



Mon Gustave
le comparateur #malin



Assurance Emprunteur

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

DISPOSITIONS PARTICULIERES SOPRETIS ASSURANCE EMPRUNTEUR

LEXIQUE

ACCIDENT

On entend par "accident", toute atteinte corporelle médicalement constatée, non intentionnelle et non prévisible de la part de l'Assuré, suite à des événements soudains et imprévus, dus à des causes extérieures. Ne sont pas considérées comme des accidents mais comme des maladies les affections organiques, connues ou non, dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ne sont notamment pas considérés comme des accidents, les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les lombosciatalgies, les attaques et les hémorragies cérébrales.

ACTES ORDINAIRES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Il s'agit des activités qu'une personne effectue chaque jour en réponse à ses besoins primaires. Elles sont au nombre de 4 (quatre) :

- Se laver : capacité de satisfaire, de façon spontanée et non incitée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.
- S'alimenter : capacité de se servir et de manger de la nourriture préalablement préparée et mise à disposition.
Précision : la capacité de s'alimenter implique de pouvoir couper ses aliments, se servir à boire, porter les aliments à sa bouche et avaler.
- S'habiller : capacité de s'habiller et de se déshabiller, avec recours éventuel à des vêtements adaptés.
- Se déplacer : capacité de se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés.

ADHÉRENT (Membre Participant)

Personne morale ou physique ayant souscrit un contrat de prêt et qui adhère au présent contrat, aux statuts de MILTIS et au règlement mutualiste. L'Adhérent, pour autant qu'il soit une personne

physique, peut aussi être l'Assuré. L'Adhérent paie les cotisations.

ASSURÉ

Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose le risque. Si l'Assuré est caution c'est-à-dire une personne physique s'engageant à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par l'Emprunteur ou le Co-Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci, le droit aux prestations est subordonné à la mise en œuvre préalable du cautionnement à la suite de la défaillance de l'Emprunteur.

ÂGE DE L'ASSURÉ

Pour l'âge limite de l'adhésion, les formalités d'adhésion et pour la cessation des garanties, l'âge de chaque Assuré est l'âge réel (changement d'âge à la date anniversaire).

BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire de l'assurance est attribué à l'Organisme prêteur qui est réputé bénéficiaire acceptant. Si le risque se réalise, toutes les prestations sont réglées au Bénéficiaire.

CAPITAL INITIAL

Pour un prêt, désigne le capital emprunté qui peut faire l'objet d'une assurance.

CERTIFICAT D'ASSURANCE

Document contractuel matérialisant l'adhésion, l'acceptation de la couverture du risque par MILTIS, et reprenant, pour chaque Assuré, la date d'effet, les différentes garanties et les éventuelles limitations et/ou exclusions.

CO-EMPRUNTEUR

Désigne la personne physique ou morale qui signe le contrat de l'opération de crédit avec l'Emprunteur. Le Co-emprunteur bénéficie de

l'opération de crédit au même titre que l'Emprunteur et est soumis aux mêmes obligations.

CONSOLIDATION

Date à compter de laquelle l'état de santé de l'Assuré, constaté par une autorité médicale compétente, prend un caractère permanent et définitif non susceptible d'amélioration, compte tenu des connaissances scientifiques et médicales à cette date.

CONVENTION AERAS

Convention s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé.

DEMANDE D'ADHESION

Il s'agit du document papier ou sur support dématérialisé permettant à l'Adhérent de formaliser sa demande d'adhésion au présent contrat.

EMPRUNTEUR

Désigne la personne physique ou morale ayant souscrit l'opération de crédit.

EXONERATION DES COTISATIONS : il s'agit d'une garantie optionnelle permettant à l'Assuré de bénéficier d'une exonération totale de paiement de cotisations, telle que définie à l'article 5.4 du présent contrat.

FRANCHISE

Période durant laquelle les prestations ne sont pas dues.

GESTIONNAIRE

Il s'agit de Digital Insure Services, organisme gestionnaire du présent contrat.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

État entraînant par suite d'une maladie ou d'un accident, une impossibilité physique totale et continue d'exercer même à temps partiel, son travail même de surveillance ou de direction susceptible de lui procurer un gain ou un profit, constaté par une autorité médicale compétente, pour l'Assuré en activité professionnelle ou en recherche d'emploi.

Les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du Sinistre, doivent être dans l'obligation temporaire de prendre un repos complet et continu à leur domicile ou dans un hôpital ou un centre de rééducation et dans

l'impossibilité physique réelle et totale, constatée par une autorité médicale compétente, de pourvoir à toutes les occupations de la vie courante (par exemple les travaux ménagers, le bricolage, le jardinage, la gestion de ses affaires personnelles et familiales).

