Mon Gustave
le comparateur #malin

Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

Notice (valant conditions générales)

APRIL Santé Eco

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Sommaire

Préambule p.3

1. COMMENT S'EFFECTUE L'ADHÉSION AUX CONVENTIONS ? P.3

2. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ? P.4

3. QUE GARANTISSENT LES CONVENTIONS APRIL SANTÉ ECO ? P.5

4. VOS GARANTIES P.5
- 4.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES P.5
- 4.2 MODIFICATION DES NIVEAUX DE GARANTIES P.5
- 4.3 CONTENU DES GARANTIES P.6
- 4.4 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ P.8

5. CE QUE LES CONVENTIONS NE PRENNENT PAS EN CHARGE P.9

6. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ? P.9
- 6.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER P.9
- 6.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT P.9
- 6.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF P.9

7. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ? P.10
- 7.1 MODALITÉS D'ADHÉSION P.10
- 7.2 PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION P.10
- 7.3 CESSATION DE VOTRE ADHÉSION P.11

8. VOTRE COTISATION P.12
- 8.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ? P.12
- 8.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ? P.12
- 8.3 LES MODES DE PAIEMENT P.12
- 8.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ? P.13

9. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION À LA CONVENTION P.13

10. SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION P.13

11. PRESCRIPTION P.14

12. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ? P.14

13. PROTECTION DE VOS DONNÉES P.15

Lexique p.16

Tableaux des garanties p.18

Extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL p.23

Statuts de l'UNMI'Mut p.26

Règlement interieur UNMI'Mut p.42

Préambule

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre des Conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative APRIL Santé Eco souscrites par **l'Association des Assurés APRIL** auprès d'**UNMI'Mut** (Conventions d'assurance n° UNMI2022S1 et n° UNMI2022S2).

UNMI'Mut est une Mutuelle relevant des dispositions du livre II du Code de la mutualité, SIREN 851 629 162, dont le siège social est situé 50 avenue Daumesnil, 75012 PARIS.
Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.
UNMI'Mut est également désignée par le terme « Organisme assureur » dans la présente Notice.

L'Association des Assurés APRIL est une association loi 1901, 69439 LYON Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale.
L'Association des Assurés APRIL est également désignée par le terme « Association » dans la présente Notice.

L'organisme gestionnaire de ces Conventions d'assurance est, par délégation de l'organisme assureur, **APRIL Santé Prévoyance**, SASU au capital de 540 640 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON CEDEX 03 – RCS Lyon 428 702 409 – N°ORIAS 07 002 609 - soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.
APRIL Santé Prévoyance est désignée ci-après par le terme « APRIL ».

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à l'une des Conventions d'assurance référencée ci-dessus. Il est également désigné par le terme « Vous » dans la présente Notice.

Le terme « Assuré » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de l'une des Conventions d'assurance. Les Assurés sont inscrits au *Certificat d'adhésion*.

Pour Vous faciliter la compréhension, chaque terme ou expression écrit en italique avec une majuscule est défini(e) au Lexique.

1. Comment s'effectue l'adhésion aux conventions ?

L'adhésion aux Conventions d'assurance est constituée par la signature de la demande d'adhésion, la présente Notice valant conditions générales et l'émission du *Certificat d'adhésion* qui mentionne l'Organisme assureur.

Adhésion aux Conventions

- **Convention APRIL Santé Eco n° UNMI2022S1**

Vous adhérez à la Convention d'assurance APRIL Santé Eco n° UNMI2022S1 si Vous souscrivez un niveau de garanties autre que les niveaux Hospitalisation, un (1) et deux (2).
Cette Convention UNMI2020S1 est une convention de type « solidaire » et « responsable » c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L.871-1 et L862-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

En conséquence, aucune exclusion mentionnée au sein de la présente Notice ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et les frais de santé donnant lieu à remboursement de la *Sécurité sociale* sont garantis à minima à hauteur de 100% de la *Base de Remboursement* de la *Sécurité sociale* (remboursement *Sécurité sociale* inclus).

Cette Convention respecte les planchers minimaux et les plafonds maximums de garanties du « Contrat responsable » ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux *Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)*.

De même, en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dépenses de santé exposées dans le cadre du panier de soins « 100% santé » seront intégralement prises en charge dans les conditions et selon le calendrier déterminé au décret susvisé.

Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et règlementaires régissant les « contrats responsables et solidaires ».

À NOTER

Si Vous avez adhéré à l'un des niveaux de garanties responsables et que Vous souhaitez bénéficier du régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin », Vous devez obligatoirement :

- Relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou des Bénéfices Non Commerciaux ou des traitements et salaires en application des dispositions de l'article 62 du Code général des impôts ;
- Être affilié à un *Régime Obligatoire* d'assurance maladie français ;
- Être à jour du paiement de vos cotisations au titre des Régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquels Vous êtes affilié.

• Convention APRIL Santé Eco n° UNMI2022S2

Vous adhérez à la Convention d'assurance APRIL Santé Eco n° UNMI2022S2 si Vous souscrivez à un des niveaux de garanties Hospitalisation, un (1) ou deux (2).

Cette Convention d'assurance est dite non responsable, c'est-à-dire qu'elle ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L.871-1 et L.862-4 du Code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale. Elle n'est donc pas éligible au régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin ».

2. Qui peut adhérer et être assuré ?

Pour adhérer et être assuré au titre de l'une des Conventions d'assurance APRIL Santé Eco, le proposant doit :

- Résider en France Continentale, Corse ou dans un Département ou Région d'Outre-Mer (DROM) **à l'exclusion de Mayotte,** ou dans l'une des Collectivités d'Outre-Mer (COM) suivantes : Saint Barthélémy ou Saint Martin.
- Relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire français.
- Être âgé de dix-huit (18) ans au moins et de quatre-vingt-cinq (85) ans au plus au 31 décembre de l'année de la prise d'effet de l'adhésion.

Peuvent également être assurés au titre de ces Conventions, votre *Conjoint* et vos *Enfants*, ayants droit aux prestations en nature d'un *Régime Obligatoire* d'assurance maladie français. Ils sont alors inscrits au *Certificat d'adhésion*.

Attention :

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et de chacun des Assurés. Ils doivent en conséquence répondre aux questions posées par l'organisme assureur qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend à sa charge.
Toute inexactitude, omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle établie par APRIL dans les informations qui lui seront fournies entrainera l'application des sanctions prévues à l'article L.221-14 et L.221-15 du Code de la mutualité ci-dessous reproduits.

Article L.221-14 du Code de la mutualité :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Lorsque l'adhésion à la mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel, les deux premiers alinéas ne s'appliquent pas.

Article L.221-15 du Code de la mutualité :

Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle ou l'union a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle ou l'union restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

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

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du précédent alinéa.

3. Que garantissent les conventions APRIL Santé Eco ?

Les Conventions APRIL Santé Eco garantissent le remboursement des frais médicaux et/ou chirurgicaux ainsi que les dépenses de soins de santé.

Ces frais ou dépenses doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité des garanties.

APRIL Santé Eco comprend différents niveaux de garanties :

- Trois (3) niveaux de garanties non responsables : les niveaux de garanties Hospitalisation, un (1) et 2 (deux).
- Quatre (4) niveaux de garanties responsables : les niveaux de garanties trois (3) à 6 (six).

4. Vos garanties

4.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Pour chaque garantie, les montants de remboursement sont précisés au sein des tableaux des garanties figurant en annexe en fonction du niveau de garantie souscrit.

Selon les garanties, les montants de remboursement sont exprimés :
- En Frais réels ;
- En pourcentage du tarif en vigueur fixé par la *Sécurité sociale* (*Base de Remboursement*) ;
- Ou sous la forme d'un forfait. Sauf disposition contraire indiquée au tableau des garanties, ces forfaits sont valables par *Année d'Adhésion* et par *Assuré*, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

LES REMBOURSEMENTS SONT TOUJOURS EFFECTUES DEDUCTION FAITE DU REMBOURSEMENT DE LA *SECURITE SOCIALE* (SAUF DISPOSITION CONTRAIRE MENTIONNEE AU TABLEAU DES GARANTIES OU DANS LA PRESENTE NOTICE) OU DE TOUT AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE AUPRES DUQUEL VOUS POURRIEZ ETRE ASSURE ET DANS LA LIMITE DE VOS GARANTIES.
DANS TOUS LES CAS, VOS REMBOURSEMENTS SONT LIMITES AU MONTANT DE VOTRE DEPENSE REELLE.

