 15 • Convocation - Réunions

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

Article 16 • Les présidents des conseils de région

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

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

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

Chapitre IV

LE COMITÉ DES PRÉSIDENTS DE RÉGION

Article 17 • Composition

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

Article 18 • Attributions - Convocation - Réunions

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

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

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

Titre III

HARMONIE ENTREPRISES ET HARMONIE ESS

Article 19 • Harmonie Entreprises

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

Harmonie Entreprises constitue un lieu :

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

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

Article 19 bis • Harmonie ESS

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

Harmonie ESS est un lieu :

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

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

Titre IV

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

Chapitre I

LES SECTIONS DE VOTE

Article 20 • Définition

Il est constitué de :

1. 12 sections de vote régionales, regroupant des territoires.
2. Une section de vote « professionnelle » D et une section de vote « professionnelle » E.
3. 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 honoraire relevant d'un contrat collectif souscrit par une personne morale dès lors que ces membres et la personne morale souscriptrice résident dans un Etat de l'Espace Économique Européen. Le règlement type de la section de vote « Europe » est approuvé par le conseil d'administration.

Chapitre II

L'ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

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

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

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

Article 22 • Conditions d'éligibilité et candidatures

Préalablement à l'élection de leurs délégués à l'assemblée générale de la Mutuelle, les membres participants et honoraire 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 précédent l'élection, à l'initiative du conseil d'administration, par une information dans la revue de la Mutuelle (HARMONIE SANTÉ), par une annonce sur le site internet de la Mutuelle et par voie d'affichage dans les locaux accueillant le public de la Mutuelle situés sur les territoires composant lesdites sections de vote et/ou accueillant des adhérents de la section de vote « affinitaire ».

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

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

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

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

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

Article 23 • Organisation des élections dans les sections de vote

• Modalités d'élection

Un protocole électoral est établi pour chaque élection de délégués par le conseil d'administration. Il est mis à disposition des membres participants et honoraire 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 honoraire.

• 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 honoraire 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 honoraire.

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

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

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

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

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

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

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

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

• Élections partielles dans la section de vote « affinitaire »

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

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

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

Chapitre III

LE DÉROULEMENT DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Article 24 • Organisation de l'assemblée générale

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

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

Titre V

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I

L'ÉLECTION DES ADMINISTRATEURS

Article 25 • Conditions de présentation des candidatures

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

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

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

Chapitre II

LES RÉUNIONS DU CONSEIL

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

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

Article 27 • Procès-verbal

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

Chapitre III

L'ÉLECTION DU PRÉSIDENT DE LA MUTUELLE

Article 28 • Déclarations de candidatures

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

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

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

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

Article 29 • Élection

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

Article 30 • Fonctionnement

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

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

Liste des territoires et des régions

Nom de la région	Nom du territoire	Code dpt	Nom du département	Territoire	Région	Nom de la région	Nom du territoire	Code dpt	Nom du département	Territoire	Région					
Île-de-France	IDF OUEST	92	Hauts-de-Seine	1	1	Nouvelle Aquitaine	Aquitaine	24	Dordogne	1	1					
		78	Yvelines					33	Gironde							
	IDF EST	93	Seine-Saint-Denis	1				47	Lot-et-Garonne	1						
		95	Val-d'Oise					40	Landes							
	IDF PARIS SUD	77	Seine-et-Marne	1				64	Pyrénées-Atlantiques							
		91	Essonne	Limousin			19	Corrèze	1							
		94	Val-de-Marne				23	Creuse								
		75	Paris				87	Haute-Vienne								
		900	DOM-TOM - Étranger	Poitou-Charente			16	Charente	1							
	Guadeloupe	971					1	17				Charente-Maritime				
	Martinique	972					1	79				Deux-Sèvres				
	Guyane	973					1	86				Vienne				
	Océan indien (la Réunion - Mayotte)	974 976					1									
Hauts de France	Nord-Pas-de-Calais	59	Nord	1	1	Occitanie	Ariège-Pyrénées	9	Ariège	1	1					
		62	Pas-de-Calais					12	Aveyron							
	Picardie	02	Aisne	1			Tarn-Aveyron	81	Tarn	1						
		60	Oise					31	Haute-Garonne	1						
		80	Somme				Haute-Garonne	32	Gers	1						
Grand-Est	Ardennes	08	Ardennes	1	1			65	Haute-Pyrénées							
	Aube	10	Aube	1	Armagnac-Bigorre		46	Lot	1							
	Marne	51	Marne	1			82	Tarn-et-Garonne								
	Haute-Marne	52	Haute-Marne	1	Cévennes		30	Gard	1							
	Meurthe-et-Moselle	54	Meurthe-et-Moselle	1			48	Lozère								
	Meuse	55	Meuse	1	Languedoc-Roussillon		11	Aude	1							
	Moselle	57	Moselle	1			34	Hérault								
	Vosges	88	Vosges	1			66	Pyrénées-Orientales								
	Alsace	67	Bas-Rhin	1												
		68	Haut-Rhin													
Centre Val-de-Loire	Berry	18	Cher	1	1	Méditerranée	Alpes-Côte-d'Azur-Corse	06	Alpes-Maritimes	1	1					
	Val-de-France	28	Eure-et-Loir	1				83	Var							
		45	Loiret					20	Corse							
	Indre	36	Indre	1			Provence	4	Alpes-de-Haute-Provence	1						
	Touraine	37	Indre-et-Loire	1				5	Hautes-Alpes							
		41	Loir-et-Cher					13	Bouches-du-Rhône							
		84	Vaucluse													
Bourgogne-Franche-Comté	Côte-d'Or/Yonne	21	Côte-d'Or	1	1	Atlantique	Loire-Atlantique	44	Loire-Atlantique	1	1					
		89	Yonne					49	Maine-et-Loire	1						
	Nièvre	58	Nièvre	1			Maine-et-Loire	53	Mayenne							
	Franche-Comté	71	Saône-et-Loire	1				72	Sarthe	1						
		25	Doubs	1				85	Vendée							
		39	Jura	Vendée												
		70	Haute-Saône													
		90	Territoire de Belfort													
Normandie	Eure	27	Eure	1	1	Auvergne-Rhône-Alpes	Val-de-Rhône	01	Ain	1	1					
	Seine-Maritime	76	Seine-Maritime	1				07	Ardèche							
	Calvados	14	Calvados	1				26	Drôme							
	Manche	50	Manche	1				38	Isère							
	Orne	61	Orne	1				69	Rhône							
Bretagne	Côtes-d'Armor	22	Côtes-d'Armor	1	1		Loire	42	Loire	1	1					
	Finistère	29	Finistère	1				73	Savoie	1						
	Ille-et-Vilaine	35	Ille-et-Vilaine	1			Pays-de-Savoie	74	Haute-Savoie							
	Morbihan	56	Morbihan	1				03	Allier	1						

Total

56

12

Statuts de l'Association pour la Protection Sociale des Travailleurs Transfrontaliers

Sommaire

Article 1 • Constitution	23
Article 2 • Dénomination sociale	23
Article 3 • Objet	23
Article 4 • Durée	23
Article 5 • Siège social	23
Article 6 • Les membres de l'association	23
Article 7 • Conditions d'adhésion	23
Article 8 • Perte de la qualité de membre	23
Article 9 • Assemblée générale ordinaire	23
Article 10 • Assemblée générale extraordinaire	23
Article 11 • Bureau	23
Article 12 • Ressources de l'association	24
Article 13 • Dépenses de l'association	24
Article 14 • Action et représentation en justice	24
Article 15 • Dissolution de l'association	24

Article 1 • Constitution

Il est créé entre les membres fondateurs soussignés : Monsieur Mouzon Yvon et Monsieur Roton Stéphane une Association régie par la loi de 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ainsi que par les présents statuts.

Article 2 • Dénomination sociale

La dénomination sociale de l'Association est : A.P.S.T.T. (Association pour la Protection Sociale des Travailleurs Transfrontaliers).

Article 3 • Objet

L'Association a pour but de favoriser l'accès, pour ses membres et leurs ayants droit, à une protection sociale de qualité, à des programmes de prévention et à toute autre activité visant à l'amélioration de la qualité de vie.

Aux fins de réalisation dudit objet, l'Association pourra notamment souscrire, pour le compte de ses adhérents, des contrats collectifs de complémentaire santé et de prévoyance auprès des organismes assureurs habilités à délivrer de telles garanties, et à en assurer le suivi.

Article 4 • Durée

L'Association est créée pour une durée illimitée.

Article 5 • Siège social

Le siège social de l'Association est fixé à Laxou 9-11, avenue du Rhin.

Le siège social pourra être transféré par simple décision du Bureau de l'Association.

L'Association pourra disposer de sièges administratifs autant que de besoin. Ceux-ci sont fixés par le Bureau de l'Association.

Article 6 • Les membres de l'association

L'Association est composée des membres, personnes physiques et/ou morales, suivants :

- Les membres actifs qui participent à la vie de l'Association, bénéficiant d'un des services offerts par l'Association.
- Les membres honoraires lesquels acquièrent cette qualité par décision du Bureau en raison des services rendus à l'Association, sont dispensés du paiement des cotisations mais ne bénéficient pas de prestations.
- Les membres fondateurs tels qu'ils apparaissent dans l'énumération faite supra, peuvent également être soit membres actifs, soit membres honoraires.

Article 7 • Conditions d'adhésion

Peuvent être membres actifs de l'Association, les travailleurs non salariés, salariés et anciens salariés frontaliers affiliés à l'un des Régimes de la Sécurité sociale, aux Régimes d'assurance maladie obligatoires monégasque ou andorran.

Les ayants droit (conjoints, concubins ou pacsés, enfants) des membres décédés peuvent être membres actifs de l'association s'ils en font la demande auprès du Bureau de l'Association.

Les expatriés vers un pays membre de l'Union Européenne adhérant à la Caisse des Français de l'Etranger.

Article 8 • Perte de la qualité de membre

La qualité de membre se perd par :

- La démission,
- Le décès, les ayants droit pouvant dans ce cas décider d'adhérer à l'Association,
- Le défaut de paiement de la cotisation annuelle,
- La radiation pour motif grave : cette décision prise par le Bureau après avoir entendu l'intéressé est notifiée à celui-ci par lettre recommandée,
- Et pour les personnes morales, la dissolution ou la fusion avec une autre personne morale.

Article 9 • Assemblée générale ordinaire

Les membres actifs et les membres fondateurs composent l'Assemblée Générale. L'Assemblée Générale se réunit une fois tous les trois ans sur convocation du Président et sous son autorité aux fins de statuer sur le bilan des activités de l'Association. Elle est appelée à se prononcer sur la désignation des membres du Bureau et plus généralement sur toute autre question figurant à l'ordre du jour.

À cet effet, 15 jours au moins avant la date prévue pour l'Assemblée Générale, le Président convoque les membres de l'Association par publication dans la presse, dans un lieu qu'il a choisi.

L'Assemblée Générale peut valablement se tenir à la condition de la réunion d'au moins un quart de ses membres présents.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale est convoquée dans le respect des conditions prévues au présent article. La règle de quorum susmentionnée n'est plus exigée pour cette seconde Assemblée.

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

Article 10 • Assemblée générale extraordinaire

L'Assemblée Générale Extraordinaire a seule compétence pour décider la dissolution de l'Association et l'attribution de ses biens, sa fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue.

L'Assemblée Générale Extraordinaire est convoquée par le Président suivant les modalités de l'article 9.

L'Assemblée générale ne délibère valablement qu'à la condition de la réunion d'au moins un quart de ses membres présents.

Les décisions prises par l'Assemblée Générale Extraordinaire sont adoptées à la majorité simple des votes exprimés.

Article 11 • Bureau

Les personnes composant le Bureau de l'Association sont élues par l'Assemblée Générale parmi les membres de l'Association suivant un scrutin de liste.

Le Bureau est élu pour 3 ans. Il est rééligible.

Le Bureau est composé de 6 membres minimum.

En cas de vacance d'une des fonctions du Bureau, l'un des autres membres assure l'intérim jusqu'à l'élection intervenant lors de la prochaine Assemblée Générale. La désignation du membre intérimaire se fait selon les règles stipulées au présent article.

Le Bureau de l'Association est composé de la manière suivante :

- Un(e) Président(e)
- Un(e) Vice-Président(e)
- Un(e) Secrétaire Général(e)
- Un(e) Secrétaire Général(e) adjoint
- Un(e) Trésorier(ère) Général(e)
- Un ou plusieurs membres.

Attributions

Le Bureau gère les affaires courantes de l'Association et assure l'exécution de ses décisions ainsi que celles de l'Assemblée Générale.

Le Bureau prépare le budget et établit l'ordre du jour des convocations des Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires.

Le Bureau prend toute décision importante sur les plans financiers, juridiques ou matériels qui ne relèvent pas des pouvoirs statutairement réservés à l'Assemblée Générale. Il procède notamment à l'approbation des comptes et à la modification des statuts.