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

État résultant d'un accident ou d'une maladie (survenu(e) pendant la période de garantie et à l'origine d'un état de santé consolidé) et entraînant, pour l'Assuré, une perte de capacité définitive, comprise entre 33 % et 66 % calculée conformément au tableau de l'article 5.3.1.

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

État résultant d'un accident ou d'une maladie (survenu(e) pendant la période de garantie et à l'origine d'un état de santé consolidé) et entraînant, pour l'Assuré, une perte de capacité définitive d'au moins 66 % calculée conformément au tableau figurant dans les présentes Dispositions Particulières.

MALADIE

Toute altération de l'état de santé, constatée par une autorité médicale compétente.

MILTIS

Il s'agit de l'assureur du présent contrat.

NON FUMEUR

Personne n'ayant pas fumé de cigarettes, cigarettes électroniques contenant de la nicotine, cigares ou pipes, même occasionnellement au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion et/ou n'ayant pas été contrainte, à la demande du corps médical, de cesser de fumer.

OCCUPATIONS DE LA VIE COURANTE

Pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle, il s'agit de leur capacité à être autonome et à réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles.

OPTION DOS (OD) : il s'agit d'une option permettant de couvrir une maladie/pathologie subjective dont le diagnostic ne peut être établi concrètement par un médecin mais uniquement par les dires de l'Assuré. Cette maladie/pathologie est prise en charge par le présent contrat

conformément à l'article 5.5.2 du présent contrat, si l'option a été souscrite.

OPTION PSY (OP) : il s'agit d'une option permettant de couvrir une maladie/pathologie subjective dont le diagnostic ne peut être établi concrètement par un médecin mais uniquement par les dires de l'Assuré. Cette maladie/pathologie est prise en charge par le présent contrat conformément à l'article 5.5.1 du présent contrat, si l'option a été souscrite.

ORGANISME PRÊTEUR

Désigne la banque ou l'organisme financier ayant consenti l'opération ou les opérations de crédit qui fait (font) l'objet des garanties accordées par MILTIS.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Il s'agit, pour l'Assuré, qui à la suite d'une maladie ou un accident garanti et après consolidation de son état de santé, est reconnu comme étant totalement et définitivement incapable de se livrer à un quelconque travail ou occupation lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer tous les actes ordinaires de la vie quotidienne tels que définis ci-dessus.

QUOTITÉ

Pourcentage du capital emprunté ou de l'échéance à assurer. Pour chaque prêt, la quotité assurée ne peut dépasser 100 %. La quotité peut être différente entre les garanties décès et PTIA et les garanties ITT, IPP et IPT. La quotité pour l'IPP ne doit pas être supérieur à celle pour l'ITT et l'IPT.

SINISTRE

Réalisation de l'événement couvert par l'adhésion et susceptible d'entraîner l'indemnisation (**sauf exclusions prévues au présent contrat**) par MILTIS.

1. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de mettre à la disposition des titulaires (Emprunteur(s) et Co-emprunteur(s) le cas échéant) de prêts consentis par **des Organismes prêteurs situés en France**, une assurance garantissant à titre principal le paiement d'un capital en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et, à titre complémentaire, le versement d'une indemnité

journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT), le versement d'une rente en cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT), d'une rente en cas d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) (en option), d'une option dos, d'une option psy ou ainsi que d'une exonération des cotisations (en option).

1•1 CARACTERISTIQUES DE L'ADHERENT ET DE L'ASSURE

Pour être admissible à l'assurance, l'Adhérent et l'Assuré le cas échéant doit :

- être âgé de plus de 18 ans au moment de la demande d'adhésion s'il s'agit d'une personne physique ;
- résider ou avoir son siège social en France métropolitaine ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).
- Lorsque l'Adhérent est une personne morale, l'Assuré doit avoir la qualité d'associé ou de dirigeant de ladite personne morale.

A compter du 01 juin 2022, l'Assuré respectant les conditions fixées par la loi n°2022-270 du 28 février 2022 dit « pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur », bénéficie d'une absence de sélection médicale afin de souscrire au présent contrat.

Toutefois, l'Assuré respectant les conditions fixées par ladite loi, et en situation de PTIA ou d'ITT ou d'IPT ou d'IPP au moment de la prise d'effet du présent contrat, ne bénéficiera pas de prise en charge au titre de cette PTIA, ou de cette ITT ou de cette IPT ou de cette IPP.

L'Assuré respectant les conditions fixées par ladite loi, et en situation de PTIA ou d'ITT ou d'IPT ou d'IPP postérieurement à la prise d'effet du présent contrat, sera pris en charge en cas de survenance du risque.