Quand elles sont contractées sans fraude et conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la Convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

4.2 MODIFICATION DES NIVEAUX DE GARANTIES

Tout changement de niveau de garanties est soumis à étude et acceptation préalable de la part d'APRIL.

4.3 CONTENU DES GARANTIES

Les garanties dont Vous bénéficiez dépendent du niveau de garanties que Vous avez souscrit.

Il convient pour chaque garantie de se reporter à l'article concerné ainsi qu'aux tableaux des garanties joints à la présente Notice qui précisent les conditions et modalités de prise en charge.

Les montants et les plafonds de garanties sont indiqués au sein des tableaux de garanties.

Pour pouvoir être remboursés, les frais engagés doivent avoir fait l'objet d'une prise en charge par le *Régime Obligatoire*.
Sauf disposition contraire mentionnée dans la présente Notice ou dans les tableaux des garanties, les frais non pris en charge par le *Régime Obligatoire* ou pris en charge mais non remboursés ne sont pas garantis.

- **Limitation :**

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la *Base de Remboursement* de la *Sécurité sociale* (à l'exception des garanties 100% santé, des médicaments et Honoraires en cas d'*Hospitalisation* à la suite d'un *Accident*) ainsi que les équipements optiques de classe B (Offre libre), font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré.

- **Délai d'attente :**

Les frais engagés au titre des garanties non remboursées par la *Sécurité sociale* et exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré ; sauf s'ils sont consécutifs à un *Accident* dont l'Assuré est victime après la prise d'effet des garanties.
Passé ce délai, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

4.3.1 HOSPITALISATION

Sont pris en charge au titre de cette garanties les frais de soins dits "de courte durée" dispensés au cours d'une *Hospitalisation* selon les modalités suivantes :

Hospitalisation en *Secteur conventionné* :

- **Séjours en Médecine, Chirurgie, *Hospitalisation* à domicile et Maternité**

Frais de séjour

En cas d'*Hospitalisation*, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à votre charge après un remboursement partiel de la *Sécurité sociale*.

Forfait journalier hospitalier

Est pris en charge le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une *Hospitalisation*. Le montant de ce forfait est règlementé et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

Honoraires médicaux et chirurgicaux

Sont pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux relatifs à une *Hospitalisation* (y compris en cas d'*Hospitalisation* à domicile) ou à une intervention chirurgicale.

Le niveau de prise en charge varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un *Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)* prévu par la convention nationale médicale.

Chambre particulière (hors hospitalisation psychiatrique)

Prise en charge des frais de chambre particulière pour les séjours en médecine, chirurgie et maternité.

Frais d'accompagnant

Cette garantie prévoit, en cas d'*Hospitalisation* d'un Assuré, le versement d'un forfait journalier prenant en charge le cas échéant les frais de repas et de lit de l'accompagnant.

- **Séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés ainsi que les séjours en psychiatrie en *Secteur conventionné***

Sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, les frais de séjour, les honoraires et frais médicaux pour :
- Les séjours en soins de suite, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec *Hospitalisation*, les frais de maison de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,

- Les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues.
- Les *Hospitalisations* pour motif psychiatrique prises en charge par la *Sécurité Sociale.*

Hospitalisation en *Secteur non conventionné*

Sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de séjour et de soins pris en charge par la *Sécurité sociale.*

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la *Base de Remboursement* de la Sécurité *sociale.*

4.3.2 SOINS COURANTS

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

Les honoraires médicaux

Sont pris en charge les honoraires pratiqués pour :

- Une consultation au cabinet du médecin (généraliste ou spécialiste) ou pour une visite effectuée par ce dernier à domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes).
- Les actes techniques médicaux, actes de chirurgie, actes obstétriques et actes d'imagerie médicale.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un *Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)* prévu par la convention nationale médicale.

***Les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors parcours de soins coordonnés »* sont soumis à des conditions de remboursement spécifiques :**
Conformément aux dispositions relatives aux contrats dits « responsables », la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la *Sécurité sociale*) et/ou les dépassements d'honoraires ne seront pas pris en charge.

Le Forfait Patient Urgences et forfait actes lourds

Les honoraires paramédicaux,

Les frais d'analyse et examens de laboratoires

À NOTER
Les frais de santé listés ci-dessus sont pris en charge y compris en soins externes et à domicile.

Les médicaments remboursés par la *Sécurité sociale* à hauteur de 65%

Les frais de transport :

Les frais de transport sont également pris en charge dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin.

Le matériel médical :

Sont pris en charge au titre de cette garantie les prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèses Auditives et accessoires optiques).

Psychologues conventionnés remboursés par la *Sécurité sociale*

Les dépenses médicales effectuées à l'étranger remboursées par la *Sécurité sociale* française :

Sont pris en charge vos frais médicaux chirurgicaux et/ou d'*Hospitalisation* lors d'un séjour temporaire dans le monde entier **dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la *Sécurité sociale* française.**
La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la *Base de Remboursement* de la *Sécurité sociale*, et exclut tout autre remboursement de la part d'APRIL.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

4.3.3 DENTAIRE

Soins dentaires et Inlays-Onlays remboursés par la *Sécurité sociale*

Sont pris en charge au titre de cette garantie :
- Les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien-dentiste
- Les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux.

Soins et Prothèses 100% santé

Prothèses (dont offre Modérée ou offre Libre)

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de prothèses dentaires (dont les appareils dentaires) qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de la *Sécurité sociale*.

Orthodontie remboursée par la *Sécurité sociale*

4.3.4 OPTIQUE

Seuls les frais d'optique ayant fait l'objet d'une prescription médicale sont pris en charge.

Equipement optique

- **Disposition générales**

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'équipement d'optique médical remboursés par la *Sécurité sociale* comme indiqué au sein de votre tableau des garanties en fonction du niveau souscrit, du niveau de correction de vue de l'Assuré et de la complexité des verres (cf. annexe Grilles optiques).

- **Equipement 100% santé et dispositions spécifiques aux contrats « responsables et solidaires » (niveaux de garanties responsables)**

Si Vous avez souscrit un niveau de garanties responsable, les conditions de prise en charge de l'équipement d'optique médical s'effectuent dans les conditions prévues par le dispositif des contrats « responsables et solidaires ».

La prise en charge des verres et des frais de monture est limitée comme indiqué aux tableaux des garanties.
Les équipements « 100% santé » seront intégralement pris en charge après remboursement du *Régime Obligatoire* dans les conditions fixées par le décret n°2019-21 relatif aux contrats « responsables et solidaires ».

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement complet (composé de deux verres et d'une monture) par période de **deux ans à compter du dernier renouvellement** de l'équipement ou par période **d'un an** pour les Assurés de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Un renouvellement anticipé est possible en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières.

Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour un équipement complet classe B)

Lentilles acceptées par la *Sécurité Sociale*

4.3.5 AIDES AUDITIVES

Sont pris en charge les dispositifs médicaux visant à compenser une perte d'audition (audioprothèse/appareil auditif).

Equipement « 100% santé » et dispositions spécifiques aux contrats « responsables et solidaires » (niveaux de garanties responsables) :

Si Vous avez souscrit un niveau de garanties responsable, à compter du 1er janvier 2021, la prise en charge des équipements auditifs s'effectue selon les dispositions du décret n°2019-21 relatif aux contrats responsables et solidaires. Les équipements « 100% santé » (équipements de classe I) seront intégralement pris en charge après remboursement du *Régime Obligatoire.*

Les plafonds de prise en charge et les durées de renouvellement de la garantie AIDES AUDITIVES sont conditionnés au respect du dispositif relatif aux « contrats responsables et solidaires » et figurent au sein du tableau des garanties.

4.4 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ

Si vous avez souscrit le niveau un (1) de garanties, Vous ne bénéficiez pas de ce service sur les garanties prévues au paragraphe 4.3.2 « Soins courants » et Vous devrez effectuer l'avance des frais de santé.

Ce service Vous permet de ne pas régler les frais de soins pris en charge par la *Sécurité sociale* auprès des professionnels de santé acceptant le Tiers payant. Cette dispense de paiement est limitée au montant de la *Base de Remboursement* ou au montant des plafonds et forfaits prévus aux tableaux des garanties.
Pour bénéficier de ce service, Vous devrez présenter au professionnel de santé votre carte Tiers Payant Santé.