Réunions

Le Bureau se réunit une fois par semestre ou sur convocation du Président aussi souvent que nécessaire ou sur demande de plus de la moitié de ses membres. Les décisions du Bureau sont consignées par écrit dans un registre et signées par le Président et le Secrétaire Général.

Pour chaque convocation, le président enverra un courrier à chaque Membre du bureau avec le motif de la convocation, la date, l'heure et le lieu.

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié, au moins de ses membres est présente.

Les décisions du Bureau sont prises à la majorité simple des membres présents, la voix du Président étant prépondérante en cas d'égalité de vote.

Le (la) Président(e)

Le Président représente de plein droit l'Association.

Il détient le pouvoir de convoquer les Assemblées Générales ordinaires et extraordinaires qu'il préside.

Le Président signe les contrats et peut agir en justice au nom de l'Association.

Il effectue les actes courants de gestion de l'Association.

Il peut déléguer à un autre membre ou à toute personne, qu'il jugera utile, certains de ses pouvoirs.

En cas de vacance, le Vice-Président assure l'intérim jusqu'à l'élection du prochain Bureau par l'Assemblée Générale.

Le (la) Vice-Président(e)

Le Vice-Président seconde le Président qu'il supplée en cas d'empêchement dans toutes ses fonctions.

En cas de vacance, le Secrétaire Général assure l'intérim jusqu'à l'élection du prochain Bureau par l'Assemblée Générale.

Le (la) Secrétaire Général(e)

Il est chargé de la tenue des registres des membres de l'Association. Il rédige le procès-verbal des Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires, envoie les convocations, effectue les formalités requises par la loi pour la constitution de l'Association, la modification des statuts ou le changement des membres du Bureau.

En cas de vacance, le Vice-Président assure l'intérim jusqu'à l'élection du prochain Bureau par l'Assemblée Générale.

► Le Secrétaire Général(e) adjoint

Il seconde le Secrétaire Général qu'il supplée en cas d'empêchement dans toutes ses fonctions.

► Le (la) Trésorier(e) Général(e)

Il est chargé du patrimoine de l'Association. Il fait percevoir à ce titre les cotisations, effectuer les paiements, recevoir les sommes dues à l'Association.

A la fin de chaque exercice, il fait procéder au bilan et à l'inventaire de l'année écoulée, préparer le budget de l'année suivante et établit les comptes annuels qui sont soumis aux autres membres du Bureau.

En cas de vacance, le Vice-Président assure l'intérim jusqu'à l'élection du prochain Bureau par l'Assemblée Générale.

Article 12 • Ressources de l'association

Pour l'accomplissement de sa mission, l'Association dispose essentiellement :

- De la cotisation annuelle, fixée par le Bureau, à laquelle doivent s'acquitter les membres actifs.
- Des contributions en nature ou en espèces de toute personne physique ou morale s'intéressant à ses activités.
- De toutes autres ressources ou subventions qui lui seraient accordées et qui ne seraient pas contraire aux lois en vigueur.

Elle peut également recevoir des subventions, dons, legs.

Le patrimoine de l'Association répond seul des engagements pris en son nom, et aucun des membres de l'Association ne pourra en être tenu pour responsable.

Article 13 • Dépenses de l'association

L'Association a pour unique dépense ses frais de fonctionnement.

Article 14 • Action et représentation en justice

Le Président a le pouvoir de décider, d'agir en justice et de représenter l'Association tant en demande qu'en défense.

Article 15 • Dissolution de l'association

La dissolution de l'Association peut être décidée par une Assemblée Générale Extraordinaire conformément à l'article 10.

Au cours de cette même Assemblée Générale, un liquidateur est nommé ; il dispose des pouvoirs les plus étendus. Le cas échéant, l'actif est dévolu conformément aux décisions de cette Assemblée Générale.

Statuts mis à jour suite aux délibérations du Bureau du 10 décembre 2019

Certifiés conformes

Le Président
Claude VERANY



Notice d'information Protection Santé Frontaliers Suisses

Sommaire

Chapitre I Dispositions générales	26	Article 8 • Versement des prestations	28
Article 1 • Objet de la présente notice	26	8.1 Règlement des prestations	
Article 2 • Risques couverts	26	8.1.1 Calcul des prestations	
Article 3 • Adhésion au contrat collectif et à la Mutuelle	26	8.1.2 Dates de référence	
3.1 Modalités d'adhésion		8.1.3 Documents justificatifs	
3.2 Bénéficiaires des garanties		8.1.4 Information, délai et modes de paiement des prestations	
3.3 Prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle et/ou au contrat collectif		8.2 Contrôle	
3.4 Durée de l'adhésion		8.3 Restitution des prestations indues	
3.5 Renonciation			
3.5.1 Adhésion en agence			
3.5.2 Vente à distance			
3.5.3 Démarchage			
Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion	26		
4.1 Nouveaux bénéficiaires			
4.2 Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent			
4.3 Autres modifications			
4.4 Évolution de la garantie			
Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit et cessation de garanties	27		
5.1 À l'initiative de l'adhérent			
5.1.1 Résiliation en fin d'année ou radiation d'un de ses ayants droit			
5.1.2 Résiliation à titre exceptionnel			
5.1.3 Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit			
5.1.4 Résiliation infra-annuelle			
5.1.5 Modalités de la résiliation ou de la demande de radiation			
5.2 À l'initiative de la Mutuelle			
5.2.1 En cas de non-paiement			
5.2.2 Exclusion d'un adhérent			
5.2.3 Si les conditions exigées pour être adhérent ou ayant droit ne sont plus remplies			
5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, de la cessation de garantie			
Article 6 • Maintien de couverture	28		
Chapitre II Garanties frais de santé	28		
Article 7 • Cadre général	28		
7.1 Contrats solidaires et responsables			
7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties			
7.3 Nature de l'indemnisation			
7.4 Base de remboursement			
7.5 Pluralité de garanties frais de santé			
7.6 Limitation de prise en charge dans le cadre du contrat responsable			
7.7 Non-prise en charge de certaines prestations			
7.8 Déchéance de garantie			
		Article 8 • Versement des prestations	28
		8.1 Règlement des prestations	
		8.1.1 Calcul des prestations	
		8.1.2 Dates de référence	
		8.1.3 Documents justificatifs	
		8.1.4 Information, délai et modes de paiement des prestations	
		8.2 Contrôle	
		8.3 Restitution des prestations indues	
		Chapitre III Garanties autres que santé	29
		Article 9 • Garanties assistance	29
		Chapitre IV Cotisations	30
		Article 10 • Détermination Et mode de calcul de la cotisation	30
		10.1 Cotisations pour un enfant handicapé de plus de 20 ans	
		10.2 Exonération de paiement de cotisations	
		10.2.1 Naissance ou adoption	
		10.2.2 Cotisations à partir du 4 ^{ème} enfant	
		Article 11 • Évolution de la cotisation	30
		Article 12 • Paiement des cotisations	30
		12.1 Règlement de la cotisation	
		12.2 Incident de paiement	
		12.3 Non-paiement de la cotisation	
		Chapitre V Dispositions diverses	30
		Article 13 • Fausse déclaration ou omission de déclaration	30
		Article 14 • Couverture des accidents	30
		14.1 Recours subrogatoire	
		14.2 Déclaration d'accident	
		Article 15 • Prescription	31
		Article 16 • Réclamations	31
		Article 17 • Protection des données à caractère personnel	31
		Article 18 • Échanges de données informatisées	31
		Article 19 • Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et prévention de la corruption.	31
		Article 20 • Autorité de contrôle	31
		Annexe Communication des ratios de frais de gestion et P/C	32

Chapitre I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 • Objet de la présente notice

La garantie choisie est accordée dans le cadre du contrat collectif facultatif de complémentaire santé souscrit par l'Association pour la Protection Sociale des Travailleurs Transfrontaliers (APSTT, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, siège social : 9 – 11 avenue du Rhin 54520 Laxou), (ci-après dénommée le Souscripteur), auprès d'Harmonie Mutuelle (ci-après dénommée la Mutuelle), au bénéfice de ses membres.

La présente notice régie par le Code de la Mutualité a pour objet de définir le contenu des engagements résultant pour la Mutuelle et pour le membre participant (ci-après dénommé l'adhérent) de l'adhésion de celui-ci au contrat collectif souscrit par APSTT auprès de la Mutuelle.

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

Article 2 • Risques couverts

Les garanties de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et, le cas échéant, à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par la Sécurité sociale. Elles prennent en charge les soins urgents, les soins programmés et les soins non urgents effectués en Suisse.

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient de garanties autres que les garanties santé, conformément aux dispositions du chapitre III de la présente notice.

Article 3 • Adhésion au contrat collectif et à la Mutuelle

3.1 Modalités d'adhésion

Toute personne membre de l'APSTT exerçant une activité professionnelle salariée ou non en Suisse, âgée de 68 ans au plus (âge calculé par différence de millésime entre l'année d'adhésion et l'année de naissance - 1), résidant à titre principal dans l'un des départements suivants : l'Ain (01), le Doubs (25), le Jura (39), le Haut Rhin (68), la Savoie (73), la Haute-Savoie (74) et le Territoire de Belfort (90) et ayant opté pour l'Assurance Maladie Obligatoire française peut adhérer au contrat collectif souscrit par l'APSTT, pour lui-même et ses ayants droit (tels que définis à l'article 3.2), en signant un bulletin d'adhésion. Un justificatif de ce statut de travailleur frontalier suisse sera demandé à l'adhésion puis chaque année. La non présentation de ce justificatif aura pour conséquence la résiliation à l'initiative de la Mutuelle dans les conditions indiquées à l'article 5.2.

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion le niveau de garantie choisie. La garantie est identique pour tous les bénéficiaires.

L'adhérent s'engage à renseigner avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'adhésion qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.

Pour les adhésions au contrat faites intégralement à distance, après avoir été mis en mesure de vérifier les informations données, la garantie choisie et les cotisations correspondantes, l'adhérent valide et signe électroniquement son bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent le cas échéant par signature électronique, notamment dans le cas des adhésions faites intégralement à distance, emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par la présente notice, par les descriptifs de la garantie choisie et par la notice d'information de la garantie d'assistance Harmonie Santé Services.

L'adhérent reçoit préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire de l'ensemble de ces documents sur support durable autre que l'écrit, lorsque l'adhésion a été réalisée de manière dématérialisée.

3.2 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion :

▪ l'adhérent.

▪ les ayants droit de l'adhérent : sont ayants droit, les personnes désignées par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion.

Peuvent être ayants droit :

▪ son conjoint, son concubin, son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, âgé de 68 ans au plus au moment de l'adhésion, s'il a également la qualité de travailleur frontalier suisse, c'est-à-dire exerçant aussi une activité professionnelle salariée ou non en Suisse, résidant à titre principal, dans l'un des départements suivants : l'Ain (01), le Doubs (25), le Jura (39), le Haut Rhin (68), la Savoie (73), la Haute-Savoie (74) et le Territoire de Belfort (90) et ayant opté pour l'Assurance Maladie Obligatoire française. Un justificatif de ce statut de travailleur frontalier suisse sera demandé à l'adhésion puis chaque année. La non présentation de ce justificatif aura pour conséquence la radiation de l'ayant droit à l'initiative de la Mutuelle dans les conditions indiquées à l'article 5.2.

▪ ses enfants jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^e anniversaire,
▪ les enfants de son conjoint ou concubin ou partenaire lié par PACS, sous réserve que ce dernier ait également le statut de travailleur frontalier Suisse, jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^e anniversaire. Un justificatif de ce statut de travailleur frontalier suisse sera demandé

à l'adhésion puis chaque année. La non présentation de ce justificatif aura pour conséquence la radiation du/des ayants droit à l'initiative de la Mutuelle dans les conditions indiquées à l'article 5.2.

3.3 Prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle et/ou au contrat collectif

L'adhésion à la Mutuelle et/ou au contrat collectif prend effet au jour de la signature du bulletin d'adhésion ou de modification de l'adhésion, sous réserve des dispositions de l'article « lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et prévention de la corruption ». Les garanties prennent effets à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion ou de modification de l'adhésion.

3.4 Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat collectif souscrit par l'APSTT produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année, par facite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article 5.

3.5 Renonciation

3.5.1 Adhésion en agence

L'adhérent peut renoncer à son adhésion en envoyant à l'adresse de son agence dans un délai de 14 jours maximum à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, une lettre recommandée qui peut être rédigé comme suit : « Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le... » Date et signature.

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

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

3.5.2 Vente à distance

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

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

La Mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'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.

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

3.5.3 Démarchage

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

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

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

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

Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la Mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance :

▪ tout changement d'adresse,

▪ perte du statut de travailleur frontalier suisse, tel que défini à l'article 3, le concernant ou concernant son conjoint, y compris en cas de chômage et d'entrée en retraite,

▪ tout changement de situation familiale,

▪ ou de situation au regard des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire français.