Les dates limites d'adhésion sont fixées comme suit :

Garanties	Age limite à l'adhésion
Décès	85 ^{ème} anniversaire
PTIA	64 ^{ème} anniversaire
ITT (+ mi-temps thérapeutique)	64 ^{ème} anniversaire
IPT	64 ^{ème} anniversaire
Option IPP	64 ^{ème} anniversaire
Option dos	64 ^{ème} anniversaire
Option psy	64 ^{ème} anniversaire
Option exonération	64 ^{ème} anniversaire

➤ **Types de prêt**

	Durée (en mois)		Différés d'amortissement (en mois)	
	Minimum	Maximum	Total	Partiel
Prêt amortissable avec ou sans différé d'amortissement	12	360	36 mois maximum	36 mois maximum
Prêt relais	12	36	36 mois maximum	36 mois maximum
Prêt crédit-bail	12	60	36 mois maximum	36 mois maximum
Prêt in fine	12	240	-	-
Prêt à capital constant	12	360	-	-
Prêt à taux zéro	120	180	Jusqu'à 180 mois maximum selon les conditions légales	

Ces prêts peuvent être à échéances de remboursement constantes, à taux fixe ou à taux variable, avec ou sans différé.

➤ **Objet de l'opération de crédit**

L'opération de crédit dont bénéficie l'Adhérent et assurée par le présent contrat permet de financer :

- un investissement locatif ;
- un prêt professionnel ;
- une résidence principale ;
- une résidence secondaire ;
- un crédit à la consommation ;
- des travaux ;
- Un rachat de crédit, si la part de l'immobilier est supérieure à 60%.

1•2 OPERATIONS DE CRÉDIT ÉLIGIBLES

➤ **Capitaux empruntés**

Les prêts à garantir doivent être :

- d'un montant supérieur ou égal à 18 000 € ;
- souscrits auprès d'un Organisme prêteur situé en France ;
- libellés exclusivement en euros ;
- rédigés en français.

➤ **Capitaux assurés**

Les garanties sont ouvertes pour les prêts d'un montant assuré compris entre 18 000 € et 2 000 000 €.

2. DELEGATION DE GESTION

La gestion administrative du présent contrat est confiée à Digital Insure Services, ci-après dénommé le « Gestionnaire ».

3. FORMALITES D'ADHESION

3•1 FORMALITES A ACCOMPLIR

Toute personne souhaitant bénéficier des garanties détaillées dans les présentes Dispositions Particulières, doit compléter, dater et signer une demande d'adhésion et se soumettre aux formalités médicales fixées par MILTIS en fonction de son âge, des montants garantis et de son état de santé. Il doit, en outre, fournir le(s) tableau(x)

d'amortissement exprimé(s) en euros correspondant au(x) prêt(s) assuré(s).

Le candidat à l'assurance est informé de son droit à s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (Dispositif BLOCTEL), conformément à l'article L. 223-2 du Code de la consommation.

www.bloctel.gouv.fr

3•2 ETUDE DU DOSSIER ET ACCEPTATION DU RISQUE

Après examen des pièces médicales et acceptation de la couverture du risque, le Gestionnaire, propose pour le compte de MILTIS, une cotisation pour couvrir les garanties avec éventuellement des conditions particulières.

La proposition est valable 6 mois si l'acceptation est au tarif standard et de 4 mois en cas de conditions particulières. Le certificat d'assurance est émis après signature de la demande d'adhésion dans ce délai. Passé ce délai, la proposition n'est plus valable et de nouvelles formalités d'adhésion doivent être accomplies par le candidat à l'assurance.

4. CONVENTION AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

4•1 OBJET DE LA CONVENTION AERAS

L'Assuré présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion et ne pouvant être garanti dans le cadre de la tarification standard du présent contrat, peut bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de MILTIS.

La convention prévoit un droit à l'oubli dont les conditions d'application sont rappelées au moment de la sélection médicale.

MILTIS s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé).

Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site www.aeras-info.fr.

4•2 PROCESSUS D'EXAMEN DES DEMANDES D'ADHÉSION

Le traitement des demandes d'adhésion aux contrats d'assurance de prêt pour l'Assuré présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) s'articule de la manière suivante, autour d'un dispositif à trois niveaux :

- **Niveau 1** : la demande d'adhésion est analysée dans le cadre de la tarification du contrat. Si l'Assuré ne peut être garanti dans ce cadre, la demande d'adhésion est systématiquement examinée individuellement, conformément au niveau 2 de la convention AERAS.

- **Niveau 2** : une proposition tarifaire personnalisée est adressée au demandeur sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ce dossier (questionnaire médical complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier). En cas de refus au niveau 2 d'un dossier éligible au niveau 3, celui-ci est présenté dans le cadre du pool des risques très aggravés (niveau 3).