5. Ce que les conventions ne prennent pas en charge

Sont exclus de l'ensemble des garanties :

- **Les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires ;**
- **Les séjours en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en longs séjours ;**
- **Les soins esthétiques, les cures de toutes natures, la thalassothérapie ;**
- **La participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux ;**
- **La diminution du remboursement de la *Sécurité sociale* et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonné ;**
- **Les frais de soins non pris en charge par la *Sécurité sociale* et/ou ne figurant pas à la nomenclature de la *Sécurité sociale* sauf disposition contraire mentionnée aux tableaux des garanties.**

6. Que faut-il faire pour obtenir vos remboursements ?

6.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER

Si Vous bénéficiez de la télétransmission des informations entre la *Sécurité sociale* et APRIL, vos remboursements s'effectueront automatiquement.

Dans les autres cas, ou si Vous n'utilisez pas le système de télétransmission lors de votre dépense de santé, Vous devrez adresser à APRIL, Service Prestations, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 694396 Lyon Cedex 03 :

- Les originaux des décomptes délivrés par la *Sécurité sociale*,
- Y compris lorsque la *Sécurité sociale* n'intervient pas : les originaux des notes ou factures acquittées comportant le numéro SIRET du praticien, précisant le nom et prénom de l'Assuré concerné et les actes ou prestations réalisés pour lesquels un remboursement est prévu au sein du tableau des garanties ainsi que les prescriptions médicales,
- Les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.
- En cas d'hospitalisation, le bulletin de situation, factures et notes d'honoraires et sur demande, un certificat médical détaillé.

Pour vos frais d'optique : si Vous n'utilisez pas le service Tiers payant Optique, Vous devrez Nous adresser les factures et ordonnances relatives aux frais dont le remboursement est demandé.

Dans le cadre du dispositif relatif aux contrats « solidaires et responsables », en cas de renouvellement anticipé de l'équipement d'optique médical (verres et monture), l'Assuré devra Nous communiquer la prescription médicale et tout justificatif permettant d'attester que ce renouvellement anticipé est consécutif à une évolution de la vue.
A défaut, les frais liés à l'acquisition de l'équipement d'optique médical ne seront pas pris en charge au titre de la garantie Optique.

APRIL pourra demander toutes autres pièces en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de sa demande de prestations.

Les modalités de transmission de ces documents sont détaillées à l'article 9 « Gestion administrative de votre adhésion ».

6.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Organisme assureur est subrogé dans vos droits. Cela signifie que si les frais de santé remboursés sont la conséquence d'un *Accident* causé par un tiers, APRIL pourra agir contre ce dernier pour récupérer les sommes qui Vous ont été versées. Les modalités de transmission de ces documents sont détaillées à l'article 9 « Gestion administrative de votre adhésion ».

6.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF

APRIL pourra demander à l'Assuré ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Assuré devra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL. De même APRIL pourra faire procéder à des contrôles et/ou enquêtes nécessaires.

APRIL se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré à tout moment, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'*Accident* ou de la *Maladie* par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, ledit médecin désigné par APRIL doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.
Le médecin expert missionné par APRIL sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'Assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Dans ce cas, les frais et honoraires du médecin de l'Assuré resteront à sa charge.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

En cas de contestation d'ordre médical, chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

7. À partir de quand et pour combien de temps êtes-vous garanti ?

7.1 MODALITÉS D'ADHÉSION

Si Vous adhérez à la Convention en signant la demande d'adhésion papier, par votre signature, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre contrat dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous Vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Si Vous avez choisi d'adhérer à la Convention par internet, Vous signez électroniquement la demande d'adhésion. Pour signer électroniquement, Vous devez renseigner le « code signature » qui Vous aura été personnellement communiqué par SMS (au numéro de téléphone que Vous Nous aurez communiqué sur votre demande d'adhésion). Ce « code signature » a une durée de validité limitée et est strictement personnel et confidentiel. En utilisant ce « code signature », Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Aussitôt après la signature de votre demande d'adhésion, Vous recevrez un courriel de confirmation à l'adresse électronique que Vous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre demande d'adhésion par APRIL. Vous disposez d'un accès sécurisé sur un site dédié Vous permettant d'accéder à tout moment à l'ensemble des documents.

Les documents signés sont archivés par APRIL chez un tiers certifié et serviront de preuve en cas de différend sur l'application des conditions du contrat
Si votre adhésion s'effectue dans le cadre d'une reprise à la concurrence non déclarée à l'adhésion, il Vous appartiendra de procéder aux formalités de résiliation de l'ancien contrat. Dans ce cas l'Organisme assureur ne sera pas responsable en cas d'interruption de couverture.

7.2 PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

Votre adhésion à la Convention est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL.

Votre date d'adhésion correspond à la date de prise d'effet des garanties que Vous avez indiquée sur votre demande d'adhésion, elle intervient au plus tôt :

- Au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL, en cas d'adhésion par papier ;
- Au lendemain de la date de signature électronique de votre demande d'adhésion, en cas d'adhésion par internet.

Cette date figure sur le *Certificat d'adhésion* qui Vous sera envoyé sur support papier par voie postale ou mis à votre disposition sur support durable via un accès sécurisé sur votre Espace Assuré.

Votre adhésion est conclue pour une première période s'achevant au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle par tacite reconduction pour douze (12) mois au 31 décembre de chaque année.

Vos garanties sont viagères, c'est-à-dire que l'Organisme assureur ne pourra mettre fin aux garanties sauf dans les cas mentionnés au paragraphe « Cessation de votre adhésion ».

Ajout d'un Assuré :

L'acceptation d'un nouvel Assuré par APRIL est concrétisée par l'émission d'un nouveau *Certificat d'adhésion* précisant la date de prise d'effet des garanties du nouvel Assuré.

Faculté de renonciation :

Conformément aux articles L.221-18 et suivants du Code de la mutualité, Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires.

Le point de départ du délai de renonciation est défini comme suit :

- **En cas d'adhésion à la convention à distance (article L.221-18 du Code de la mutualité) :**

« Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n›entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d›un délai de quatorze jours *(14) calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :*
a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ; »

- **En cas d'adhésion suite à un démarchage à domicile (article L.221-18-1 du Code de la mutualité) :**

« *Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (...)*
Dès lors qu›il a connaissance de la réalisation d›un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.
Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle ou à l'union si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation ».

Dans ces deux cas, pour exercer votre droit à renonciation :

Vous devez adresser une demande de renonciation dénuée d'ambiguïté à l'adresse suivante :

- Par courrier : APRIL Santé Prévoyance, Service Adhésion Santé, Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON Cedex 03.
- Par courrier électronique : relationclient@april.com

Vous pouvez utiliser le modèle de rédaction suivant :
"Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la convention « *APRIL Santé Eco* » *que j'avais souscrite le .....par l'intermédiaire du cabinet....*
Fait à ..... le ..... signature ..... ».
Vous pouvez également adresser votre courrier par *Lettre Recommandée Electronique* à l'adresse suivante : relation.client@april.com.
L'adhésion à l'une des Conventions et le bénéfice des garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et Nous Vous rembourserons les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.
Si des prestations Vous ont déjà été versées au titre de votre adhésion à l'une des Conventions, Vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

7.3 CESSATION DE VOTRE ADHÉSION

Les garanties et le droit aux prestations cessent pour l'ensemble des Assurés dès la résiliation de votre adhésion dans les cas suivants :

A votre initiative :

- A chaque échéance (soit le 31 décembre de chaque année) par notification adressée au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre).

Votre résiliation prendra effet au 1er janvier de l'année qui suit.
- À tout moment, après douze (12) mois d'adhésion.

Votre résiliation prendra alors effet un mois à compter de la date de réception de votre notification.
Nous Vous adresserons un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation.
- En cas de modification des conditions de votre contrat à l'initiative de l'Organisme assureur, Vous disposez d'un délai de 30 (trente) jours à compter de la notification pour résilier votre adhésion en raison de ces modifications.

La résiliation doit être notifiée à APRIL selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) adressée à l'adresse suivante : 114 Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03
- Par *Lettre Recommandée Electronique ou* courrier électronique adressée à l'adresse suivante : relationclient@april.com

- A l'aide du formulaire mis à disposition sur votre Espace Assuré.

Vous serez redevable de la part de cotisation correspondant à la période jusqu'à laquelle vos garanties sont en vigueur. En cas de trop versé de votre part, Nous Vous rembourserons sous un délai de trente (30) jours à compter de la date de résiliation de vos garanties.