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

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

4.1 Nouveaux bénéficiaires

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

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

4.2 Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent

La modification de garantie à la hausse à l'initiative de l'adhérent prend effet 6 mois après la date de réception de la demande, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois à compter de la date d'adhésion ou de la date du précédent changement de niveau garantie.

La modification de garantie à la baisse à l'initiative de l'adhérent prend effet au jour de réception de la demande, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois après la date d'adhésion ou la date du précédent changement de niveau garantie.

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

4.3 Autres modifications

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

4.4 Évolution de la garantie

La garantie peut être modifiée par avenir signé par la Mutuelle et le Souscripteur. Ces modifications seront portées à la connaissance de l'adhérent trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Celui-ci a un mois pour dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

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

Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit et cessation de garanties

5.1 À l'initiative de l'adhérent

5.1.1 Résiliation en fin d'année ou radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut mettre fin à la garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en notifiant à la Mutuelle sa demande de résiliation avant le 31 octobre de l'année selon les modalités prévues à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité.

La demande de résiliation ou la demande de radiation d'un ayant droit ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, celui-ci reste couvert par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

5.1.2 Résiliation à titre exceptionnel

À titre exceptionnel, l'adhérent peut mettre fin à la garantie en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants :

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent.	
Perte de la qualité de travailleurs frontaliers, tel que défini à l'article 3.	La résiliation prend effet au jour de la survenance de l'événement, sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet à la réception de la demande.
Attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue aux articles L.861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale dénommée Complémentaire santé solidaire à l'adhérent.	
Adhésion de l'adhérent à un contrat collectif obligatoire	
Déménagement hors d'un des départements listés dans l'article 3.	
Décès de l'adhérent.	La résiliation prend effet au jour du décès.

Modification des garanties et/ou des cotisations par avenir signé du Souscripteur et de la Mutuelle.	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande de résiliation, conformément aux articles « Évolution de la garantie » et « Évolution de la cotisation ».
--	---

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

5.1.3 Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la radiation
Perte du régime d'Assurance Maladie Obligatoire français de l'ayant droit.	
Pour le conjoint, perte du statut de travailleur frontalier suisse, tel que défini à l'article 3.	La radiation prend effet au jour de la survenance de l'événement, sous réserve que la demande de radiation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue aux articles L.861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale dénommée Complémentaire santé solidaire à l'ayant droit.	Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au jour de réception de la demande.
Déménagement hors d'un des départements listés dans l'article 3.	
Décès de l'ayant droit.	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation.	La radiation prend effet au jour de réception de la demande.

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

5.1.4 Résiliation infra-annuelle

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

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

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

5.1.5 Modalités de la résiliation ou de la demande de radiation

La demande de résiliation ou de radiation doit être adressée à la Mutuelle selon l'une des modalités suivantes, au choix de l'adhérent :

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

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

5.2 À l'initiative de la Mutuelle

5.2.1 En cas de non-paiement

La Mutuelle peut résilier la garantie en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article 12.3.

5.2.2 Exclusion d'un adhérent

Peut être exclu dans les conditions définies à l'article « Exclusion » des statuts :

- l'adhérent ou un de ses ayants droit qui aura, de mauvaise foi, fait des déclarations inexactes ou aura 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 ;
- ainsi que tout adhérent ou tout ayant droit qui aura, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indus.

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

La Mutuelle peut résilier la garantie si l'adhérent ne remplit plus les conditions exigées pour être assuré par le contrat souscrit par l'APSTT, c'est-à-dire s'il perd le statut de travailleur frontalier suisse tel que défini à l'article 3. Elle peut également résilier la garantie au 31 décembre qui suit son 75^{ème} anniversaire.

Elle peut aussi radier un ayant droit s'il ne remplit plus les conditions prévues à l'article 3. Le conjoint peut également être radié au 31 décembre qui suit son 75^{ème} anniversaire.

La résiliation ou la radiation prendra effet au 31 décembre de l'année pour laquelle le justificatif n'aura pas été fourni ou au cours de laquelle l'adhérent a déclaré sa modification de situation ou de celle de son conjoint.

5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, de la cessation de garantie

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

À compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou encore d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, et à ne plus utiliser sa ou ses cartes mutualistes et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Article 6 • Maintien de couverture

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

Chapitre II

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Article 7 • Cadre général

7.1 Contrats solidaires et responsables

La Mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

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

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

7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion ou de modification de l'adhésion bénéficient des garanties de la Mutuelle à compter de la date d'effet des garanties indiquée sur celui-ci.

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

7.3 Nature de l'indemnisation

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

7.4 Base de remboursement

Le montant des prestations dépend des niveaux de garantie choisie par l'adhérent pour lui-même et ses ayants droit. Il est indiqué au descriptif de la garantie transmis à l'adhésion. Les remboursements de la Sécurité sociale sont indiqués à titre informatif. La Mutuelle ne peut en effet s'engager que sur sa participation.

Sauf autres dispositions indiquées aux descriptifs de la garantie, le remboursement de la Mutuelle est conditionné à l'intervention de la Sécurité sociale française, y compris pour les soins effectués à l'étranger. En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de la Sécurité sociale, et sauf avenant éventuellement

signé entre le Souscripteur et la Mutuelle, les montants des remboursements de la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

7.5 Pluralité de garanties frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

7.6 Limitation de prise en charge dans le cadre du contrat responsable

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

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

7.7 Non-prise en charge de certaines prestations

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

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

7.8 Déchéance de garantie

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

Article 8 • Versement des prestations

8.1 Règlement des prestations

8.1.1 Calcul des prestations

Les prestations figurant sur le descriptif de garantie remis à l'adhérent sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage de la base de remboursement définie par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en Euros. La base de remboursement peut-être :

- le tarif de convention, lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec la Sécurité sociale. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre la Sécurité sociale et les représentants de cette profession.
 - le Tarif d'autorité (TA), lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec la Sécurité sociale. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
 - ou du Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.
- Lorsqu'au tableau descriptif des garanties choisies par l'adhérent, les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par la Sécurité sociale et en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous, y compris

lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger. Néanmoins, les soins inopinés ou urgents réalisés lors d'un séjour temporaire en Suisse, ainsi que les soins programmés en Suisse pour lesquels la CPAM a délivré une autorisation préalable, peuvent être remboursés par la Sécurité sociale sur la base des tarifs de l'Assurance Maladie Obligatoire en Suisse (LAMal). Dans ces cas, la Mutuelle calculera ses prestations sur la base des tarifs suisses de la LAMal, conformément aux indications des descriptifs de garantie remis. Les soins inopinées ou urgents sont les soins qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical afin que la personne assurée ne soit pas contrainte de rejoindre, avant la fin de la durée prévue de son séjour, la France pour y recevoir le traitement nécessaire.

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

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

L'adhérent conserve dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

8.1.2 Dates de référence

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

- les dates de facturation pour les médicaments, l'appareillage et les accessoires médicaux, les lentilles refusées par la Sécurité sociale, les vaccins, la contraception et selon la garantie choisie pour les autotests et l'automédication ;
- la date de facturation correspondant à celle de transmission à la Sécurité sociale pour les équipements optiques et les lentilles acceptées par la Sécurité sociale. Attention, dans le cas d'une procédure de tiers payant, bien qu'un accord de prise en charge puisse être fourni durant la période de garantie, si la date de facturation est postérieure à celle de la prise d'effet de la résiliation de la garantie, ou bien de la radiation, ou de l'exclusion du bénéficiaire, le remboursement sera effectué au professionnel de santé mais la garantie n'étant pas due, le montant sera alors réclamé au bénéficiaire ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, les médecines complémentaires telles que définies dans les descriptifs de garantie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, les actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie, la psychologie ;
- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation⁽¹⁾ hors forfait journalier hospitalier ;
- la date de la journée d'hospitalisation pour le forfait journalier hospitalier ;
- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, lorsque celle-ci est prévue aux descriptifs de la garantie, sous réserve que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption ;
- la date des soins transmise par la Sécurité sociale pour les traitements d'orthodontie acceptée par celui-ci, et la date de fin de semestre pour l'orthodontie refusée par la Sécurité sociale.

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

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

8.1.3 Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

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

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

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

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par la Sécurité sociale lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique (télétransmission). En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre Mutuelle » ou une mention équivalente. Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par la Sécurité sociale, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de prestations émis par la Sécurité sociale et des factures détaillées et acquittées.

8.1.4 Information, délai et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en Euros sur un compte bancaire ouvert dans un établissement bancaire situé en France. Pour la prise en charge des soins effectués en Suisse et payés par l'adhérent en francs suisses, les prestations de la Mutuelle seront calculées avec le taux de change de la Banque Centrale Européenne à la date de paiement des prestations. Lorsque les prestations sont versées au bénéficiaire, elles sont versées dans un délai maximum de vingt jours calendaires, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la Mutuelle à l'article précédent, sauf cas de force majeure et hors délai bancaire. Ce délai est ramené à 10 jours lorsque, les prestations ont fait l'objet d'échanges informatisés entre la Mutuelle et la caisse d'Assurance maladie du bénéficiaire, dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes (échanges NOEMIE).

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

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

8.2 Contrôle

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

Le service médical de la Mutuelle peut ainsi soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéfice de prestations au titre du présent contrat.

Ce contrôle s'exerce sur production par le bénéficiaire de pièces justificatives médicales aux professionnels de santé sous pli cacheté portant la mention « Confidential », à l'attention du service professionnel de santé choisi par la Mutuelle, à l'adresse inscrite dans la demande de pièces et éventuellement par expertise médicale. Le bénéficiaire est informé des modalités des examens demandés par la Mutuelle (analyses, radio...).

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

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

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

8.3 Restitution des prestations indues

Dans l'hypothèse où des prestations ont été versées indûment à un bénéficiaire (par exemple, remboursement pour un soin dont la date de référence ne se situe pas pendant la période de couverture ou encore versement de la prestation en double au professionnel de santé dans le cadre d'un accord de tiers payant et au bénéficiaire) ou que les montants versés ont été supérieurs à ce qu'il était censé recevoir (suite à une erreur de calcul, par exemple), ce bénéficiaire devra rembourser à la Mutuelle les sommes indûment perçues, en application du Code Civil (articles 1302 et 1302-1 du Code Civil).

Ceci s'applique y compris si l'origine de l'indu est liée à une erreur de la Mutuelle.

La Mutuelle a 5 ans pour demander le paiement de cet indu, à compter du paiement, sauf à ce qu'elle ait été empêchée d'agir par suite d'un empêchement quelconque tel que la force majeure ou l'ignorance du caractère indu du paiement. Le cas échéant, un plan de remboursement pourra être établi avec le bénéficiaire concerné, en tenant compte de sa situation personnelle.

Chapitre III

GARANTIES AUTRES QUE SANTÉ

Article 9 • Garanties assistance

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient également de la garantie d'assistance Harmonie Santé Services.

La garantie d'assistance a été souscrite sous forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de Ressources Mutualistes Assistance (RMA), union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin - CS 92443 - 44120 Verfou.

Cette garantie est révisable ou résiliable annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Chapitre IV

COTISATIONS

Article 10 • Détermination et mode de calcul de la cotisation

Le montant de la cotisation (exprimé en Euros) est indiqué sur le bulletin d'adhésion.

La cotisation à l'adhésion est déterminée en fonction :

- du niveau de la garantie choisi par l'adhérent
- du nombre et de l'âge des personnes garanties. L'âge retenu est celui atteint au 31 décembre de l'année précédent l'année de cotisation. La cotisation varie avec l'âge des bénéficiaires au 1^{er} janvier de chaque année.

La cotisation est annuelle.

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

Les articles ci-après exposent des avantages tarifaires, des minorations ou des majorations de cotisations. Le bénéfice de ces avantages ou minorations ou l'absence d'application des majorations sont conditionnées à la remise de justificatifs ou attestations sur l'honneur. L'adhérent est informé que l'absence de remise de ces documents aura pour conséquence l'application du tarif selon les cas sans avantage tarifaire ou sans minoration ou avec majoration et cela quel que soit le tarif apparaissant sur le devis ou le bulletin d'adhésion.

10.1 Cotisations pour un enfant handicapé de plus de 20 ans

La cotisation d'un enfant handicapé de plus de 20 ans sera fixée en fonction de son âge.

10.2 Exonération de paiement de cotisations

10.2.1 Naissance ou adoption

L'adhérent qui inscrit un enfant dans les trois mois qui suivent sa naissance ou son adoption est dispensé du paiement de la cotisation de cet enfant pour le mois de sa naissance et le mois qui suit.

10.2.2 Cotisations à partir du 4^{ème} enfant

À partir du 4^{ème} enfant, l'adhérent est exonéré du paiement de cotisations par enfant supplémentaire.

Article 11 • Évolution de la cotisation

Pour chacune des garanties santé indiquées au contrat souscrit par l'APSTT auprès de la Mutuelle, la cotisation est ajustée chaque année au 1^{er} janvier par avenant signé entre la Mutuelle et le Souscripteur, en fonction des résultats constatés par la Mutuelle, de l'évolution prévisible des dépenses de soins de santé au plan national et des modifications d'ordre législatif réglementaire ou encore de modifications des conventions entre organismes du régime d'Assurance maladie obligatoire et professionnels de santé.