- **Niveau 3** : le dossier de demande d'assurance de prêt est présenté dans le cadre du pool des risques très aggravés, et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

- pour les prêts professionnels (uniquement pour l'acquisition de locaux et de matériels) et immobiliers (autres que la résidence principale) : encours cumulés de prêt d'au plus 320 000 € et durée telle que l'âge de l'Emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt ;

- pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : prêt d'au plus 320 000 € (sans tenir compte des prêts relais) et durée telle que l'âge de l'Emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt.

Malgré ce dispositif, MILTIS souligne que certaines personnes peuvent ne pas être assurables.

4•3 GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE (GIS)

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité spécifique (GIS) est étudiée et proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où la garantie IPT a été refusée pour des raisons médicales, ou est assortie d'une exclusion de la pathologie déclarée.

Il ne s'agit pas d'une option, un candidat à l'assurance ne pouvant solliciter directement cette garantie. De même, une demande de couverture uniquement en Décès et PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime n'ouvre pas droit à cette garantie.

La garantie Invalidité spécifique s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré(e) atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à la retraite, et au plus tard avant ses 67 ans. Cette garantie correspond à une incapacité fonctionnelle permanente couplée à une incapacité professionnelle.

L'incapacité professionnelle correspond à :

- un classement en 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés ;
- une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires ;
- une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

Le taux d'incapacité fonctionnelle à partir duquel la prestation intervient est fixé à 70 % et apprécié par le Médecin Conseil de l'Organisme Assureur suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires.

En cas d'Invalidité telle que définie ci-dessous, MILTIS verse à l'Organisme prêteur le montant du capital restant dû, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et au dernier certificat d'assurance.

Les exclusions applicables à cette garantie sont identiques aux exclusions prévues pour la garantie

Invalidité Permanente Totale (se reporter à l'article 12.1 « Exclusions »).

5. GARANTIES PROPOSEES ET PRISES EN CHARGE PAR MILTIS

Sous réserve de l'acceptation de la couverture du risque par MILTIS, le présent contrat comprend les garanties suivantes :

Associations de garanties possibles	Garanties Obligatoires		Garanties complémentaires			Garanties optionnelles	
	Décès	PTIA	ITT	IPT	IPP		
Cas n°1	Décès	PTIA					
Cas n°2	Décès	PTIA	ITT	IPT			
Cas n°3	Décès	PTIA	ITT	IPT	IPP		
Cas n°4	Décès	PTIA	ITT	IPT	IPP	OD/OP	
Cas n°5	Décès	PTIA	ITT	IPT	IPP	OD/OP	EXO COTI
Cas n°6	Décès	PTIA	ITT	IPT		OD/OP	EXO COTI
Cas n°7	Décès	PTIA	ITT	IPT		OD/OP	
Cas n°8	Décès	PTIA	ITT	IPT			EXO COTI
Cas n°9	Décès	PTIA	ITT	IPT	IPP		EXO COTI

Dans tous les cas, seules seront accordées à l'Assuré les garanties mentionnées sur son certificat d'assurance.

5.1 GARANTIE DÉCÈS

En cas de Décès de l'Assuré, MILTIS intervient pour le remboursement du montant du capital restant dû multiplié par la quotité assurée au jour du décès, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et au dernier certificat d'assurance (**hors exclusions prévues à l'article 12.1 « Exclusions »**).

5.1.1. Décès de l'Assuré après la prise d'effet des garanties

Les prestations garanties par MILTIS s'expriment sous la forme d'un capital versé à l'Organisme Prêteur et sont égales à 100% du Capital Restant Dû (après application de la Quotité assurée) tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du décès et dans la limite du montant indiqué sur le dernier certificat d'assurance.

Le versement du capital met fin à l'ensemble des garanties de l'Assuré.

5.1.2. Décès de l'Assuré intervenant entre la date de signature de l'offre de prêt ou de crédit-bail et la date de déblocage des fonds

Dans le cadre d'un prêt, en cas de décès de l'Assuré avant que les fonds ne soient totalement ou partiellement débloqués, sous réserve du paiement des cotisations d'assurance et conformément au certificat d'assurance, l'adhésion au contrat produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure.

5.1.3. Cas particuliers des prêts à déblocages successifs

Pour les prêts à déblocages successifs des fonds, les prestations versées à l'Organisme Prêteur correspondent à la seule partie de l'engagement débloqué au jour du décès (sous déduction des remboursements déjà effectués au jour du Sinistre).

Le solde correspondant à la différence entre le capital garanti et les sommes dues à l'Organisme Prêteur au jour du décès, est versé à l'Organisme Prêteur au fur et à mesure des débloquages successifs des fonds, dans la mesure où l'opération de crédit se poursuit sur décision du Co-Emprunteur ou des héritiers de l'Assuré lorsque l'Adhérent est une personne physique, de l'Adhérent lorsque celui-ci est une personne morale.