A l'initiative d'APRIL :

- En cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation »,
- En cas de dénonciation de la Convention par l'Association des Assurés APRIL ou l'Organisme assureur à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de l'Association. Vous en serez informé par l'Association et l'Organisme assureur Vous maintiendra le bénéfice de vos garanties.
- En cas de fausse déclaration, conformément au paragraphe 10 « Sanctions en cas de fausse déclaration ».

À NOTER

Chaque Assuré cesse d'être garanti dès lors qu'il ne relève plus d'un *Régime Obligatoire* d'assurance maladie français.

8. Votre cotisation

8.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- De l'âge de chaque Assuré à la date de prise d'effet des garanties (l'âge est calculé par différence de millésime entrée l'année de prise d'effet des garanties et l'année de naissance),
- Du niveau de garanties que Vous avez souscrit,
- Du *Régime Obligatoire* de chaque Assuré,
- Du département de *Résidence* de l'Adhérent.

En cas de modification du niveau de garanties ou de changement de *Régime Obligatoire* d'un Assuré, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge des Assurés à la date de prise d'effet de ladite modification.

Les taxes actuelles à la charge des Adhérents sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

8.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation évolue contractuellement de deux et demi pour cent (2.5%) au premier (1er) janvier de chaque année.

A ce taux, peut s'ajouter l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'*Année d'Adhésion*, de l'âge de chaque Assuré, de la zone géographique de la *Résidence*, de la composition de la famille assurée, du *Régime Obligatoire* et des garanties souscrites.

En tout état de cause, tout changement du taux des taxes ou toute instauration de nouvelles impositions applicables à la Convention, toute évolution de la réglementation ou de la législation applicable à la Convention, entraînera une modification du montant de la cotisation.

Vous disposez d'un délai de 30 (trente) jours suivant la réception de votre avis d'échéance pour résilier votre Adhésion en raison de cette augmentation, dans les conditions définies au paragraphe 7.3 des présentes.

Les augmentations de cotisations ont lieu :

- Chaque année au 1er janvier,
- Ou éventuellement en cours d'année **en cas de modification de la règlementation applicable** ou si les montants pris en charge par les conventions d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés suite à l'évolution de la réglementation de la *Sécurité sociale*.

8.3 LES MODES DE PAIEMENT

La cotisation est payable d'avance annuellement, par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.
Elle peut faire l'objet d'un fractionnement selon le mode de paiement que Vous avez choisi :
- Semestriel,
- Trimestriel (par prélèvement automatique seulement),
- Mensuel (par prélèvement automatique seulement).

8.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?

A défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, APRIL Vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties trente (30) jours plus tard.
Après un nouveau délai de dix (10) jours, votre adhésion sera résiliée.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du jour du paiement.

9. La gestion administrative de votre adhésion à la convention

La gestion de votre adhésion est confiée à APRIL. L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent donc être transmis directement à APRIL.

Votre adhésion est établie d'après les déclarations que Vous avez faites lors de votre adhésion et pendant la durée de celle-ci.
Au cours de votre adhésion, Vous devez déclarer à APRIL, dès que Vous en avez connaissance, et au plus tard dans les trois (3) mois, tout changement concernant les critères ayant servi à la détermination de la cotisation à l'adhésion.
Si la modification entraîne un changement du montant de la cotisation, Vous avez trente (30) jours pour accepter ou refuser cette proposition. En cas de refus, la résiliation de votre adhésion prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

Comment s'adresser à APRIL ?

L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent être transmis à APRIL par l'intermédiaire de votre Espace assuré ou par courrier à l'une des adresses suivantes :

- Pour toutes demandes relatives au règlement des prestations : APRIL Santé Prévoyance, Service Prestations, TSA 60002, 69439 Lyon Cedex 03,
- Pour toute autre demande relative à Votre contrat : APRIL Santé Prévoyance, Service Adhésion Santé, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

Votre Espace Assuré :

L'ensemble des informations devant être portées à la connaissance d'APRIL, les demandes de modifications et de remboursement doivent être formulées sur votre Espace Assuré. Il s'agit d'un espace sécurisé dont l'accès est protégé par un identifiant et un mot de passe personnels, disponible sur https://monespace.april.fr. L'identifiant et les modalités de connexion Vous sont adressés par APRIL lors de l'adhésion.
Les rubriques dédiées de votre Espace Assuré Vous permettent de consulter vos documents contractuels, les échanges avec nos services de gestion et d'avoir accès à l'ensemble de vos données personnelles et remboursements ou demandes de remboursement.
Des formulaires sont disponibles en ligne afin de Vous permettre d'effectuer chacune des demandes de modifications concernant votre contrat, notamment les changements de garanties, les modifications de bénéficiaires, les modifications d'IBAN (concernant le prélèvement des cotisations ou le versement de vos prestations) ainsi que la résiliation de votre adhésion.

Comment APRIL s'adresse à Vous dans la cadre de la gestion de votre adhésion ?

Les informations relatives à l'exécution de votre adhésion Vous seront transmises par APRIL à l'adresse email que Vous avez communiquée. Vous pouvez à tout moment demander, par écrit, à APRIL, de cesser ce mode de communication.
De plus, l'ensemble des documents liés à votre adhésion seront consultables sur votre Espace Assuré.
En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, Vous devez avertir APRIL dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers ou courriels transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

10. Sanctions en cas de fausse déclaration

Toute omission, réticence, fausse déclaration établie par APRIL dans les informations qui lui seront fournies expose l'Assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

11. Prescription

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme des délais fixés par les articles suivants du Code de la mutualité :

- **Article L.221-11 : « Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

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

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

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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

- **Article L.221-12 : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »**

- **Article L.221-12-1 : « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »**

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),**
- **la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),**
- **une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),**
- **l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),**
- **l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).**
- **Cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).**

12. Que faire en cas de réclamations ?

Pour toute réclamation, Vous pouvez vous adresser en premier lieu à votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis votre Espace Assuré.

Si la réponse ne Vous satisfait pas, Vous pouvez adresser en second lieu votre demande à notre Service Réclamation par mail : reclamations@april.com ou par courrier : Service Réclamations – APRIL Santé Prévoyance – 114 Bd Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03.
Vos interlocuteurs seront attachés à Vous apporter une réponse sous dix (10) jours ouvrables ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, Nous Nous engageons à Vous communiquer le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder deux (2) mois.

Médiation :

Si le désaccord persiste après épuisement des voies internes de traitement des réclamations, Vous pouvez faire appel au Médiateur compétent :

- Toute demande de médiation doit être précédée d'une réclamation écrite auprès de nos services. Si la réponse apportée ne Vous satisfait pas ou si Vous n'avez pas obtenu de réponse depuis plus de deux (2) mois, Vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française dans un délai d'un an suivant la date de votre réclamation.
- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.
- Cette démarche ne Vous empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours si Vous le souhaitez.
- Le Médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance.

Vous pouvez contacter le Médiateur de la Mutualité Française :

- Par courrier : le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF), 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.
- Ou par courrier électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site du Médiateur de la Mutualité Française : http://www.mediateur-mutualite.fr - Rubrique : saisir le Médiateur.

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance par Internet, Vous pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : http : //ec.europa.eu/consumers/odr/.

Nous Vous conseillons de toujours Vous adresser au préalable à notre Service Réclamations qui Vous orientera au mieux et pourra Vous fournir des informations sur la constitution du dossier de demande de médiation.

13. Protection de vos données

Dans le cadre de votre contrat d'assurance, l'Organisme assureur et APRIL Santé Prévoyance collectent et traitent des données personnelles Vous concernant et concernant chaque assuré en qualité de responsables conjoints de traitement.
Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui a été fournie lors du parcours d'adhésion au contrat d'assurance et qui est également accessible sur votre Espace Assuré.

Par ailleurs, Nous Vous informons que :

- L'Organisme assureur est seul responsable de certains traitements de données personnelles Vous concernant et concernant chaque assuré. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, Vous pouvez demander la Politique de protection des données personnelles de l'Organisme assureur **à l'adresse email** suivante : dpo@unmi.eu

- APRIL Santé Prévoyance est seule responsable de certains traitements de données personnelles Vous concernant et concernant chaque assuré. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui a été fournie lors du parcours d'adhésion au contrat d'assurance et qui est également accessible sur votre Espace Assuré.

Lexique

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et violente d'une cause extérieure, dont l'Assuré est victime pendant la période de validité de ses garanties.

ANNÉE D'ADHÉSION

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties portée au *Certificat d'adhésion* pour chaque Assuré.

BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif de base déterminé par l'Assurance Maladie Française comme référence pour le calcul des remboursements (le montant remboursé par la *Sécurité sociale* résulte de l'application d'un taux de remboursement sur ce tarif de base).
Ce tarif de base peut, selon les actes, être désigné par l'Assurance Maladie sous les termes ***TA, TC, TFR*** ou ***TR.***

CERTIFICAT D'ADHÉSION

Document remis à l'Adhérent constatant son adhésion à la Convention et qui précise les garanties souscrites, leur date d'effet et le niveau choisi.

CONJOINT

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif, le (a) concubin(e) déclaré(e) ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (DPTAM)

Le *DPTAM* est un terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

Le CAS, l'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO vise de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

En consultant un médecin adhérent au *DPTAM*, Vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la *Sécurité sociale*.

Par ailleurs, les contrats d'assurance santé complémentaire qui prévoient une prise en charge des dépassements d'honoraires doivent prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérents au *DPTAM* par rapport aux médecins non adhérents, y compris les médecins non-conventionnés.
Pour connaître les médecins adhérant à un *DPTAM*, Vous pouvez consulter le site ameli-direct.fr.

ENFANT(S)

Les *Enfants*, à charge de l'Adhérent ou de son *Conjoint*, jusqu'au 31 décembre de leur 20ème anniversaire, bénéficiant des prestations en nature d'un *Régime Obligatoire*.
La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française.

HOSPITALISATION

Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilité(e) à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.
Sont également considérés comme une *Hospitalisation* au sens du contrat, les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (Hospitalisation ambulatoire) et les *Hospitalisations* à domicile (H.A.D.) prises en charge par la *Sécurité sociale*.

LETTRE RECOMMANDÉE ELECTRONIQUE

Pour être conforme et recevable, une *Lettre Recommandée Electronique* doit être acheminée par un tiers selon un procédé permettant d'identifier le tiers, de désigner l'expéditeur, de garantir l'identité du destinataire et d'établir si le document a été déposé et remis au destinataire conformément aux dispositions de l'article L.100 du Code des Postes et des Communications Electroniques.

MALADIE

Altération de la santé constatée par une autorité médicale pendant la période de garantie.

RÉGIME OBLIGATOIRE

Le Régime français de *Sécurité sociale* auquel est affilié l'Assuré.

RÉSIDENCE

Lieu de situation du logement que l'Adhérent occupe habituellement et effectivement avec sa famille.

SECTEUR CONVENTIONNÉ

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la *Sécurité sociale* et pratiquant des tarifs contrôlés. Au sein du *Secteur conventionné*, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la *Sécurité sociale*.
Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de la *Sécurité sociale*. Le ticket modérateur et le dépassement de la *Base de Remboursement* du *Régime Obligatoire* sont alors à la charge de l'assuré social.

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la *Sécurité sociale* et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la *Sécurité sociale* est alors effectué sur une base minorée.

SÉCURITÉ SOCIALE

Terme générique utilisé dans la présente Notice pour désigner le régime d'Assurance Maladie auprès duquel l'Assuré est affilié.

TA (TARIF D'AUTORITÉ)

Base de Remboursement de la *Sécurité sociale* établie entre la *Sécurité sociale* française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (TARIF DE CONVENTION)

Base de Remboursement établie entre la *Sécurité sociale* française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TFR (TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITÉ)

Base de Remboursement calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établie par arrêté ministériel.

TM (TICKET MODÉRATEUR)

Différence entre la *Base de Remboursement* et la part effectivement prise en charge par la *Sécurité sociale*.

TR (TARIF DE RESPONSABILITÉ)

Cela vise :
• Le Tarif de Convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
• Le Tarif d'Autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

Garanties APRIL Santé Eco
Niveaux Non Responsables

Convention n°UNMI2022S2

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont non responsables.

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100% Santé, Médicaments et Honoraires en cas d'Accident) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré.
Les garanties exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente des trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré. Passé ce délai des (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.
Les garanties « Soins courants » du niveau 1 ne bénéficient pas du service de Tiers-Payant : l'avance des frais de Santé est à la charge de l'assuré.

		Hospitalisation	Niveau 1	Niveau 2
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*				
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ				
Frais de séjour		Frais réels	Frais réels	
Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels	
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM (1)	175 %	100 % BR	100 % BR
		Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat		
	Médecins non DPTAM (1)	150 %		
		Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat		
Chambre particulière par jour et par assuré dans la limite de 30 jours		30 €	-	
		Après application du délai d'attente de 3 mois		
Frais accompagnant (lit et frais de repas) **par jour et par assuré dans la limite de 30 jours**		20 €	-	
		Après application du délai d'attente de 3 mois		
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE				
Frais de séjour		Frais réels	-	
Forfait journalier hospitalier		Frais réels		
Honoraires et frais médicaux		100 % BR		
Chambre particulière pour les séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés par jour et par assuré (Hors hospitalisation psychiatrique) **dans la limite de 30 jours**		30 €		
		Après application du délai d'attente de 3 mois		
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM (1)	-	100 % BR	100 % BR
	Médecins non DPTAM (1)			
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM (1)		100 % BR	100 % BR
	Médecins non DPTAM (1)			
Forfait Patient Urgences et forfait actes lourds			Frais réels	
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)			-	100 % BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %			-	
Transport			100 % BR	100 % BR
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage - hors prothèse auditive et accessoire optique			-	
Psychologues conventionnés remboursés par la le Régime Obligatoire			-	
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française			-	
DENTAIRE				
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale		-	-	100 % BR
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale			-	
Prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale			-	100 % BR
Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale - hors soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale			-	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale			-	

	Hospitalisation	Niveau 1	Niveau 2
OPTIQUE			
Équipement « 100% Santé » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	-	-	
Equipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B			
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)			
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)			
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)			
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale - par année d'adhésion			
AIDES AUDITIVES			
Équipements « 100% Santé » Classe I	-	-	
Équipements « Offre libre » Classe II, tous les 4 ans, par oreille, dans la limite de 1 700 € par oreille			
Accessoires			

BR : Base de Remboursement

* En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire , les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

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

Garanties APRIL Santé Eco
Niveaux Responsables

Convention n°UNMI2022S1

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables et respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application. Vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100% Santé, Médicaments et Honoraires en cas d'Accident) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré.
Les garanties exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente des trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré. Passé ce délai des (3) premiers mois, le montant garanti dépend du niveau de garanties souscrit.

		Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*					
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ					
Frais de séjour		Frais réels			
Forfait journalier hospitalier		Frais réels			
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM (1)	100 % BR	150 % BR	180 % BR	210 % BR
			Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat		
	Médecins non DPTAM (1)	100 % BR			
Chambre particulière par jour et par assuré dans la limite de 30 jours		-			
Frais accompagnant (lit et frais de repas) **par jour et par assuré dans la limite de 30 jours**		-			
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE					
Frais de séjour		Frais réels			
Forfait journalier hospitalier		Frais réels			
Honoraires et frais médicaux		100 % BR			
Chambre particulière pour les séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés par jour et par assuré (Hors hospitalisation psychiatrique) **dans la limite de 30 jours**		-			
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM (1)	100 % BR	120 % BR	160 % BR	210 % BR
			Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat		
	Médecins non DPTAM (1)	100 % BR			
Honoraires médicaux : actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM (1)	100 % BR			125 % BR
					Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat
	Médecins non DPTAM (1)	100 % BR			
Forfait Patient Urgences et forfait actes lourds		Frais réels			
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100 % BR			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %		100 % BR			
Transport		100 % BR			
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage - hors prothèse auditive et accessoire optique		100 % BR			
Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale (2)		100 % BR			
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française		100 % BR			

	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
DENTAIRE				
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	125 % BR *Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat*	150 % BR
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale (3)	Frais réels			
Prothèses dentaires « Offre Modérée » (3) **et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale**	100 % BR	150 % BR *Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat*	200 % BR	310 % BR
Plafond prothèses dentaires « Offre Modérée » (3) **et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale** (3) - hors soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale		700 € au-delà 100 % BR	900 € au-delà 100 % BR	1 100 € au-delà 100 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	125 % BR *Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat*	150 % BR

OPTIQUE				
La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en Classe B et 30 € en Classe A. Le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans sur les niveaux responsables à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue ou en cas de souscription des niveaux 1 & 2 non responsables. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.				
Équipement « 100% Santé » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle (4)	Frais réels			
Equipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.			
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)	50 € *Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat*	100 €	150 €	250 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)	125 € *Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat*	140 €	160 €	270 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)	200 € *Limité à 100% BR pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat*	220 €	240 €	300 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	100 % BR			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale - par année d'adhésion	100 % BR			
AIDES AUDITIVES				
Équipements « 100% Santé » Classe I (5)	Frais réels			
Équipements « Offre libre » Classe II, tous les 4 ans, par oreille (6)	100 % BR			
Accessoires	100 % BR			

BR : Base de Remboursement

* En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire , les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

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

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

(3) Tels que définis règlementairement. Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du panier « 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des honoraires de facturations prévues pour ce type d'actes en application du décret n ° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(4) Tels que définis règlementairement. Les frais optiques exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix limites de vente prévues pour ce type d'actes en application du décret n ° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(5) Au 1er janvier 2021, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipement auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n ° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la facturation de l'équipement. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par l'audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

(6) Conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge ne pourra pas dépasser 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le régime obligatoire.