À titre exceptionnel, en cas de modifications d'ordre modifications d'ordre législatif, réglementaire ou encore de modifications des conventions entre organismes du régime d'Assurance maladie obligatoire et professionnels de santé impactant la portée des engagements de la Mutuelle, la cotisation peut être modifiée en cours d'année, au plus tôt, à compter de la date d'effet de ces nouvelles dispositions, après avenant signé par le Souscripteur et la Mutuelle.

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

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

Article 12 • Paiement des cotisations

12.1 Règlement de la cotisation

La cotisation est due par l'adhérent, conformément à ce qui est indiqué au bulletin d'adhésion, pour lui-même et pour l'ensemble des ayants droit désignés au bulletin d'adhésion. La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance.

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

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

12.2 Incident de paiement

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

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

12.3 Non-paiement de la cotisation

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

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

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

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

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

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau :

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

Chapitre V

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 13 • Fausse déclaration ou omission de déclaration

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

En application de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion de la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé de la part de l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie. Si elle est constatée avant tout versement de prestation, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion, moyennant une augmentation de cotisation, acceptée par l'adhérent. À défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'adhérent, en restituant la portion de la cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 14 • Couverture des accidents

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

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

14.1 Recours subrogatoire

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

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

14.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sauf cas de force majeure, faire à la Mutuelle, dans un délai de trois mois, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la Mutuelle.

À défaut d'information par l'adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 14 de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident pour obtenir le remboursement des prestations versées suite à cet accident.

Article 15 • Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par la Mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L.100 du Code des postes et télécommunications électroniques.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

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

Article 16 • Réclamations

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

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

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

Enfin, en application et dans les conditions de l'article « Médiation » des statuts, le bénéficiaire peut saisir le médiateur au terme du processus de traitement des réclamations défini par la Mutuelle, et en tout état de cause, deux mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part de la Mutuelle, par voie électronique en complétant le formulaire prévu à cet effet à l'adresse suivante : <https://medconsodev.eu> ou en écrivant à MÉDIATION CONSOMMATION DÉVELOPPEMENT, Centre d'Affaires Stéphanois SAS - Immeuble de l'Horizon - Esplanade de France - 3, rue Jacques Constant Milleret - 42000 Saint-Etienne.

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

Article 17 • Protection des données à caractère personnel

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

La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour :

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

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

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

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités.

Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre pour des motifs légitimes d'un droit d'effacement, d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition. L'adhérent a toujours le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale. Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

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

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

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et à l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés - CNIL - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

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

Article 18 • Échanges de données informatisées

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

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

Article 19 • Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et prévention de la corruption.

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

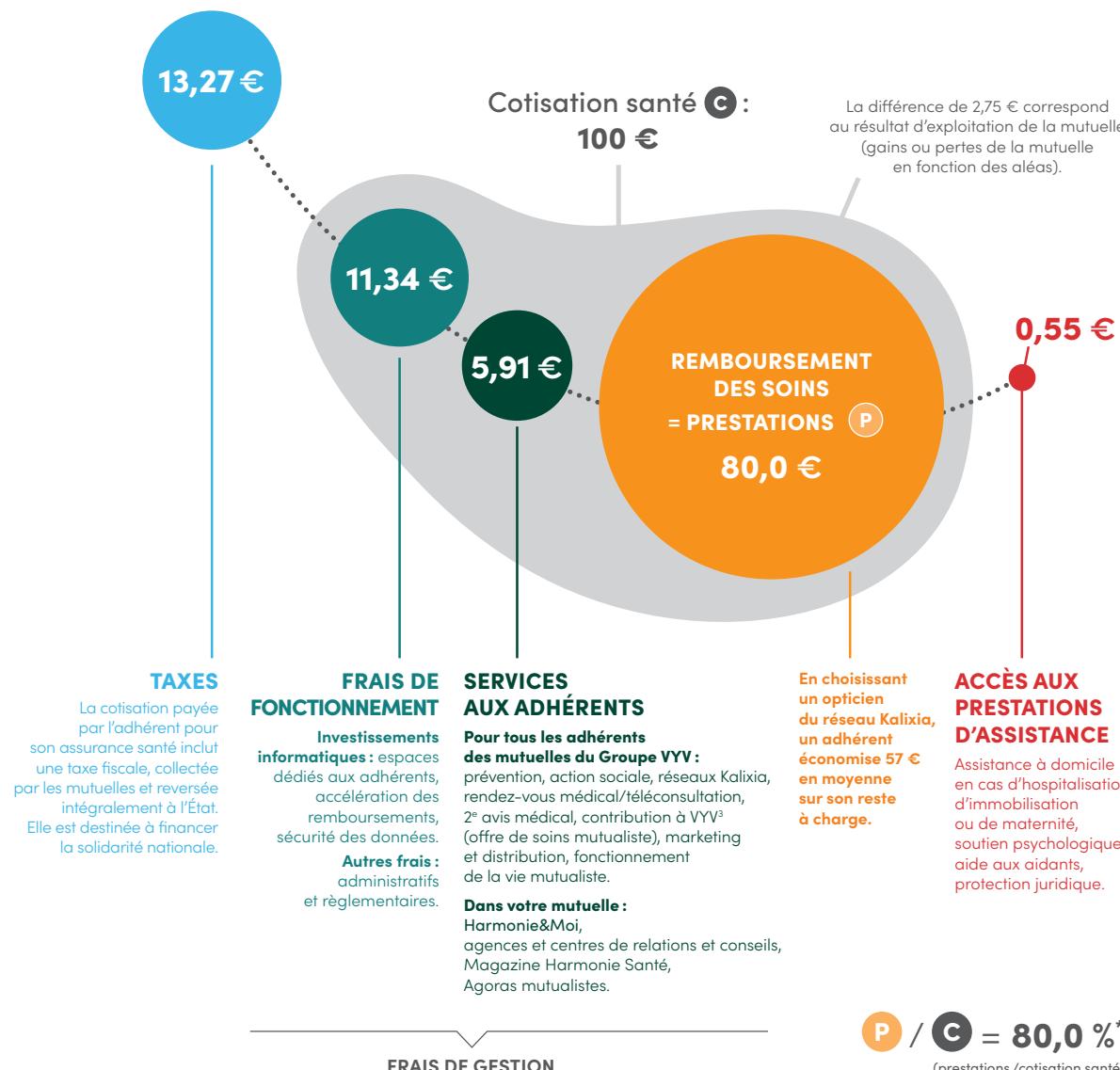
Pour plus d'informations sur ce sujet, il est possible de se reporter au code de conduite de la Mutuelle, disponible à cette adresse : <https://www.harmonie-mutuelle.fr/anticorruption-nos-engagements>.

Article 20 • Autorité de contrôle

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

À QUOI SERT MA COTISATION SANTÉ ?

Redistribution des 100 € perçus par votre mutuelle en 2024
pour une cotisation versée de 113,82 € TTC



En application de nos obligations légales et réglementaires, veuillez trouver ci-après, pour Harmonie Mutuelle pour l'année 2024 :

► Le ratio entre les frais de gestion et le montant des cotisations C hors taxes :

FRAIS DE GESTION = 17,2 % de la cotisation santé C

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

► Le ratio entre le montant des prestations P et le montant des cotisations C hors taxes :

P / C = 80,0 %*

(prestations / cotisation santé)

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et **le montant des cotisations ou primes afférentes** à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

* Incluant 2,9 % de provisions pour ristourne au titre de l'engagement de redistribution.

Sommaire

TABLEAUX DE GARANTIES	34	Titre VI PRESTATIONS D'ASSISTANCE À L'ÉTRANGER	43
Titre I DOMAINE D'APPLICATION	36	Article 26 • Cadre d'application spécifique de l'assistance à l'étranger	43
Article 1 • Bénéficiaires	36	Article 27 • Prestations d'assistance à l'étranger	44
Article 2 • Prise d'effet et durée des garanties	36		
Article 3 • Couverture géographique	36		
Article 4 • Faits générateurs	36		
Article 5 • Modalités de mise en œuvre	36		
Article 6 • Intervention	36		
Article 7 • Application des prestations	36		
Article 8 • Définitions	36		
Titre II ÉCOUTE ET ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉS	38	Titre VII CADRE JURIDIQUE	45
Article 9 • Écoute et accompagnement personnalisés	38	Article 28 • Assureur des prestations d'assistance	45
Article 10 • Information juridique	38	Article 29 • Conditions restrictives d'application des garanties	45
Article 11 • Conseils et informations médicales	38	Article 30 • Exclusions	45
Article 12 • Accompagnement spécifique à la parentalité	38	Article 31 • Nullité de la prestation	46
Article 13 • Accompagnement spécifique en cas de décès	38	Article 32 • Recours	46
Titre III ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL	39	Article 33 • Subrogation	46
Article 14 • Un service d'appels de convivialité	39	Article 34 • Prescription	46
Article 15 • Un service de conseil social	39	Article 35 • Protection des données personnelles	47
Article 16 • Un service de soutien psychologique	39	Article 36 • Réclamations et médiation	47
Titre IV PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION ET DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX	39	Article 37 • Autorité de contrôle	47
Article 17 • Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile	39		
Article 18 • Prestations en cas d'hospitalisation dès l'ambulatoire, en cas de maternité ou en cas d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours	39		
Article 19 • Prestation en cas de traitement anticancéreux de chimiothérapie ou de radiothérapie du Bénéficiaire	40		
Article 20 • Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant Bénéficiaire	40		
Article 21 • Prestations en cas d'hospitalisation imprévue, suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM	40		
Article 22 • Prestation en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM	41		
Titre V PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX BÉNÉFICIAIRES EN SITUATION DE HANDICAP	41		
Article 23 • Lors de la survenue du handicap	41		
Article 24 • Dans le quotidien	41		
Article 25 • Dans les situations de crise	42		

Tableaux de garanties

L'Adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'Assisteur, doit communiquer son propre numéro d'Adhérent.

Le présent tableau vise à résumer les garanties d'assistance ; pour connaître les conditions et modalités d'application, il convient de se référer aux dispositions de la présente notice d'information ci-après.

GARANTIES	MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE			
DÈS LA SOUSCRPTION				
Écoute et accompagnement personnalisés	Illimités			
Informations juridiques	Illimitées			
Conseils et informations médicales	Illimités			
Accompagnement spécifique à la parentalité	Illimité			
Accompagnement spécifique en cas de décès	Illimité			
ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL				
Appels de convivialité	Illimités			
Accompagnement social	Illimité			
Soutien psychologique	Illimité			
EN CAS D'HOSPITALISATION, D'IMMOBILISATION ET DE MATERNITÉ				
	Hospitalisation dès l'ambulatoire	Hospitalisation ou immobilisation +14J de l'enfant	Immobilisation imprévue +5J ou prévue +10J	Maternité +4J, Naissance multiple et/ou césarienne
Aide à domicile	8 heures		8 heures	8 heures
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure, esthéticienne & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition...)	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile		Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures		40 heures	40 heures
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures		40 heures	40 heures
Garde des animaux de compagnie	30 jours		30 jours	30 jours
Téléassistance	3 mois		3 mois	3 mois
Présence d'un proche au chevet	500 Euros TTC		500 Euros TTC	500 Euros TTC
École à domicile		10 heures/semaine		
Immobilisation imprévue au domicile				
Acheminement des médicaments	3 par année civile			
Accompagnement aux courses	3 par année civile			
EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE				
	Hospitalisation imprévue (maladie, accident ou blessure) lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile		Hospitalisation imprévue + 5J (maladie, accident ou blessure) lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile	
Conseil médical	Illimité			
Transfert médical	Coûts réels du reste à charge après remboursement du régime obligatoire et organismes complémentaires			
Retour des accompagnants	500 Euros TTC			
Déplacement et hébergement d'un proche	Déplacement : 500 Euros TTC Hébergement : 5 nuits à 125 Euros TTC/nuit			
EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX				
Aide à domicile	Pendant toute la durée du traitement			

PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX BÉNÉFICIAIRES EN SITUATION DE HANDICAP				
	À TOUT MOMENT			
Soutien psychologique	Illimité			
Accompagnement social	Illimité			
Conseil médical	Illimité			
	Survenue du handicap	Dans le quotidien	Hospitalisation + 24H ou maternité	Hospitalisation + 24H ou immobilisation + 2J de l'aide
Aide à domicile	30 heures	30 heures	30 heures	30 heures
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure, esthéticienne & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition...)	500 Euros TTC	500 Euros TTC	500 Euros TTC	500 Euros TTC
Soutien au bénéficiaire, au couple ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale et animale...)	5 séances	5 séances	5 séances	5 séances
Réseau d'entraide	1 inscription annuelle	1 inscription annuelle		
Auxiliaire de vie			20 heures	20 heures
Garde des enfants	80 heures	80 heures	80 heures	80 heures
Auxiliaire de puériculture ou TISF	10 heures	10 heures	10 heures	10 heures
Matériels paramédicales ou médicales		500 Euros TTC		
Activité de loisirs ou vacances adaptées		500 Euros TTC		
Accompagnateur ou auxiliaire intégration sociale		10 heures		
Transport pour examen médical		500 Euros TTC		
Garde de l'animal d'assistance			300 Euros TTC	
Bilan ergothérapeute	1 bilan	1 bilan	1 bilan	
ASSISTANCE À L'ÉTRANGER				
	À TOUT MOMENT			
Information et prévention médicale	Illimitée			
	MALADIE, BLESSURE, ACCIDENT OU HOSPITALISATION IMPRÉVUS À L'ÉTRANGER	AUTRES PRESTATIONS À L'ÉTRANGER		
Service d'accompagnement et d'écoute	Illimité			
Mise à disposition d'un médecin sur place	Illimitée			
Conseil médical	Illimité			
Transfert/rapatriement sanitaire	Coûts réels du reste à charge après remboursement du régime obligatoire et organismes complémentaires			
Frais de secours sur piste	500 Euros TTC			
Frais de prolongation de séjour	10 nuits à 125 Euros TTC/nuit			
Présence proche au chevet	10 nuits à 125 Euros TTC/nuit			
Retour des bénéficiaires et des animaux de compagnie	500 Euros TTC			
Venue d'un proche pour récupération des enfants	500 Euros TTC			
Avance des frais médicaux (hospitalisation)	80 000 Euros TTC			
Prise en charge du reste à charge des frais médicaux	80 000 Euros TTC			
Prise en charge du reste à charge des frais dentaires urgents	160 Euros TTC			
Remboursement des frais téléphoniques	100 Euros TTC			
Avance de caution pénale			15 000 Euros TTC	
Avance des frais de justice			1 525 Euros TTC	
Avance de fonds première nécessité			500 Euros TTC	

Titre I

DOMAINE D'APPLICATION

Article 1 • Bénéficiaires

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties d'assistance auxquelles peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés. Sont couverts par la présente notice d'information :

- toute personne domiciliée en France ou dans les DROM ayant adhéré à la Mutuelle Harmonie Mutuelle et à un règlement mutualiste santé ou à un contrat collectif santé et auxquels a été remis un descriptif de garanties faisant mention de la garantie assistance, dénommée « l'Adhérent » ;
- ses ayants droit.

Article 2 • Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties d'assistance prennent effet à la même date de souscription que les garanties « Frais de Santé » d'Harmonie Mutuelle du Bénéficiaire. Les garanties d'assistance suivent le sort des garanties frais de santé d'Harmonie Mutuelle, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assiteur.

Article 3 • Couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement* en France ou dans les DROM** (au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour la prestation « Transfert médical »),
- dans le monde entier pour l'assistance à l'étranger.

* Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

** Pour les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

Article 4 • Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- une immobilisation,
- un traitement anticancéreux,
- une maladie, un accident ou une blessure,
- une situation de handicap.

L'Assiteur propose au Bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

Article 5 • Modalités de mise en œuvre**Pour contacter l'Assiteur**

sans interruption, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

par téléphone :  N°Cristal 09 69 39 29 13

APPEL NON SURTAXÉ

pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM,
ou appelant de l'étranger

par téléphone au : 00 33 9 69 39 29 13

par mail : international@vyy-es.fr

pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à : medecinconseil@vyy-es.fr

Sans oublier :

- de rappeler votre numéro d'Adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assiteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenu du fait générateur rattaché à cette demande.

Une fois cette demande effectuée, et dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation, afin d'assurer au Bénéficiaire l'accès aux prestations dès son retour à domicile, il doit contacter l'Assiteur dès confirmation de sa date de sortie effective. Si cette date devait être décalée le Bénéficiaire doit en avertir immédiatement l'Assiteur afin de différer les prestations prévues initialement.

Pour les traitements anticancéreux, la demande d'assistance devra être formulée dans un délai de 48 heures avant ou après chaque séance.

Pour le conseil, le transfert médical et l'assistance à l'étranger, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenu du fait générateur rattaché à cette demande.

Au-delà de ces délais (20 jours et/ou 48h comme mentionnés ci-dessus), l'Assiteur pourra accompagner et orienter le bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande. Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assiteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assiteur sont des pièces originales ou des copies.

Article 6 • Intervention

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assiteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées du lundi au vendredi. L'urgence, qui justifie l'intervention de l'Assiteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations. Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assiteur ou en accord préalable avec lui.

Article 7 • Application des prestations

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assiteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assiteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assiteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assiteur, après accord préalable de l'Assiteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assiteur (étant entendu que le montant de la prestation d'assistance remboursé par l'Assiteur est plafonné à l'intervention d'un seul intervenant au domicile du Bénéficiaire). Les frais additionnels (frais kilométriques, frais de dossier, frais de gestion et cotisations) inhérents à la mise en œuvre de la prestation et figurant sur le justificatif fourni par le Bénéficiaire ne sont pas pris en charge par l'Assiteur.

Dans de tels cas, l'Assiteur s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assiteur de l'ensemble des documents justificatifs.

De plus, il convient de préciser que l'Assiteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assiteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assiteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'Assiteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assiteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assiteur à assurer ces prestations.

Article 8 • Définitions

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par : **Accident**: tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

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

Activités extrascolaires : le temps extrascolaire est le temps durant lequel un encadrement est proposé aux enfants ;

- en soirée après le retour de l'enfant à son domicile,
- le mercredi ou le samedi après la classe lorsqu'il y a école le matin,
- le mercredi ou le samedi toute la journée s'il n'y a pas d'école,
- le dimanche, les jours fériés et durant les vacances scolaires.

Adhérent : personne physique ayant adhéré à titre individuel ou collectif à la Mutuelle.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche (voir définition) ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aidé : est considérée comme personne aidée, toute personne qui du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap nécessite l'aide d'un proche aidant de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du Bénéficiaire. Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés. **La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.**

Animaux de compagnie : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du Bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, **dans la limite de 2 animaux par Bénéficiaire.**

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'Adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'Adhérent et vivant sous le même toit.

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le Bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur.

Cet attentat devra être recensé par l'État français.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le Bénéficiaire se trouve.

Auxiliaire de vie sociale : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (**à l'exclusion des soins infirmiers**). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties et les courses.

Ayants droit : les ayants droit de l'Adhérent, sont ceux inscrits comme tels par cet Adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

Bénéficiaire : la personne ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif à une garantie santé de la Mutuelle et ses ayants droit.

Catastrophe naturelle : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

Centre de convalescence : structure de soins qui contribue à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

Chimiothérapie : traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il peut être administré par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé du Bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, le dépendant doit être à charge fiscale de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'Adhérent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Dispositif de téléassistance : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillasson d'alerte avec son support (collier ou bracelet).

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite) ou ayant une résidence secondaire, on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayant droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent Adhérent.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

Dommages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du Bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du Bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Établissement de soins : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

État d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Étranger : tout pays en dehors du pays de domicile en France ou des DROM.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans la présente notice d'information. Ils peuvent être les suivants :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- une immobilisation,
- un traitement anticancéreux,
- une maladie, un accident ou une blessure,
- une situation de handicap.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Fratrie : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

Grossesse pathologique : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. **Ne sont pas considérées comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.**

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation à domicile (HAD) : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Hospitalisation en ambulatoire : toute hospitalisation avec une chirurgie réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable,

suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle le Bénéficiaire ne peut disposer d'aucun soutien de proximité. La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) peut être considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement comme telle.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie soudaine à l'étranger : désigne une pathologie inattendue et non récurrente qui nécessite un traitement d'urgence pour prévenir ou atténuer le danger présent sur la vie ou la santé. Une situation d'urgence n'existe plus lorsque les données médicales indiquent que le Bénéficiaire est capable de rentrer dans son pays de résidence habituelle pour obtenir et/ou continuer son traitement.

Maternité : tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Membre de la famille : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacifié, père, mère, sœur, frère, enfant, petit-enfant ou tuteur légal du Bénéficiaire.

Pays de séjour : pays dans lequel le Bénéficiaire séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par la présente notice d'information en dehors de son pays de résidence.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'Adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'Adhérent et vivant sous le même toit que lui.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Proche : les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.

Radiothérapie : traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

Responsabilité civile : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

Soins médicalement nécessaires : dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un Bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

Téléassistance : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerter ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

Traitements : seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. **Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.**

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et **dans la limite de 500 Euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

Titre II

ÉCOUTE ET ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉS

Article 9 • Écoute et accompagnement personnalisés
Le service Écoute et Accompagnement personnalisés est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute attentive, fournir des informations et des conseils, proposer une orientation et apporter un soutien global et pertinent au regard de leur situation.

L'Assisteur peut informer sur les garanties d'Assistance et plus généralement sur les aides financières, avantages fiscaux et dispositifs de droit commun auxquels peuvent prétendre les bénéficiaires au regard de leur situation et de leurs besoins.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire, afin de lui apporter les solutions susceptibles de répondre à ses besoins, de vérifier son éligibilité à certains services pris en charge par l'Assisteur et/ou sa mutuelle. En accord avec le Bénéficiaire, l'Assisteur peut également l'orienter vers des solutions dont les coûts demeurent à sa charge.

Article 10 • Information juridique

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

• Réglementaire :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/allocations/retraites,
- fiscalité,
- famille.

• Pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations d'informations sont uniquement téléphoniques : **aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.**

Article 11 • Conseils et informations médicales

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. **Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire.** En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales.

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

Article 12 • Accompagnement spécifique à la parentalité

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficier, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Sur demande, l'Assisteur met à disposition des Bénéficiaires un interlocuteur qualifié et prend en charge le coût de ses conseils.

Article 13 • Accompagnement spécifique en cas de décès

A. Enregistrement et respect des volontés

Il s'agit de la volonté manifestée par le Bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le Bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que le Bénéficiaire puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détaining les informations d'accès. Lors du décès d'un des Bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres Bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - 1. BÉNÉFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

Ce service est ouvert dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat sur simple appel téléphonique.

B. Organisation des obsèques

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux Bénéficiaires, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteur conseille et organise, pour le compte des Bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. **Le coût des obsèques reste à la charge des Bénéficiaires.**

C. Accompagnement psycho-social

En cas de décès de l'un des Bénéficiaires, ce service permet à l'entourage du Bénéficiaire de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis...),
 - information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
 - aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
 - évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre,
 - assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.
- La prestation est soumise au secret professionnel et l'Assisteur ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux....).

D. Service d'accompagnement et d'écoute

Un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition du Bénéficiaire ainsi qu'à ses proches en cas de décès afin de les aider à l'organisation des obsèques et d'apporter une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue.

Titre III

ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un Bénéficiaire fait face à :

- une dépendance/perte d'autonomie,
- un aléa de santé,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,
- une addiction comportementale ou à un produit,
- la perte de son emploi,
- la souffrance au travail,
- l'inadaptation du logement,
- un risque de précarité financière,
- le décès d'un proche.

L'Assisteur propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont illimités, sous réserve de l'évaluation du professionnel référent. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire. Seuls les bénéficiaires majeurs âgés de 18 ans révolus peuvent bénéficier d'un accompagnement psycho-social. Sont exclus de la prestation d'accompagnement psycho-social les mineurs émancipés ou non émancipés.

L'Assisteur s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

Article 14 • Un service d'appels de convivialité

Ce service permet de :

- rompre l'isolement,
- apporter du réconfort,
- aider à restaurer le lien social,
- ouvrir un espace de parole,
- être le dépositaire d'histoires de vie.

Article 15 • Un service de conseil social

Les travailleurs sociaux apportent :

- information, conseil, orientation,
- accès aux droits,
- orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- informations sur les secours financiers,
- soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),

- soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

Article 16 • Un service de soutien psychologique

Les psychologues prodiguent :

- une aide à la prise de distance,
- un soutien psychologique ponctuel,
- une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- des outils de gestion du stress, de l'anxiété.

Titre IV

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION ET DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX

Article 17 • Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile

Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. **Les médicaments et les courses restent à la charge du Bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 30 kilomètres du domicile du Bénéficiaire. Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.**

Article 18 • Prestations en cas d'hospitalisation dès l'ambulatoire, en cas de maternité ou en cas d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation et la maternité ou pendant l'immobilisation à tous les Bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

A. Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, selon les disponibilités locales, à concurrence de 8 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

B. Prestations de bien-être et de soutien

Si le Bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- petit jardinage,
- séance(s) de coiffure ou d'esthéticienne à domicile,
- séance(s) de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

C. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés (sans limite d'âge) ou s'il s'agit de l'hospitalisation ou d'une immobilisation d'un enfant ayant une fratrie, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7het 20h pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche dans la limite de 30 kilomètres par jour ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

D. Garde des personnes dépendantes

Si le Bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation** ;
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

E. Garde des animaux de compagnie

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 300 Euros TTC et dans la limite de 30 jours**.