5.2 GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

En cas de PTIA de l'Assuré, MILTIS intervient pour le remboursement du montant du capital restant dû multiplié par la quotité assurée à la date de reconnaissance de la PTIA à l'occasion d'une expertise médicale, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et au dernier certificat d'assurance (**hors exclusions prévues à l'article 12.1 « Exclusions »**).

L'état de PTIA sera déterminé par les médecins mandatés par MILTIS, via une expertise médicale réalisée en France.

Les frais de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.

Les décisions prises par le régime de base ou une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à MILTIS.

5.2.1 Prise en charge en cas de PTIA

La quotité ne peut pas dépasser 100 % par Assuré. Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées ne pourra excéder le capital restant dû à l'Organisme prêteur au moment du Sinistre.

Les versements périodiques restés impayés au jour du décès ou de la reconnaissance de la PTIA, ne seront en aucun cas pris en charge par MILTIS. Il en est de même pour les intérêts de retard.

En cas de décès ou de PTIA avant le déblocage total des fonds et s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle celui-ci est consenti demeure, il est versé à l'Organisme prêteur, et selon la quotité assurée, la part des fonds éventuellement débloqués au jour du sinistre (sous déduction des remboursements déjà effectués au jour du sinistre), le surplus éventuel étant versé **aux héritiers de l'Assuré selon l'ordre de la dévolution successorale**, sous réserve de la continuité de l'objet du prêt par ces derniers.

Le paiement par MILTIS des sommes dues au titre de cette garantie met fin à l'adhésion.

5.3 GARANTIES INCAPACITE ET INVALIDITE

5.3.1 Garantie invalidité permanente totale (IPT)

A la date de reconnaissance par MILTIS de l'IPT de l'Assuré (si la garantie est souscrite), le versement de prestation s'effectuera sous forme de rentes dont le montant est en fonction des échéances de remboursement, de la quotité assurée et du degré d'invalidité « n » conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et au dernier certificat d'assurance (**hors exclusions prévues à l'article 12.1 « Exclusions »**).

L'IPT doit être constatée médicalement en France. Les frais de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.

Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées ne pourra excéder le montant des échéances de remboursement du prêt au moment du Sinistre.

Le degré de cette invalidité appelé "n" est déterminé par voie d'expertise médicale :

- Pour les personnes exerçant une activité professionnelle au moment du Sinistre, le degré "n" est déterminé en fonction du taux d'invalidité professionnelle et du taux d'invalidité fonctionnelle et par l'application du tableau croisé ci-après.

TAUX D'INVALIDITE FONCTIONNELLE									
Taux d'invalidité professionnelle	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	-	-	-	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20	-	-	31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	-	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	66,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	79,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

L'invalidité fonctionnelle sera appréciée et chiffrée par référence à une grille d'incapacité fonctionnelle basée sur le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (Barème du Concours Médical en vigueur au jour de la consolidation de l'état d'invalidité). L'invalidité professionnelle sera appréciée et chiffrée en tenant compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

- Pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment du Sinistre, le degré "n" est déterminé en référence à une grille d'incapacité fonctionnelle basée sur le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (Barème du Concours Médical en vigueur au jour de la consolidation de l'état d'invalidité).

Les décisions prises par le régime de base ou une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à MILTIS.

Les versements restés impayés au jour de la reconnaissance de l'IPT ne seront en aucun cas pris en charge par MILTIS, de même pour les intérêts de retard.

5.3.2 Garantie incapacité temporaire totale de travail (ITT)

En cas d'ITT de l'Assuré, MILTIS prend en charge (si la garantie est souscrite) le paiement des échéances assurées du prêt conformément au tableau d'amortissement au jour du Sinistre et au certificat d'assurance.

L'indemnité journalière est versée tant que l'ITT persiste et au plus tard jusqu'à la date de reconnaissance de l'IPP ou de l'IPT telle que définie au présent contrat.

Pour les prêts in fine et à terme, le capital emprunté remboursé dans la dernière échéance n'est pas pris en charge.

Le montant des prestations est calculé au prorata des jours d'arrêt de travail.

Le montant des échéances de prêts ou des loyers du crédit-bail payés par l'Assureur est calculé au prorata des jours d'arrêt de travail, dans la limite de 100 % du montant des échéances/loyers assurés exigibles.

Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées pour une même période d'incapacité ne pourra excéder le montant de l'échéance de remboursement ou le montant des intérêts courus pendant le différé d'amortissement en cas de prêt remboursable au terme.

Les augmentations d'échéances intervenant après la date du Sinistre ou dans les six (6) mois précédant le Sinistre sont sans effet sur le montant des prestations versées.

Si l'Assuré dispose de la qualité d'assuré social, il doit bénéficier d'une intervention de son régime de base.