GRILLE OPTIQUE

CATÉGORIE 1

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00]
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
  - dont la sphère est [-6,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ + 4,00
  - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 6,00

CATÉGORIE 2

- 1 Verre de la catégorie 1

Et

- 1 Verre de la catégorie 3

CATÉGORIE 3

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
  - dont la sphère est [- 6,00 et 0 s] et dont le cylindre est > à + 4,00
  - dont la sphère est < à -6,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
  - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 6,00
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques
  - dont la sphère est [-8,00 et + 8,00]
  - dont la sphère est hors zone de [– 4,00 à + 4,00]
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
  - dont la sphère est [– 8,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ à +4,00
  - dont la sphère est [– 8,00 et 0] et dont le cylindre est > à + 4,00
  - dont la sphère est < à – 8,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
  - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 8,00
  - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 8,00

ou

- 1 Verre de la catégorie 3

Et

- 1 autre Verre de la catégorie 3

* Somme S = (sphère + cylindre)

EXTRAIT DES STATUTS DE L'ASSOCIATION DES ASSURÉS APRIL

LES STATUTS COMPLETS ET LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR SONT CONSULTABLES SUR INTERNET À L'ADRESSE SUIVANTE : WWW.ASSOCIATION-ASSURES-APRIL.FR

MIS A JOUR LE 17 AVRIL 2018

Article 2. OBJET

Cette Association a pour objet :

- d'étudier, rechercher, souscrire, développer tout type de produits d'assurances, d'assistance et de services, notamment dans le domaine de la prévoyance, de la santé, de la retraite, en vue d'optimiser pour ses Membres Adhérents, la souscription de garanties complémentaires ou sur complémentaires ou à partir du 1er euro, intervenant en tant que de besoin en sus de celles découlant des régimes obligatoires notamment par la signature de contrats collectifs d'assurances à adhésion facultative ou obligatoire ;
- de sensibiliser ses Membres Adhérents aux thèmes essentiels de la prévention dans le but de leur permettre, d'une part, d'entretenir leur capital santé et d'autre part, d'obtenir des organismes d'assurances des conditions préférentielles qui prennent en compte les comportements responsables de ses Membres Adhérents en matière de santé ;
- de réaliser des études statistiques et des analyses sur les comportements de la vie quotidienne de ses Membres Adhérents dans le domaine de la protection sociale ;
- de mettre en place des actions de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés à travers un Fonds d'Actions Solidaires.

Article 5. COMPOSITION

L'Association se compose de Membres Adhérents qui se distinguent entre :

- les Membres Adhérents ;
- les Membres Adhérents ayant la qualité de travailleurs non-salariés ;
- les Membres Adhérents Collectifs qui sont les entreprises, organismes ou autres personnes morales ayant souscrit à l'une des conventions souscrites par l'Association pour le compte de leurs salariés.

Pour faire partie de l'Association, il faut être admis à l'assurance dans le cadre de l'une des conventions souscrites par l'Association et être en règle de sa cotisation associative.

La qualité de Membre Adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de la cotisation associative, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion à la convention d'assurance par l'organisme assureur. A défaut d'acceptation, le montant de la cotisation associative sera remboursé au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

Sont également Membres Adhérents, mais sans voix délibérative, sur décision du Conseil d'Administration :

- Les personnes physiques ou morales rendant ou ayant rendu des services signalés à l'Association, dites membres d'honneur ou honoraires ;
- Les personnes physiques ou morales ayant effectué un don ou legs à l'Association, dites membres bienfaiteurs.

Article 6. PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE ADHÉRENT

La qualité de Membre Adhérent se perd :

- par décès, disparition ou absence pour les personnes physiques ;
- par la liquidation ou la dissolution amiable ou judiciaire pour les personnes morales ;
- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association ;
- par la perte de la qualité d'assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association (résiliation, radiation, renonciation) ;
- par la démission adressée à l'intention du Président au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception. A ce courrier devra être jointe, la copie du courrier, délivrée par l'organisme de gestion du (des) contrat(s), confirmant leur résiliation ; lesdites résiliations devant respecter les conditions définies à la (aux) notice(s) d'information valant conditions générales du (des) contrat(s).

En tout état de cause, la cotisation associative éventuellement appelée au titre de l'année de perte de la qualité de Membre Adhérent reste acquise à l'Association.

Article 8. OPPOSABILITÉS AUX MEMBRES ADHERENTS

Toute adhésion à l'Association s'inscrit dans le cadre de conventions d'assurance conclues entre l'Association et des organismes assureurs. Le contenu de ces conventions, mentionnant notamment les conditions et conséquences d'une résiliation des conventions par l'Association ou l'organisme assureur, est remis aux Membres Adhérents lors de leur adhésion à l'Association et au contrat sous la forme de notice d'information valant conditions générales.

Article 9. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations de ses Membres Adhérents ;
- du revenu de ses biens ;
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- des subventions ou versements autorisés par la loi ;
- de toutes autres ressources non interdites par la loi.

Article 11. FONDS D'ACTIONS SOLIDAIRES

Il est institué la création d'un Fonds d'Actions Solidaires destiné au financement des actions de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Membres Adhérents ;

Le montant de la dotation annuelle du Fonds d'Actions Solidaires est arrêté par le Conseil d'Administration qui en fixe les orientations, les missions et les règles de fonctionnement.

Les différentes Actions Solidaires menées par l'Association et leurs conditions d'accès et d'attribution sont définies dans le Règlement Intérieur.

Article 13. ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

1. ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

1.1.ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

Au moins une fois par an, les Membres Adhérents sont convoqués en Assemblée Générale Ordinaire dans les conditions prévues ci-dessous.

L'Assemblée Générale Ordinaire entend :

- le rapport sur la gestion établi par le Conseil d'Administration portant notamment sur le fonctionnement des conventions d'assurance souscrites par l'Association. Ce rapport est tenu à la disposition des Membres Adhérents qui en font la demande ;
- les rapports du commissaire aux comptes ;
- le rapport moral ;
- le rapport financier.

L'Assemblée Générale Ordinaire, après avoir délibéré et statué sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos (année civile) et délibère sur toutes les autres questions figurant à l'ordre du jour.

Elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'Administration dans les conditions prévues à l'Article 12 des présents statuts.

1.2. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Elle est convoquée dans les conditions définies ci-dessous.

L'Assemblée Générale Extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence : les modifications à apporter aux statuts, les opérations de fusion ou de dissolution.

2. CONVOCATION

2.1. CONVOCATION AUX ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

Les Membres Adhérents de l'Association tels que définis à l'article 5, adhérents au jour de la décision de la convocation, en règle de leur cotisation associative, sont réunis au moins une fois par an, en Assemblée Générale Ordinaire et en tant que de besoin en Assemblée Générale Extraordinaire.

Les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires se composent de tous les Membres Adhérents de l'Association, en règle de leur cotisation associative.

La convocation est nominative et est valablement faite au choix du Conseil d'Administration :

- soit par lettre simple ou courrier électronique envoyé au moins soixante jours calendaires avant la date de l'Assemblée Générale ;
- soit par annonce au sein d'une publication destinée à tous les Membres Adhérents.

Les Assemblées Générales se réunissent sur convocation du Président de l'Association, ou pour ce qui concerne les Assemblées Générales Extraordinaires, sur la demande d'au moins 10% des Membres Adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée Générale Extraordinaire doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée Générale Extraordinaire doit être tenue dans les trente jours suivant l'envoi desdites convocations.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du Conseil d'Administration.