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.

F. Dispositif de téléassistance

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 30 Euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum**.

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

G. Présence d'un proche au chevet

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du Bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

Article 19 • Prestation en cas de traitement anticancéreux de chimiothérapie ou de radiothérapie du Bénéficiaire

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile.

Cette prestation s'organise :

- **dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement** ;
- **dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin** ;
- lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie à prise journalière, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin.

Pour pouvoir bénéficier des prestations d'assistance, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures avant ou après chaque séance.

Article 20 • Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant Bénéficiaire

A. Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins de 16 ans

Afin de permettre au Bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au Bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile **pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h ou si le Bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants**.

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par mail à medecinconseil@vyy-es.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance Harmonie Santé Services - à l'attention du médecin-conseil 46, rue du Moulin - CS 92443 - 44120 Vertou, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé. Le Bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le Bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

B. École à domicile

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, **à compter du 14^{ème} jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant**. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. **Elle ne**

s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire. L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation **dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus** (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;
- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1^{ère} et 2^{ème} langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge. Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Justificatifs

Le Bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

Article 21 • Prestations en cas d'hospitalisation

imprévue, suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM

A. Conseil médical en cas de maladie ou d'accident ou de blessure

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

B. Transfert médical

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert du Bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- en cas d'accident ayant nécessité un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, l'organisation et la prise en charge du retour au domicile du Bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

Selon l'état du Bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- en utilisant le véhicule du Bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par l'Assisteur,
- en train,
- en avion de ligne régulière,
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

L'Assisteur se charge :

- de l'organisation du transfert,
- de la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi,

- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du Bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel,
- de l'accueil à l'arrivée.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du Bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité sociale. **Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge.** Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur. Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et la famille du Bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT : tout refus par le Bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne la nullité du bénéfice de la prestation.

C. Retour des accompagnants

Lorsqu'un Bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ces proches.

Article 22 • Prestation en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du Bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le Bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 125 Euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits. Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le Bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'Assisteur participe aux frais d'hébergement à concurrence de 125 Euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits. L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

Titre V

PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX BÉNÉFICIAIRES EN SITUATION DE HANDICAP

Lorsque le Bénéficiaire est en situation de handicap, l'Assisteur propose la mise en relation avec son département d'accompagnement psycho-social pour l'accompagner et le conseiller.

L'équipe est composée de psychologues et de travailleurs sociaux (Assistants de service social et Conseillers en Économie Sociale et Familiale).

Chaque accompagnement est assuré dans la durée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels. Les prestations d'assistance sont délivrées suite à une évaluation d'un membre du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur.

À tout moment, l'Assisteur propose la mise en relation avec un médecin qui pourra :

- reprendre le vocabulaire spécifique,
- décrire le rôle des soignants,
- informer sur la nature des examens prescrits,
- expliquer les soins envisagés ou en cours.

Il ne s'agit en aucun cas d'un deuxième avis médical.

Article 23 • Lors de la survenue du handicap

Lorsqu'une altération des fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques restreint les activités du quotidien, l'Assisteur propose au Bénéficiaire ou à son proche aidant la mise en relation avec son département d'accompagnement psycho-social pour l'accompagner et le conseiller.

A. Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- un espace d'écoute et de soutien,
- un soutien dans l'acceptation de la nouvelle situation,
- une aide au maintien ou à la restauration de la communication au sein de la famille,
- une aide pour la gestion de la douleur ressentie.

B. Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faire un état des lieux de la situation administrative, faciliter la reconnaissance du handicap et l'accès aux droits,
- favoriser l'organisation du quotidien.

C. Les prestations d'assistance

En cas de dépôt d'un dossier à la MDPH, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place, sur justificatifs (accusé de réception du dossier à la MDPH notamment, justificatif d'affiliation au régime obligatoire pour les personnes titulaires d'une pension d'invalidité 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} catégorie) l'une des prestations suivantes visant à mieux appréhender la nouvelle situation pour le Bénéficiaire et son entourage :

- une aide à domicile, afin d'aider dans les tâches quotidiennes à concurrence de 30 heures ;
- une prestation de bien-être et de soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 Euros TTC (sur justificatif) :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure ou d'esthéticienne à domicile,
 - séance(s) de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

▪ un soutien au Bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale ...) destiné à mieux appréhender cette nouvelle situation pour le Bénéficiaire et son entourage, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 Euros TTC ;

▪ un bilan sur mesure au domicile du Bénéficiaire, réalisé par un ergothérapeute qui apporte des conseils sur l'habitat et l'environnement du Bénéficiaire afin de déterminer les éventuels aménagements et solutions de prévention possibles. Sur demande du Bénéficiaire, l'Assisteur propose la mise en relation avec un réseau d'artisans pour la réalisation des travaux. À l'issue, une visite de conformité sera réalisée. **Les coûts d'aménagement restent à la charge du bénéficiaire et ne sont pas pris en charge par l'Assisteur ;**

▪ une inscription annuelle à un réseau d'entraides pour permettre l'accès à un soutien entre pairs et faciliter la vie quotidienne ;

▪ la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 10 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche dans la limite de 30 kilomètres par jour ;

▪ le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 Euros TTC ;

▪ le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder les enfants dans la limite de 500 Euros TTC ;

▪ l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence de 10 heures.

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

Article 24 • Dans le quotidien

Lorsque le handicap est reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), l'Assisteur propose au Bénéficiaire ou à son proche aidant la mise en relation avec son département d'accompagnement psycho-social pour l'accompagner et le conseiller.

A. Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une restauration de l'estime de soi,
- un soutien dans le processus d'adaptation psychique,
- une gestion des symptômes corporels par le biais d'une initiation à des méthodes de relaxation.

B. Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- rechercher des solutions d'aide humaine ou technique,
- soutenir la démarche d'accès à l'éducation, la formation et l'emploi,
- favoriser l'équilibre du budget.

C. Les prestations d'assistance

En complément d'une prestation accordée par la MDPH, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place, sur justificatifs (accusé de réception du dossier à la MDPH notamment, justificatif d'affiliation au régime obligatoire pour les personnes titulaires d'une pension d'invalidité 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} catégorie) et dans la limite d'une fois par année civile l'une des prestations suivantes destinée à faire face aux dépenses liées au handicap :

- une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes à concurrence de 30 heures ;
- une prestation de bien-être et de soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 Euros TTC (sur justificatif) :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure ou d'esthéticienne à domicile,
 - séance(s) de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- une prise en charge du reste à charge de fournitures (matériels paramédicales ou médicales) nécessaires et en lien avec la situation de handicap du Bénéficiaire dans la limite de 500 Euros TTC ;
- un bilan sur mesure au domicile du Bénéficiaire, réalisé par un ergothérapeute qui apporte des conseils sur l'habitat et l'environnement du Bénéficiaire afin de déterminer les éventuels aménagements et solutions de prévention possibles. Sur demande du Bénéficiaire, l'Assisteur propose la mise en relation avec un réseau d'artisans pour la réalisation des travaux. À l'issue, une visite de conformité sera réalisée. **Les coûts d'aménagement restent à la charge du bénéficiaire et ne sont pas pris en charge par l'Assisteur ;**
- une prise en charge du reste à charge d'une activité de loisirs adaptés ou d'un séjour vacances adaptées à la situation de handicap du Bénéficiaire dans la limite de 500 Euros TTC ;
- une inscription annuelle à un réseau d'entraides pour permettre l'accès à un soutien entre pairs et faciliter la vie quotidienne ;
- un soutien au Bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale ...) destiné à faciliter le maintien du lien social et de la cohésion familiale, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 Euros TTC ;
- la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 10 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche dans la limite de 30 kilomètres par jour ;
- le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 Euros TTC ;
- le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder les enfants dans la limite de 500 Euros TTC ;
- l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence de 10 heures.

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

En complément :

- En cas de déménagement ou de changement d'emploi du Bénéficiaire handicapé, l'Assisteur organise la venue d'un accompagnateur ou auxiliaire d'intégration sociale pour l'apprentissage du nouvel environnement. Cette prestation est prise en charge à concurrence de 10 heures dans les 30 jours suivant l'événement dans la limite d'une fois par an.
- En cas d'impossibilité pour le Bénéficiaire handicapé de se rendre seul sur son lieu d'examen, si personne ne peut l'accompagner et lorsque le Bénéficiaire doit être déplacé, soulevé, manipulé au cours de l'examen, l'Assisteur organise et prend en charge le transport aller et retour du Bénéficiaire depuis son domicile vers le lieu d'examen par le moyen le plus adapté (Taxi, VSL, Ambulance...) et met à disposition un intervenant qualifié. **Cette prestation est prise en charge à concurrence de 500 Euros TTC dans la limite d'une fois par an.**

Article 25 • Dans les situations de crise

Lorsqu'un Bénéficiaire reconnu par la MDPH est confronté à une situation de crise, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur évalue, conseille et accompagne le Bénéficiaire ou son proche aidant.

A. Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à donner accès à :

- un soutien face aux émotions négatives,
- un soutien pour prévenir l'épuisement de l'aidant,
- un accompagnement spécifique au moment d'un deuil.

B. Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faciliter l'adaptation du domicile,
- favoriser l'organisation et le financement de solutions de répit pour l'aidant,
- informer sur les dispositifs de protection des majeurs ou le mandat de protection future.

C. Les prestations d'assistance

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou de maternité du Bénéficiaire en situation de handicap, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place l'une des prestations suivantes permettant de faciliter le retour au domicile :

- une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes à concurrence de 30 heures ;
- une prestation de bien-être et de soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 Euros TTC (sur justificatif) :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure ou d'esthéticienne à domicile,
 - séance(s) de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

▪ un soutien au Bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale ...) destiné à faciliter le maintien du lien social et de la cohésion familiale, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 Euros TTC ;

▪ un bilan sur mesure au domicile du Bénéficiaire, réalisé par un ergothérapeute qui apporte des conseils sur l'habitat et l'environnement du Bénéficiaire afin de déterminer les éventuels aménagements et solutions de prévention possibles. Sur demande du Bénéficiaire, l'Assisteur propose la mise en relation avec un réseau d'artisans pour la réalisation des travaux. À l'issue, une visite de conformité sera réalisée. **Les coûts d'aménagement restent à la charge du bénéficiaire et ne sont pas pris en charge par l'Assisteur ;**

▪ l'intervention d'une auxiliaire de vie assurant un soutien matériel, psychologique et pédagogique au sein de l'établissement ou au retour à domicile, à concurrence de 20 heures ;

▪ la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 10 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche dans la limite de 30 kilomètres par jour ;

▪ le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 Euros TTC ;

▪ le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder les enfants dans la limite de 500 Euros TTC ;

▪ l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence de 10 heures ;

▪ la prise en charge de la garde de l'animal d'assistance dans la limite de 300 Euros TTC.

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutifs à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement de l'aidant habituel avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place l'une des prestations afin de soutenir le Bénéficiaire handicapé :

▪ une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes à concurrence de 30 heures ;

▪ une prestation de bien-être et de soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 Euros TTC (sur justificatif) :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- petit jardinage,
- séance(s) de coiffure ou d'esthéticienne à domicile,
- séance(s) de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

▪ l'intervention d'une auxiliaire de vie assurant un soutien matériel, psychologique et pédagogique au domicile du Bénéficiaire, à concurrence de 20 heures ;

- la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile **pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h.** Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 10 jours, l'Assiteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche **dans la limite de 30 kilomètres par jour** ;
- le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM **dans la limite de 500 Euros TTC** ;
- le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder les enfants **dans la limite de 500 Euros TTC** ;
- l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, **à concurrence de 10 heures**.

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assiteur selon les besoins du Bénéficiaire.

Titre VI

PRESTATIONS D'ASSISTANCE À L'ÉTRANGER

Article 26 • Cadre d'application spécifique de l'assistance à l'étranger

A. En cas de demande d'assistance à l'étranger

La garantie d'assistance à l'étranger est acquise lors d'un déplacement à titre privé ou professionnel à l'étranger dont la durée n'excède pas 31 jours consécutifs. Si la durée totale du voyage est supérieure à 31 jours ou si aucune date n'est prévue pour le retour ou à la fin du séjour, la couverture cessera de plein droit 31 jours après la date de départ ou de début de séjour. L'Assiteur se réserve le droit de réclamer au Bénéficiaire tout document attestant des dates de début et de fin de séjour (titres de transports, cartes d'embarquement, réservations d'hôtel...).

La couverture est considérée comme complémentaire en vertu de la présente notice d'information. L'Assiteur ne couvrira aucun coût qui peut être couvert par une autre institution, Caisse d'Assurance Maladie, compagnie d'assurance ou mutuelle, à l'exception des montants éligibles dépassant les limites couvertes par cette autre institution, compagnie d'assurance ou mutuelle dans les limites fixées dans la présente notice d'information. L'Assiteur n'est aucunement responsable des conséquences d'une faute médicale ou d'un traitement insuffisant ou inadéquat.