Les décisions prises par le régime de base ou une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à MILTIS.

Dans tous les cas, l'Assuré doit suivre le traitement qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

L'ITT doit être constatée médicalement en France. Les frais de rapatriement sont à la charge de l'assuré.

5.3.2.1 Franchise

MILTIS intervient après application de la franchise contractuelle mentionnée sur le certificat d'assurance (30, 90 ou 180 jours).

Le calcul de la franchise débute le 1^{er} jour de l'arrêt de travail constaté médicalement par MILTIS sous réserve du déblocage des fonds.

Si un congé maternité débute pendant le délai de franchise, le décompte de la franchise sera suspendu pendant le congé légal de maternité et repris dès le premier jour suivant la fin de ce congé. L'incapacité sera indemnisée à la fin du délai de franchise ainsi calculé.

5.3.2.2 Rechute

Lorsqu'une même maladie ou un même accident indemnisé entraîne un nouvel arrêt, il n'est pas fait application à nouveau de la franchise, sous réserve :

- que l'adhésion soit toujours en vigueur ;
- et que la période de reprise de travail ne soit pas supérieure à deux (2) mois.

Dans les cas contraires, l'indemnisation débutera à la fin d'un nouveau délai de franchise sous réserve que l'adhésion soit toujours en vigueur.

5.3.2.3 Temps partiel thérapeutique

En cas de reprise à temps partiel thérapeutique après une prise en charge au titre de l'ITT d'au moins 2 mois, MILTIS prendra en charge à hauteur de 50 %, le paiement des échéances assurées (après application de la quotité assurée) figurant sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et conformément à la dernière attestation d'assurance de prêt. La durée d'indemnisation ne pourra pas excéder 180 jours à compter de la reprise partielle du travail pour raison de santé.

5.3.3 Garantie optionnelle invalidité permanente partielle (IPP)

La garantie IPP ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie IPT.

Si le taux d'invalidité "n" déterminé selon les mêmes dispositions que pour l'IPT (se référer à l'article 5.3.1 « **Garantie invalidité permanente totale** ») de l'Assuré supérieure ou égale à 33 % et inférieure à 66 %, MILTIS prend en charge (si la garantie est souscrite et après application de la quotité assurée) 50 % des échéances de la garantie ITT. Ces dispositions s'appliquent également pour les personnes sans activité professionnelle au moment du Sinistre.

Si le taux d'invalidité "n" devient supérieur à 66 % l'Assuré est pris en charge au titre de l'IPT (se référer à l'article 5.3.1 « **Garantie invalidité permanente totale** »).

Lorsque la garantie est souscrite par plusieurs Assurés, le total des prestations versées ne pourra

excéder le montant de l'échéance de remboursement au moment du Sinistre.

Les décisions prises par le régime de base ou par une autorité médicale compétente ne s'imposent pas à MILTIS.

L'IPP doit être constatée médicalement en France. Les frais de rapatriement sont à la charge de l'assuré.

5.4 GARANTIE OPTIONNELLE EXONERATION DES COTISATIONS

L'Assuré, qui bénéficie de la prise en charge au titre de l'ITT, ou de l'IPT par MILTIS, est exonéré du paiement de l'ensemble des cotisations dès la fin de la période de franchise et pendant la durée de versement de l'indemnité.

Pour l'Assuré qui bénéficie de la prise en charge au titre de l'IPP par MILTIS, l'exonération visée ci-dessus s'effectue à hauteur de 50 % du montant de ces cotisations.

5.5 OPTIONS DOS ET PSY

5.5.1 Option Psy

En cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP, l'option psy permet une prise en charge après application de la franchise des maladies psychiatriques, psychiques, des fibromyalgies et des conséquences de ces affections sans condition d'hospitalisation.

5.5.2 Option dos

En cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP, l'option dos permet une prise en charge après application de la franchise des affections disco-vertébrales et para-vertébrales sans condition d'hospitalisation.

5.6 CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE ET DES OPTIONS EXONERATION DES COTISATIONS ET OPTIONS DOS ET PSY

Le versement des prestations cesse :

- lorsque l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite et au plus tard au jour de son 67^{ème} anniversaire ;
- en cas de versement du capital au titre des garanties Décès, PTIA, IPT ;
- à la reprise totale ou partielle d'une activité professionnelle (sauf temps partiel thérapeutique) par l'Assuré, salariée ou non ;
- en cas de reprise totale ou partielle des occupations de la vie courante, pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle ;

- lorsque la date de fin de crédit, telle que prévue au tableau d'amortissement au jour du Sinistre, est atteinte ;
- lorsque le crédit est intégralement remboursé, à l'échéance finale ou par anticipation.

Le versement des prestations est systématiquement suspendu pendant le congé légal de maternité (ainsi que les congés assimilés) et repris à son issue, le cas échéant.

6. BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Le capital assuré est versé à l'Organisme prêteur conformément au tableau d'amortissement au jour du Sinistre et au Certificat d'assurance.

7. ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

8. REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont versées en fonction du tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre, de la dernière attestation d'assurance de prêt et dans la limite des capitaux restant dus à l'Organisme prêteur.

Afin de constituer le dossier de règlement, le Gestionnaire, pour le compte de MILTIS, se réserve le droit de demander tous les justificatifs qu'il jugera nécessaires. Il pourra notamment demander des informations d'ordre médical qui pourront être transmises directement sous pli confidentiel au Médecin conseil - Digital Insure Services - Adhésion SOPRETIS, 38, rue La Condamine – 75017 Paris.

8•1 DELAI DE DECLARATION

En cas de décès, les ayants droit doivent en informer le Gestionnaire via son espace Assuré ou à l'adresse suivante :

Digital Insure Services
Adhésion SOPRETIS
38, rue La Condamine
75017 Paris

Les cas d'ITT, d'IPT et d'IPP, doivent être déclarés au Gestionnaire par l'Assuré dès leur survenance et au plus tard dans un délai de 30 jours suivant la fin de la période de franchise (sauf cas fortuit ou de force majeure). Cette déclaration doit être

accompagnée des pièces justificatives qui lui seront demandées. Dans le cas contraire, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de complétude du dossier.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail, les pièces justificatives demandées doivent être adressées au Gestionnaire, sous 15 jours maximum à compter de la prolongation (sauf cas fortuit ou de force majeure).

Passés ces délais, et dans les conditions prévues à l'article L.113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception de la demande de prestations.

Toute prolongation parvenant au Gestionnaire après ce délai sera considérée :

- entre le 16e et le 60e jour comme une rechute, l'indemnisation reprenant à la date de réception du justificatif ;
- après le 61e jour comme un nouveau Sinistre donnant lieu à application du délai de franchise à compter de la date de réception du justificatif.

En tout état de cause, sous peine de déchéance de garantie et/ou d'interruption de paiement des prestations en cours de service en faveur de l'Assuré ou l'Adhérent, le Gestionnaire se réserve le droit de demander à tout moment à l'Assuré, l'Adhérent ou aux bénéficiaires désignés toute justification qui lui paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.

8•2 DUREE DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations s'effectue tant que dure l'ITT, l'IPT ou l'IPP de l'Assuré, sans pouvoir excéder les dates de fin des garanties fixées à l'article 9.5 « Cessations des garanties ».

8•3 CONTRÔLE MÉDICAL

Pour ne pas perdre son droit au service des prestations, l'Assuré doit se prêter à toute expertise ou à tout examen que MILTIS ou son Gestionnaire estime nécessaire et fournir toutes pièces justificatives. A cet effet, les médecins, agents ou délégués de MILTIS ou de son Gestionnaire doivent toujours avoir libre accès auprès de l'Assuré, dans le respect de la législation protégeant les données médicales, lequel s'engage par avance à les recevoir et à les informer loyalement de son état.

Sous peine de déchéance, l'Assuré en ITT, IPT, IPP devra communiquer l'adresse où il peut être visité, et se tenir à disposition pour les contrôles.

MILTIS n'est pas tenue de suivre les décisions d'un régime de base tel que la Sécurité sociale, d'un

organisme assimilé ou de tout autre organisme social.

Le versement des prestations sera suspendu si l'Assuré refuse de se soumettre au contrôle médical.

8•4 TIERCE EXPERTISE AMIABLE

En cas de désaccord entre le médecin traitant de l'Assuré et le médecin désigné par MILTIS, une procédure d'arbitrage médical peut être mise en place afin de trancher de façon définitive le différend et d'éviter le recours à une procédure judiciaire. Les deux médecins en désignent alors un troisième pour les départager dans le cadre d'un compromis d'arbitrage.

Faute par l'une des parties de désigner son médecin ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu où le Sinistre s'est produit ou du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.

Chaque partie prend en charge les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, sont supportés par moitié par chacune des parties qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin arbitre.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que dans le cadre d'une procédure d'arbitrage, aucune action en justice ne peut être exercée par les parties tant que l'arbitre n'aura pas tranché le différend, sauf si le rapport de cet expert n'a pas été déposé dans les quarante jours à compter de sa saisine.

Si l'Assuré ne souhaite pas recourir à cette procédure d'arbitrage, il conserve bien entendu la possibilité de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

9. VIE DU CONTRAT

9•1 PRISE D'EFFET DU CONTRAT

L'adhésion au contrat prend effet à la date d'effet du contrat, indiquée sur le certificat d'assurance et au plus tôt à la date de l'acceptation de l'offre de prêt par l'Assuré, sous réserve de l'application d'éventuels délais d'attente, de l'acceptation par MILTIS et du paiement de la première cotisation.