Seront également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent Membres Adhérents, dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au Président de l'Association quarante-cinq jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'Assemblée Générale.

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

En outre, les convocations doivent mentionner qu'à défaut de quorum elles tiennent lieu de convocations à une seconde Assemblée Générale.

3. DROIT DE VOTE

3.1. DROIT DE VOTE AUX ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

Tout Membre Adhérent dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'Assemblée Générale Ordinaire et Extraordinaire.

Les Membres Adhérents personnes morales sont représentés par leur représentant légal.

Chaque Membre Adhérent personne physique, a la faculté de donner mandat à un autre Membre Adhérent ou à son conjoint. Un même Membre Adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote. Le mandat donné vaut pour une seule Assemblée Générale ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint ou si deux Assemblées - Ordinaire et Extraordinaire - se tiennent le même jour.

Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président ou à son délégataire au sein du Conseil d'Administration et donnent lieu à un vote à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

3.1.1. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE

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

Toutes les délibérations sont prises à main levée. Toutefois, si le quart au moins des Membres Adhérents présents le demande, les votes sont émis au scrutin secret.

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

3.1.2. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Les décisions sont prises obligatoirement à la majorité des deux tiers des Membres Adhérents présents ou représentés.

Les votes ont lieu à main levée, sauf toutefois si le quart au moins des Membres Adhérents présents demande les votes sont émis au scrutin secret.

4. TENUE DES ASSEMBLÉES

La Présidence des Assemblées appartient au Président de l'Association qui peut déléguer ses fonctions au Vice-Président et à défaut à un autre Administrateur.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le Président et le Secrétaire. Les procès-verbaux peuvent être consultés au siège de l'Association.

Il est tenu une feuille de présence certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées obligent par leurs décisions tous les Membres Adhérents concernés y compris les absents

4.1. TENUE DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES ET EXTRAORDINAIRES

Les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires ne peuvent valablement délibérer que si au moins mille Membre Adhérents sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des Membres Adhérents présents ou représentés.

A défaut de quorum, la seconde Assemblée Générale pourra se tenir à la suite de la première sur le même ordre du jour.

Sur décision du Président, les Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires pourront être tenues à distance et donner lieu à un vote électronique.

STATUTS D'UNMI'Mut

Approuvés par l'assemblée générale du 17 février 2022

SOMMAIRE

TITRE I – FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE 5

CHAPITRE I – FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE 5

Article 1 – Dénomination 5

Article 2 – Siège de la Mutuelle 5

Article 3 – Objet de la Mutuelle 5

Article 4 – Relations entre la Mutuelle et ses membres 5

Article 5 – Règlement intérieur 6

CHAPITRE II – CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION 6

SECTION 1 – ADHÉSION 6

Article 6 – Catégories de membres 6

Article 7 – Modalités d'adhésion à la Mutuelle 6

SECTION 2 – RÉSILIATION – RADIATION – EXCLUSION 6

Article 8 – Résiliation 6

Article 9 – Radiation 7

Article 10 – Exclusion 7

Article 11 – Conséquences de la radiation, de la démission ou de l'exclusion 7

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE 7

CHAPITRE I – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 7

SECTION 1 – DÉSIGNATION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 7

Article 12 – Composition de l'assemblée générale 7

Article 13 – Sections de vote 7

13.1 - Section de vote opérations individuelles 7

13.2 - Section de vote opérations collectives 7

Article 14 – Élections des délégués 7

SECTION 2 – RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 7

Article 15 – Convocation 7

Article 16 – Ordre du jour 7

Article 17 – Quorum et modalités de vote de l'assemblée générale 8

17.1 – Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité qualifiée pour être adoptées 8

17.2 – Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simples pour être adoptées 8

17.3 – Modalités de vote 8

SECTION 3 – DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 8

Article 18 – Compétences de l'assemblée générale 8

Article 19 – Délégation de pouvoirs de l'assemblée générale 9

Article 20 – Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale 9

CHAPITRE II – CONSEIL D'ADMINISTRATION 9

SECTION 1 – ORGANISATION 9

Article 21 – Composition 9

Article 22 – Cumul de mandats 9

Article 23 – Candidatures 9

Article 24 – Condition d'éligibilité – Limite d'âge 10

Article 25 – Modalités de l'élection 10

Article 26 – Durée du mandat 10

26.1 – Démission d'office 10

26.2 – Révocation 10

Article 27 – Renouvellement 10

Article 28 – Vacance en cours de mandat 10

Article 29 – Représentants des salariés au conseil d'administration 10

SECTION 2 – FONCTIONNEMENT 11

Article 30 – Réunions 11

Article 31 – Délibérations 11

Article 32 – Attributions 11

Article 33 – Délégations 11

Article 34 – Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais 11

Article 35 – Interdictions 11

Article 36 – Conventions réglementées soumises à autorisation 12

Article 37 – Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information 12

Article 38 – Conventions interdites 12

Article 39 – Obligations de l'administrateur 12

Article 40 – Responsabilités 12

CHAPITRE III – PRÉSIDENT, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET BUREAU 12

Article 41 – Direction effective 12

SECTION 1 – PRÉSIDENT 12

Article 42 – élection et révocation du président 12

Article 43 – Vacance en cours de mandat 13

Article 44 – Attributions du président 13

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

TITRE I – FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I – FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 – Dénomination

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

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

Article 2 – Siège de la Mutuelle

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

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

Article 3 – Objet de la Mutuelle

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

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

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

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

La Mutuelle peut également :

- mettre en œuvre une action sociale dans la mesure où ses activités sont accessoires et accessibles uniquement à ses membres participants et à leurs ayants droit dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ;
- passer toutes conventions nécessaires à l'amélioration des services aux adhérents ;
- contracter des engagements techniques en co-assurance avec des mutuelles ou unions régies par le code de la mutualité, des institutions de prévoyance ou unions régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et avec des entreprises d'assurance mentionnées à l'article L.310-2 du code des assurances tant en qualité d'apériteur que de co-assureur ;
- accepter ou céder en réassurance tout ou partie des risques pour lesquels elle est agréée avec tout organisme autorisé à pratiquer cette activité et quel que soit son statut juridique ;
- intervenir en qualité de garant en substitution de mutuelle ou union de mutuelles régies par le code de la mutualité dans les conditions prévues à l'article L.211-5 du code de la mutualité ;
- souscrire auprès d'autres opérateurs titulaires d'un agrément d'assurance toutes garanties collectives d'assurance susceptibles de compléter les engagements techniques de la Mutuelle et de présenter lesdites garanties ;
- réaliser, tant en qualité de mandant que de mandataire, toutes opérations d'intermédiation visées aux articles L.116-1 à L.116-4 du code de la mutualité ;
- adhérer à toute association en vue de faire bénéficier ses adhérents Travailleurs Non-Salariés du dispositif instauré par la loi n° 94-126 du 11 février 1994 modifiée dite « loi Madelin » ;
- assurer, à titre accessoire, la prévention des risques de dommages corporels, mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires et sociales accessibles aux souscripteurs d'un contrat dans le respect des dispositions de l'article L.111-1 III du code de la mutualité ;
- offrir à ses membres participants et à leurs ayants droit l'accès à des réalisations sanitaires, sociales et culturelles, par la signature de conventions avec d'autres mutuelles ou unions régies par le livre III du code de la mutualité.

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

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

Article 4 – Relations entre la Mutuelle et ses membres

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

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

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

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

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

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

Article 5 – Règlement intérieur

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

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

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

SECTION 1 – ADHÉSION

Article 6 – Catégories de membres

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

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

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

À leur demande expresse formulée auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal. Cette disposition s'applique quelle que soit la nature des prestations dont bénéficie le mineur de plus de 16 ans.

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

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

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

Article 7 – Modalités d'adhésion à la Mutuelle

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

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

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

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

SECTION 2 – RÉSILIATION – RADIATION – EXCLUSION

Article 8 – Résiliation

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

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

Article 9 – Radiation

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

Article 10 – Exclusion

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

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

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

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

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

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

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 – DÉSIGNATION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 12 – Composition de l'assemblée générale

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

Article 13 – Sections de vote

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

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

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

13.1 - Section de vote opérations individuelles

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

13.2 - Section de vote opérations collectives

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

Article 14 – Élections des délégués

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

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

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

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

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

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

SECTION 2 – RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 15 – Convocation

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

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

Article 16 – Ordre du jour

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

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

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

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

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

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

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

Lorsqu'elle se prononce sur :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17.3 – Modalités de vote

Chaque délégué dispose d'une voix.