B. Couverture géographique de l'assistance à l'étranger

Les prestations d'assistance à l'étranger s'appliquent dans les pays du monde entier (à l'exception de ceux visés ci-après) et hors du pays du domicile du Bénéficiaire, à la suite d'un accident, de blessures, d'une maladie soudaine ou d'une hospitalisation imprévue dont le Bénéficiaire serait victime. Les garanties sont acquises pour toute la durée du séjour à l'étranger n'excédant pas 31 jours consécutifs et effectué dans le cadre d'un déplacement à titre privé ou professionnel et à but non médical. **Sont exclus de la présente garantie les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire ou subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, actes de piraterie, d'interdictions officielles, représailles, restrictions à la libre circulation des personnes et des biens (quel que soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique), grèves, explosions, tremblements de terre, cyclones, éruptions volcaniques et autres catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure.**

C. Faits générateurs dans le cadre de l'assistance à l'étranger

Les prestations sont acquises en cas d'accident, de blessures, de maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue survenant à l'un des Bénéficiaires. Pour pouvoir bénéficier des prestations offertes par la garantie d'assistance à l'étranger, le Bénéficiaire doit contacter l'Assiteur en indiquant le plus clairement possible le lieu où il se trouve dans un délai de 48 heures après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue. Au cas où le Bénéficiaire se trouve dans l'incapacité de contacter en personne l'Assiteur en raison de son état, toute notification faite par l'un de ses proches, la police, l'établissement de soins, les pompiers, ou toute personne étant intervenue suite au fait générateur, est recevable par l'Assiteur.

Règles à observer en cas de demande d'assistance de l'étranger

L'Assiteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense à l'étranger, il est nécessaire :

- d'obtenir l'accord préalable de l'Assiteur en appelant ou en faisant appeler sans attendre l'Assiteur, au numéro rappelé ci-après : **par téléphone : 00 33 9 69 39 29 13**,
- de se conformer aux procédures et aux solutions préconisées par l'Assiteur.

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge, le Bénéficiaire s'engage, à la demande de l'Assiteur, soit à :

- restituer les titres de transport originaux non utilisés qu'il détient,
- réserver le droit à l'Assiteur de les utiliser,
- rembourser à l'Assiteur les montants dont il obtiendrait le remboursement.

Dans le cadre d'avance de frais, le Bénéficiaire s'engage à signer lors de la demande d'assistance :

- une autorisation de transmission directe pour permettre à l'Assiteur d'effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié pour recouvrir les avances de frais engagées à ce titre,
- une lettre d'engagement sur l'honneur, par laquelle le Bénéficiaire s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par l'Assiteur en cas de non prise en charge par la Sécurité sociale.

Conseils :

Si le Bénéficiaire est assuré au titre du régime légal de l'Assurance maladie il est nécessaire pour bénéficier des prestations de l'Assurance maladie lors de son déplacement dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen (EEE) ou de la Suisse, d'être titulaire de la « Carte Européenne d'Assurance maladie » (individuelle et nominative) en cours de validité qu'il doit se procurer avant son départ auprès de sa caisse d'Assurance maladie.

Si le Bénéficiaire se déplace dans un pays qui ne fait pas partie de l'Espace Économique Européen (EEE) ou de la Suisse, il doit se renseigner, avant son départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de Sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, il doit consulter sa caisse d'Assurance maladie pour savoir s'il entre dans le champ d'application de ladite convention et s'il a des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire).

En cas de nécessité d'une attestation d'assistance médicale pour l'obtention d'un visa, celle-ci sera délivrée par l'Assiteur dans un délai de 8 jours ouvrés à compter de la réception de la demande écrite du Bénéficiaire assortie de tous les éléments nécessaires à sa rédaction (les éléments requis sont : nom, prénom, date de naissance, destination, durée de voyage, adresse de domicile, numéro du passeport, les numéros de téléphone où l'appeler en cas de nécessité).

Lors de ses déplacements, le Bénéficiaire ne doit pas oublier d'emporter les documents justifiants de son identité et tout document nécessaire à son voyage : passeport, carte nationale d'identité, carte de séjour, visa d'entrée, visa de retour, carnet de vaccination... et de surtout vérifier leur date de validité.

D. Exécution des prestations à l'étranger

Le Bénéficiaire doit présenter à l'Assiteur des copies conformes des documents suivants, dans un délai de deux mois à compter de la date du fait générateur :

- tout document justifiant de son lieu de domicile habituel et de la durée de son déplacement,
- le procès-verbal officiel émis par la police concernant l'accident,
- une photocopie du passeport et du visa (le cas échéant),
- le dossier médical complet préparé et délivré par le médecin ou l'établissement de soins dans lequel le Bénéficiaire a été traité, ainsi que les ordonnances médicales, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'Assiteur,
- les factures médicales et hospitalières,
- les factures soumises et le relevé des factures remboursées par la Sécurité sociale,
- tout autre justificatif que l'Assiteur estimera nécessaire pour apprécier le droit aux prestations d'assistance.

À défaut de présentation des justificatifs demandés, l'Assiteur pourrait refuser la prise en charge des frais d'assistance et/ou pourrait procéder à la refacturation des frais déjà engagés.

De plus, l'Assiteur est exonéré de l'obligation de fournir des prestations dans les cas suivants :

- si le Bénéficiaire ne notifie pas à l'Assiteur de la survenue de l'accident ou de la maladie soudaine nécessitant une assistance médicale ou autre dans un délai de 48 heures à partir de la survenue dudit accident ou maladie,
- si le Bénéficiaire ne présente pas tous les documents requis pour constituer le dossier relatif à la déclaration,
- si l'Assiteur n'a pas donné son accord préalable. Toute décision relative à un changement de traitement, au transfert du Bénéficiaire vers un autre centre médical, ou à toute autre mesure médicale nécessaire, y compris les opérations chirurgicales non urgentes, durant la période d'hospitalisation acceptée par l'Assiteur, est soumise obligatoirement à l'approbation préalable de l'Assiteur, sous peine d'un refus de couverture,
- si le Bénéficiaire ou la personne référente du Bénéficiaire refuse les prestations de l'Assiteur.

E. Obligations du Bénéficiaire en cas de demande d'assistance à l'étranger

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire libère du secret médical tous les médecins et membres du personnel paramédical qui ont été amenés à traiter de son cas, avant, pendant et après l'urgence médicale. Le Bénéficiaire est tenu de communiquer sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assiteur, tous les faits et circonstances requis en vertu de la garantie d'assistance à l'étranger.

Toute réticence ou omission dans la communication de ces données donne le droit à l'Assiteur de suspendre la garantie d'assistance dès qu'il prend connaissance des dits faits ou circonstances.

Dans le cas où le Bénéficiaire a souscrit à une autre police pour le même risque (Assurances et/ou Assistance), il doit la déclarer à l'Assiteur.

Article 27 • Prestations d'assistance à l'étranger

A. Le service d'informations et de prévention médicale

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire un service téléphonique disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avant et pendant le voyage, et ceci afin de délivrer des informations pratiques, organisationnelles et médicales. L'équipe médicale de l'Assisteur peut également répondre à toute question liée à la santé avant et pendant le voyage du Bénéficiaire (réseaux médicaux, modalités de soins, vaccinations, pathologies, hygiène). Ce service est conçu pour écouter, informer, orienter et, **en aucun cas, il ne peut se substituer à une consultation médicale sur place.** Les informations fournies ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription médicale personnalisée car il est impossible d'établir un diagnostic médical à partir d'un appel téléphonique. Les conseils seront livrés de façon objective selon les éléments communiqués par téléphone. **En cas d'urgence médicale, il est vivement conseillé de contacter directement les organismes de secours d'urgence locaux auxquels l'Assisteur ne peut se substituer.**

B. Le service d'accompagnement et d'écoute au cours d'une hospitalisation

Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés dès l'instant où un Bénéficiaire est hospitalisé à l'étranger. Ils apportent un soutien au Bénéficiaire ainsi qu'à sa famille en intervenant auprès du médecin en charge sur place, afin de lui apporter toutes les informations nécessaires sur les démarches thérapeutiques envisagées par le médecin en charge.

De plus, si la situation le nécessite (situation de crise, victimologie ou traumatologie), un service d'écoute est mis à disposition au Bénéficiaire ainsi qu'à sa famille avec une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue.

C. Mise à disposition d'un médecin sur place

Durant son séjour à l'étranger, le Bénéficiaire peut contacter l'Assisteur afin d'être dirigé si cela est nécessaire et chaque fois que cela est possible vers un médecin désigné par celui-ci dans la région où il se trouve.

Le diagnostic établi par ce médecin et le traitement préconisé par lui entrent dans le cadre de sa responsabilité professionnelle. L'Assisteur s'efforce de constituer un réseau de médecins référents dans les pays du monde entier, mais ne peut toutefois être tenu responsable en cas de non-disponibilité, de toute erreur de diagnostic ou de tout traitement inadapté ou inefficace.

D. Le transfert ou rapatriement sanitaire

a) Conseil médical

En cas de maladie, blessure, accident ou hospitalisation imprévus

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. L'un des médecins de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose les prestations médicales telles que :

- la poursuite du traitement, un transfert/rapatriement pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert/rapatriement vers un centre de soins mieux adapté, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- lorsque l'état de santé le permet, le rapatriement de l'établissement hospitalier de premiers soins vers un établissement proche du domicile ou directement au domicile du Bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur.

Selon l'état du Bénéficiaire, le transfert/rapatriement est organisé avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent (dans les conditions définies ci-dessus) :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- en train,
- en avion de ligne régulière,
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

Remarque : par sécurité pour le Bénéficiaire, tout transfert d'urgence reste à l'entièr responsabilité du médecin traitant ou de l'autorité médicale sur place. En aucun cas la responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée.

b) Transfert/rapatriement sanitaire

L'Assisteur se charge :

- de l'organisation du transfert/rapatriement,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du Bénéficiaire,

▪ de collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert/rapatriement éventuel.

Les frais correspondants sont intégralement pris en charge par l'Assisteur. Dans le cas où les frais sont pris en partie ou en totalité par la Sécurité sociale ou tout autre organisme de tiers payant, le Bénéficiaire est tenu de collaborer avec l'Assisteur pour recouvrir la part qui lui revient par ces organismes.

Toutefois aucun transfert, à l'exception du transfert d'urgence, ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.

Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert.

IMPORTANT : il est à cet égard, expressément convenu que la décision finale du transfert ou rapatriement sanitaire (à l'exception du transfert d'urgence) à mettre en œuvre appartient en dernier ressort aux médecins de l'Assisteur et ce, afin d'éviter tout conflit d'autorités médicales. Par ailleurs, dans le cas où le Bénéficiaire refuse de suivre la décision considérée comme la plus opportune par les médecins de l'Assisteur, il décharge expressément l'Assisteur de toute responsabilité, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou encore en cas d'aggravation de son état de santé.

E. Frais de secours sur piste

Lors d'un déplacement en France à plus de 50 kilomètres du domicile ou à l'étranger, en cas d'Accident ou de Blessure d'un Bénéficiaire sur une piste de ski balisée, ouverte aux skieurs au moment de l'événement, l'Assisteur prend en charge les frais de secours du lieu de l'incident s'entendant sur une piste balisée, jusqu'au centre de soins le plus proche à concurrence de 500 Euros TTC. En aucun cas, l'Assisteur ne sera tenu à l'organisation des secours. Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés. **Les frais de recherche sur piste ou en montagne restent à la charge du Bénéficiaire.**

F. Frais de prolongation de séjour

En cas d'Accident, de Blessure ou de Maladie, si l'état du bénéficiaire ne justifie pas une hospitalisation ou un transfert/rapatriement sanitaire et qu'il doit prolonger son séjour sur place à l'hôtel, sur ordonnance médicale exclusivement, l'Assisteur prend en charge ses frais d'hébergement ainsi que ceux d'un accompagnant Bénéficiaire, à concurrence de 125 Euros TTC par nuit pendant 10 nuits maximum, afin qu'il reste auprès du Bénéficiaire jusqu'à ce qu'il soit en état de revenir en France.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

G. Frais de prolongation de séjour suite à une hospitalisation

En cas d'Accident, de Blessure ou de Maladie, si le Bénéficiaire est dans l'obligation de prolonger son séjour pour raisons médicales avérées et après accord du médecin de l'Assisteur, l'Assisteur prend en charge les frais supplémentaires de prolongation du séjour dans l'hôtel où se trouve le Bénéficiaire jusqu'à concurrence de 125 Euros TTC par nuit, dans la limite de 10 nuits maximum.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

H. Présence d'un proche au chevet

Lorsque le Bénéficiaire hospitalisé sur le lieu de son Accident, de sa Blessure ou de sa Maladie et que les médecins de l'Assisteur jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que sa sortie ou son retour ne peut se faire avant 10 jours, l'Assisteur organise et prend en charge le transport aller et retour depuis la France d'une personne de son choix afin qu'elle se rende à son chevet.

Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un membre de sa famille en âge de majorité juridique.

L'Assisteur prend également en charge les frais d'hébergement de cette personne pendant 10 nuits maximum, jusqu'à un maximum de 125 Euros TTC par nuit. Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement. **Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Retour des Bénéficiaires ».**

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

I. Retour des bénéficiaires et des animaux de compagnie

L'Assisteur organise également et prend en charge le retour des Bénéficiaires se trouvant sur place, vers leur domicile habituel situé en France ou dans les DROM, ainsi que le retour des animaux de compagnie voyageant avec ces Bénéficiaires. L'Assisteur met à la disposition des Bénéficiaires susvisés le transport depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France ou dans les DROM.

J. Venue d'un proche pour récupération des enfants

En cas d'évacuation sanitaire du patient, la prise en charge d'un accompagnant sera systématique pour les enfants de moins de 16 ans restés sur place ou si la personne est handicapée, quel que soit son âge. Si personne n'est en mesure de s'occuper des enfants Bénéficiaires de moins de 16 ans restés sur place, l'Assisteur organise et prend en charge pour un proche résidant en France métropolitaine, désigné par le Bénéficiaire ou un membre de sa famille, son transport pour prendre les enfants en charge et les ramener à leur domicile ou chez lui en France ou dans les DROM.

K. Transmission du dossier médical au médecin traitant/référent habituel du bénéficiaire

Dans le cadre d'un suivi médical/hospitalier sur place, l'équipe médicale de l'Assisteur, après accord du Bénéficiaire, s'organise pour collecter les données médicales relatives au suivi des soins et prescriptions dispensés sur place. Ces éléments d'informations seront alors transmis, sous pli confidentiel, au médecin traitant/référent habituel du Bénéficiaire, afin d'être versés à son dossier médical.

L. Frais médicaux imprévus à l'étranger à la suite d'une maladie, d'une blessure, d'un accident ou d'une hospitalisation

a) Avance des frais médicaux

L'Assisteur fait l'avance au Bénéficiaire des frais d'hospitalisation, **dans la limite de 80 000 Euros TTC**, à condition qu'ils concernent des soins reçus en territoire étranger à la suite d'une maladie, d'une blessure, d'un accident ou d'une hospitalisation, imprévus survenus sur ce territoire.

Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- pour des soins prescrits en accord avec le médecin de l'Assisteur,
- tant que ce dernier juge que le Bénéficiaire est intransportable après recueil des informations auprès du médecin local. Aucune avance n'est accordée à dater du jour où l'Assisteur est en mesure d'effectuer le transport, même si le Bénéficiaire décide de rester sur place.

RAPPEL :

Pour pouvoir bénéficier de cette avance, le Bénéficiaire signera, lors de la demande d'assistance :

- une autorisation de transmission directe pour permettre à l'Assisteur d'effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié pour recouvrer les avances de frais engagées à ce titre,
- une lettre d'engagement sur l'honneur, par laquelle le Bénéficiaire s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par l'Assisteur en cas de non prise en charge par la Sécurité sociale.

b) Prise en charge du reste à charge des frais médicaux

L'Assisteur rembourse, sous condition de prise en charge par la Sécurité sociale et après intervention de celle-ci et d'organismes complémentaires, les frais médicaux définis ci-après, à condition que ces frais concernent des examens et soins reçus à l'étranger, sur ordonnance médicale, à la suite d'une maladie ou d'un accident imprévu survenus dans ce pays, **dans la limite de 80 000 Euros TTC**.

Frais médicaux couverts à l'étranger :

- honoraires médicaux,
- frais d'urgence,
- frais d'examens complémentaires (analyses, radiologies...) pharmaceutiques et de contrôle après hospitalisation ou d'urgence médicale,
- frais d'hospitalisation imprévue,
- frais chirurgicaux imprévus.

Pour donner lieu à remboursement, toute consultation, hospitalisation et intervention chirurgicale doivent être déclarées à l'Assisteur dans les 48 heures après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue.

L'Assisteur prend en charge sur présentation d'une facture acquittée, les frais occasionnés pour une prestation dentaire à caractère d'urgence **à concurrence de 160 Euros TTC par séjour à l'étranger**, sous condition de prise en charge par la Sécurité sociale après intervention de celle-ci et d'éventuels organismes complémentaires.

Sont considérés comme soins d'urgence :

- les soins pour calmer la douleur : les dévitalisations, pansements, obturations, extractions,
- les réparations de prothèses dentaires nécessaires pour permettre à nouveau la mastication (la mise en place de nouvelles prothèses conjointes ou adjointes n'est pas prise en charge).

M. Avance de caution pénale à l'étranger

L'Assisteur effectue, en l'absence de toute faute ou délit intentionnel commis directement par le Bénéficiaire, le dépôt des cautions pénales, civiles ou douanières, **dans la limite de 15 000 Euros TTC**, en cas d'incarcération du Bénéficiaire ou lorsque celui-ci est menacé de l'être. Ce dépôt de caution a le caractère d'une avance consentie au Bénéficiaire contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution auprès de l'Assisteur. **Cette avance devra être intégralement remboursée par le Bénéficiaire à l'Assisteur dans le délai de 30 jours à réception de la facture de l'Assisteur.**

N. Avance des frais de justice à l'étranger

L'Assisteur avance, **dans la limite de 1 525 Euros TTC**, des honoraires d'avocat et/ou frais de justice que le Bénéficiaire peut être amené à supporter à l'occasion d'une action en défense ou recours devant une juridiction étrangère, en cas d'accident, de vol, de dommages ou de tout autre préjudice subi au cours du séjour ou du voyage.

Cette avance est consentie au Bénéficiaire contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution auprès de l'Assisteur. **Cette avance devra être intégralement remboursée par le Bénéficiaire à l'Assisteur dans le délai de 30 jours à réception de la facture de l'Assisteur.**

O. Avance de fonds première nécessité

Pour tout événement lié à une cause non médicale, une avance de fonds pourra être consentie au Bénéficiaire par l'Assisteur, contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution, **à concurrence de 500 Euros TTC** afin de lui permettre de faire face à une dépense de première nécessité découlant d'une difficulté grave et de caractère imprévu.

Cette avance est consentie au Bénéficiaire contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution auprès de l'Assisteur. **Cette avance devra être intégralement remboursée par le Bénéficiaire à l'Assisteur dans le délai de 30 jours à réception de la facture de l'Assisteur.**

P. Remboursement des frais téléphoniques

Dans le seul cas de la mise en œuvre des garanties d'assistance à l'étranger, l'Assisteur rembourse à concurrence de 100 Euros TTC les frais téléphoniques restant à la charge du Bénéficiaire correspondant aux seuls appels à destination ou provenant de l'Assisteur. **Ce remboursement s'effectuera exclusivement sur demande du Bénéficiaire et sur présentation de la facture détaillée originale de l'opérateur téléphonique.**

Titre VII

CADRE JURIDIQUE

Article 28 • Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé : 46 rue du Moulin, CS 92443, 44120 Vertou et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

Article 29 • Conditions restrictives d'application des garanties

A. Comportement abusif

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non-remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

B. Responsabilité

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales. L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

C. Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

Article 30 • Exclusions

A. Exclusions communes à l'ensemble des prestations

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les frais engagés sans accord préalable de l'Assisteur et non expressément prévus par la présente notice d'information,
- les frais non justifiés par des documents justificatifs,

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et forte ou par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge des services de l'Assisteur matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engrassement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

B. Exclusions communes à toutes les prestations en cas de demande d'assistance à l'étranger

Dans le cadre de la présente garantie, l'Assisteur ne prend pas en charge :

- les cas d'assistance dont le fait génératrice est antérieur à l'adhésion aux garanties d'assistance et au voyage,
- les conséquences d'actes intentionnels de la part du Bénéficiaire ou les conséquences d'actes dolosifs,
- les conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'instabilité notoire, de mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure,
- les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectant diffusés de façon intentionnelle ou accidentelle, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions (ou leurs essais) quelles qu'elles soient, soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque le Bénéficiaire y participe en qualité de concurrent,
- les conséquences des tentatives de suicide,
- les cures thermales, les interventions à caractère esthétique et leurs conséquences éventuelles, les séjours en maison de repos, la rééducation, kinésithérapie, chiropraxie, les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou l'interruption volontaire de grossesse,
- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence,
- les demandes relatives à la procréation ou à la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les dommages survenus au Bénéficiaire se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire,
- les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour,
- les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple), les frais d'appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires, orthopédiques notamment),
- les frais de secours et de recherches de toute nature,
- les frais de soins dentaires supérieurs à 160 Euros TTC,
- les frais engagés en France qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenues à l'étranger ou dans le pays de résidence habituelle,
- les frais liés à la prise en charge d'états pathologiques ne relevant pas de l'urgence, les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination, les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés dans le pays de résidence habituelle, les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,

- les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques engagés dans le pays de résidence habituelle qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie, blessure(s) ou accident survenus hors du pays de résidence habituelle du Bénéficiaire,
- les frais occasionnés par la pratique d'un sport violent (sport de lutte (avec ou sans armes blanches), art martiaux et boxe) ou sports extrêmes basée sur le milieu dans lequel ils sont pratiqués : les sports aériens (base jump, saut à élastique, vol à voile, parapente, deltaplane, saut en parachute), les sports terrestres (alpinisme, escalade) et les sports aquatiques (barefoot, plongeon de haut vol, apnée) exercés en club ou en compétition, en amateur ou en professionnel,
- les greffes ou ablations d'organes, de tissus ou de cellules,
- les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le jour du départ en voyage et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse au-delà de la 28^{ème} semaine,
- les litiges dont le Bénéficiaire avait connaissance lors de l'adhésion aux garanties d'assistance,
- les voyages entrepris et les frais engagés dans un but de diagnostic et/ou de traitement lié à un état pathologique antérieur,
- tout acte intentionnel de la part du Bénéficiaire pouvant entraîner la mise en œuvre des garanties d'assistance,
- toute imprudence ou risque inutile pris par le Bénéficiaire, ou tout manquement de sa part à prendre des mesures raisonnables de précaution, sauf s'il a agi pour tenter de sauver une personne en danger,
- un fait générateur trouvant son origine dans une maladie et/ou blessure préexistante(s) diagnostiquée(s) et/ou traitée(s) ayant fait l'objet d'une hospitalisation (hospitalisation continue, hospitalisation de jour ou ambulatoire) dans les 6 mois précédent la demande d'assistance, qu'il s'agisse d'une manifestation ou de l'aggravation dudit état.

De même, le Bénéficiaire n'est pas couvert s'il voyage dans les cas suivants :

- contrairement à l'avis de son médecin,
- après avoir reçu un diagnostic de maladie chronique en phase terminale,
- lors d'une période de maladie, de traitement important ou d'incapacité à travailler, s'il doit subir une opération chirurgicale, sans que cela n'ait été encore fait.

Concernant les remboursements des frais médicaux à l'étranger

Les garanties sont mises en œuvre sans préjudice des dispositions des articles L.871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et des textes pris pour leur application. À ce titre sont exclues la prise en charge des franchises médicales et des participations forfaitaires dans l'hypothèse où elles ont été appliquées par la Sécurité sociale.

Article 31 • Nullité de la prestation

Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le Bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

Article 32 • Recours

Le Bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

Article 33 • Subrogation

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du Bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du Bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

Article 34 • Prescription

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'informations sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la Mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 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 de l'Adhérent, 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 l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L.221-11 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 adressée par la Mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L.221-12 du Code de la Mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code Civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

Article 35 • Protection des données personnelles

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutualistes Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé : 46, rue du Moulin, CS 92443, 44120 Vertou feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. À défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé.

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Économique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les

données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exercent auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dpo@vyv-es.fr ou en contactant : VYV ES – DPO, 46, rue du Moulin, CS 92443, 44120 Vertou. En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à : WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.bloctel.gouv.fr>.

Article 36 • Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire peut effectuer une réclamation auprès de RMA :

- Par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la présente notice.
- Si le Bénéficiaire n'a pas immédiatement obtenu satisfaction par téléphone, ou s'il souhaite effectuer sa réclamation par écrit, il peut adresser sa réclamation à l'adresse du siège social : RMA – Service Qualité – 46, rue du Moulin – CS 92443 – 44120 Vertou.

RMA adressera un accusé de réception dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi, sauf si une réponse peut être communiquée au Bénéficiaire dans ce délai.

À défaut, une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15.

Article 37 • Autorité de contrôle

Ressources Mutualistes Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.



Protection Santé Frontaliers Suisses est un contrat collectif d'assurance complémentaire santé souscrit auprès d'Harmonie Mutuelle.

Association pour la Protection Sociale des Travailleurs Transfrontaliers (APSTT) régie par la loi du 1^{er} juillet 1901.

Siège social : 9 -11, avenue du Rhin - 54520 Laxou.

Ressources Mutualistes Assistance, union d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRBOATRB28.

Siège social : 46 rue du Moulin - CS 92443 - 44120 Vertou.

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.