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

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

SECTION 3 – DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.

Article 18 – Compétences de l'assemblée générale

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

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

L'assemblée générale a compétence exclusive pour statuer sur :

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

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

Article 19 – Délégation de pouvoirs de l'assemblée générale

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

Cette délégation n'est valable qu'un an.

Article 20 – Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité aux dispositions du code de la mutualité.

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

CHAPITRE II – CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 – ORGANISATION

Article 21 – Composition

La Mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 14 membres élus parmi les membres participants et les membres honoraires.

Le conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins d'administrateurs ayant la qualité de membres participants.

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

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

Article 22 – Cumul de mandats

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

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

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

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

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

Article 23 – Candidatures

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

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

Les candidatures peuvent également être présentées en plus ou en substitution des candidatures au moyen d'un écrit papier via un site ou une page d'un site conforme aux exigences de la délibération 2010-371 du 20 octobre 2010 de la CNIL et sous le contrôle d'un organisme

indépendant qui doit certifier la conformité des sites. Elles doivent être complétées avant l'assemblée générale d'une déclaration sur l'honneur émanant du candidat et précisant le nombre, la nature et la durée des autres mandats d'administrateurs qu'il détient au sein d'autres organismes mutualistes.

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

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

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

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

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

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

Article 25 – Modalités de l'élection

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

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

Article 26 – Durée du mandat

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

26.1 – Démission d'office

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

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées au dernier alinéa de l'article 24 ;
- à défaut d'avoir présenté leur démission, dans les conditions définies à l'article L.114-23 du code de la mutualité, lorsqu'ils appartiennent à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations et que leur mandat d'administrateur au sein de la Mutuelle est le plus récent ;
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité ;
- en cas d'incapacité ou incompatibilité avec une disposition légale ou réglementaire.

26.2 – Révocation

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

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

Article 27 – Renouvellement

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

Les administrateurs sortants sont rééligibles.

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

Article 28 – Vacance en cours de mandat

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

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

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

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

Article 29 – Représentants des salariés au conseil d'administration

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

SECTION 2 – FONCTIONNEMENT

Article 30 – Réunions

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins quatre fois par an.

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

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

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

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

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

Article 31 – Délibérations

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

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

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

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

Article 32 – Attributions

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

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

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

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

Le conseil d'administration :

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

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

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

Conformément l'article L.114-9 du code de la mutualité, le conseil d'administration adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.

Le conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du conseil d'administration ou le cas échéant au dirigeant opérationnel.

Le conseil d'administration approuve le règlement intérieur.

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

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

Article 33 – Délégations

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

Le conseil d'administration fixe également les conditions dans lesquelles il délègue au dirigeant opérationnel les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle. Le dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci. Il assiste à toutes les réunions du conseil d'administration.

Article 34 – Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

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

Article 35 – Interdictions

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

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

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

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

Article 36 – Conventions réglementées soumises à autorisation

Toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration.

Il en est de même des conventions auxquelles un administrateur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée, ainsi que des conventions intervenant entre la Mutuelle et toute personne morale de droit privé si l'un des administrateurs de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

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

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

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

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

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

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

Article 38 – Conventions interdites

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

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

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

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

Article 39 – Obligations de l'administrateur

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

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

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

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

Article 40 – Responsabilités

Conformément à l'article L.114-29 du code de la mutualité, la responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon le cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

CHAPITRE III – PRÉSIDENT, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET BUREAU

Article 41 – Direction effective

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

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

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

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

SECTION 1 – PRÉSIDENT

Article 42 – Élection et révocation du président

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

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

Il est rééligible.

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

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

Article 43 – Vacance en cours de mandat

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

Article 44 – Attributions du président

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION 2 – DIRECTEUR GÉNÉRAL, DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

Article 45 – Nomination – attributions

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

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

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

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

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

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

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

SECTION 3 – BUREAU

Article 46 – Composition

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

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

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

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

Le règlement intérieur détermine les modalités des élections.

Article 47 – Fonctions du bureau et de ses membres

47.1 – Fonctions du bureau

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

47.2 – Fonctions du vice-président

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

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

47.3 – Fonctions du secrétaire général

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

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

47.4 – Fonctions du trésorier

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

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

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

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

Article 48 – Réunions et délibérations du bureau

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

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

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

CHAPITRE IV – COMITÉ D'AUDIT

Article 49 – Composition

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

Article 50– Missions

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

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

Article 51 – Fonctionnement

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE V – ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 – PRODUITS ET CHARGES

Article 52 – Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

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

Article 53 – Charges

Les charges comprennent :

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

SECTION 2 – AUTRES DISPOSITIONS

Article 54 – Fonds d'établissement

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

Article 55 – Système fédéral de garantie

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

Article 56 – Exercice comptable

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

Le premier exercice est clôturé le 31 décembre 2020.

Article 57 – Commissaire aux comptes

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

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

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

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

TITRE III – INFORMATION DES ADHERENTS

Article 58 – Étendue de l'information

58.1 – Opérations individuelles

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

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

58.2 – Opérations collectives

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

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

TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 59 – Fonds d'action sociale

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

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

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

Article 60 – Dissolution et liquidation

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

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

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des administrateurs.

L'assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs.

Article 61 – Protection des données à caractère personnel

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

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

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

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

STATUTS D'UNMI'Mut
APPROUVÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
DU 17 FÉVRIER 2022

STATUTSUNMI'MUT – 02/2022

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Approuvé par l'assemblée générale du 17 février 2022

unmimut

SOMMAIRE

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

UNMI'Mut - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le SIREN 851 629 162
Siège social 50 avenue Daumesnil 75012 Paris

PREAMBULE

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

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 1 – Composition de l'assemblée générale

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

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

Article 2 – Sections de vote

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

Article 3 – Élections des délégués

31. Nombre de délégués

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

3.2. Conditions d'éligibilité

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

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

3.3. Organisation des élections et candidatures

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

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

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

Chaque déclaration de candidature doit comporter :

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

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

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

Article 4 – Modalités de vote

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 5 – Dépouillement du scrutin et publicité des résultats

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

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

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

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

CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 6 – Modalités de l'élection

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

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

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

Article 7 – Modalités de candidature

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

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

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

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

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

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

Commission :

- Contrôle la recevabilité de la candidature : la Commission vérifie la complétude de chaque dossier de candidature et le respect des délais de dépôt du dossier. Toute candidature incomplète et/ou transmise hors délais sera considérée irrecevable par la Commission ;
- Evalue la compétence et l'honorabilité des candidats au Conseil d'administration. Toute candidature ne présentant pas les niveaux de compétence et d'honorabilité ne sera pas retenue.

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

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

Article 8 – Modalités de vote

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE 3 – PRESIDENT, DIRIGEANT OPERATIONNEL ET BUREAU

Article 9 – Elections du président, dirigeant opérationnel

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

Tous les administrateurs peuvent faire acte de candidature en séance.

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

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

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

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

Article 10 – Élections du bureau

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

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

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

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

RIUNMI'MUT - 02/2022

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

FINALISATION DE VOTRE ADHÉSION

- Votre demande d'adhésion est prise en charge le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.
- Dans les jours qui suivent la validation de votre contrat, vous recevez votre dossier d'assuré.

APRIL VOUS ACCOMPAGNE

Une question ? Une modification à apporter à votre contrat ?
Contactez-nous au 09 74 50 20 20 (appel non surtaxé).
Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30.

FRAIS DE GESTION

Les opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance engendrent des frais imputés selon le barème suivant :

- Frais de dossier : 20 €.
- Avenant au contrat : 10 €.
- Rejet suite à un prélèvement bancaire : 10 €.
- Mise en demeure pour non-paiement : 25 €.
- Réouverture d'un contrat suite à une radiation : 10 €.

Ce barème est susceptible d'évoluer. Vous pouvez retrouver ces informations dans votre guide pratique, disponible sur votre Espace Assuré APRIL rubrique Mes infos pratiques / Mes guides pratiques.

06/2022 - L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux d'APRIL Santé Prévoyance présents dans le document, sont déposés et sont la propriété d'APRIL Santé Prévoyance S.A.S.U. Toute reproduction, partielle ou totale desdits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires.

April Santé Prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
www.april.fr

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.
Produit géré par APRIL Santé Prévoyance, co-conçu et assuré par UNMI'Mut.

L'ASSURANCE EN PLUS FACILE