9•2 DUREE DU CONTRAT

Le contrat est conclu pour une période d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion et se renouvelle ensuite par tacite reconduction pour des périodes successives d'un an sous réserve des cas de cessation de l'adhésion prévus à l'article 9.6 « Cessation du Contrat ».

Cas particulier de l'adhésion électronique

Par dérogation à l'article 1366 du Code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion électronique, les données sous forme électronique conservées par MILTIS ou tout mandataire de son choix :

- valent signature par l'Adhérent ;
- lui sont opposables ;
- peuvent être admises comme preuves de son identité et de son consentement relatif à l'adhésion au contrat, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance dûment acceptés.

9•3 DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date à laquelle il est informé que l'adhésion a pris effet (date indiquée dans le certificat d'assurance).

En cas d'exercice du droit de renonciation, la part des cotisations versées correspondant à la période non couverte sera restituée à l'Adhérent dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre, l'adhésion au Contrat et les garanties prennent fin.

Dans tous les cas, l'Adhérent doit signifier la renonciation à Digital Insure Services par lettre recommandée ou recommandée électronique avec avis de réception.

Cette faculté ne s'applique pas aux prêts professionnels.

Modèle de lettre de renonciation à envoyer en recommandé ou recommandé électronique avec avis de réception à :

Digital Insure Services - 38, rue La Condamine – 75017 Paris

"Je soussigné(e) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat SOPRETIS et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le au prorata de la période non couverte.

Le Signature"

9•4 DROIT DE RESILIATION

9.4.1 Règle transitoire applicable jusqu'au 31 août 2022 pour tout contrat Sopretis souscrit jusqu'au 31 mai 2022

9.4.1.1 Résiliation dans les 12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt

Pour les prêts immobiliers à caractère non professionnel, conformément à l'article L. 221-10 du Code de de la mutualité, l'Adhérent peut résilier son contrat dans un délai de 12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt.

La demande de résiliation doit être adressée au Gestionnaire par lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au plus tard quinze (15) jours avant le terme de la période de 12 mois susmentionnée.

L'Adhérent doit également notifier au Gestionnaire par lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique la décision de l'Organisme Prêteur, visée à l'article L. 313-31 du Code de la consommation, d'accepter ou de refuser l'assurance de substitution en précisant, le cas échéant, la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution.

En cas d'acceptation par l'Organisme Prêteur, la résiliation de l'adhésion prend effet à la plus tardive des deux dates suivantes :

- soit 10 jours après la réception par le Gestionnaire de la décision de l'Organisme Prêteur ;
- soit à la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution par l'Organisme Prêteur.

En cas de refus par l'Organisme Prêteur, l'adhésion n'est pas résiliée.

Cette faculté ne s'applique pas pour les prêts à caractère professionnel.

9.4.1.2 En cours de vie du contrat

L'Adhérent peut demander la résiliation de son contrat par lettre recommandée ou recommandé électronique, adressé(e) au Gestionnaire au plus tard deux (2) mois avant l'échéance annuelle du contrat prévue dans le certificat d'assurance, et après accord de l'Organisme Prêteur. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale.

9.4.2 Règle applicable à compter du 01 septembre 2022 pour tout contrat Sopretis souscrit jusqu'au 31 mai 2022

L'Adhérent peut demander à tout moment la résiliation de son contrat d'assurance.

A ce titre, l'Adhérent communique au Gestionnaire en même temps que la demande de résiliation, l'accord de l'Organisme prêteur ainsi que la date de

prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par l'Organisme prêteur.

La demande de résiliation peut être communiquée soit :

- 1° par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite à Digital Insure - 38, rue de la Condamine - 75017 Paris ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit sur l'espace personnel sécurisé de l'Adhérent ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

La résiliation du contrat d'assurance prend effet dix (10) jours après la réception par le Gestionnaire de la décision de l'Organisme prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par l'Organisme prêteur si celle-ci est postérieure.

9.4.3 Règle applicable à compter du 01 juin 2022 pour tout contrat Sopretis souscrit à compter du 01 juin 2022

L'Adhérent peut demander à tout moment la résiliation de son contrat d'assurance.

A ce titre, l'Adhérent communique au Gestionnaire en même temps que la demande de résiliation, l'accord de l'Organisme prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par l'Organisme prêteur.

La demande de résiliation peut être communiquée soit :

- 1° par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite à Digital Insure -38, rue de la Condamine - 75017 Paris ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit sur l'espace personnel sécurisé de l'Adhérent ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

La résiliation du contrat d'assurance prend effet dix (10) jours après la réception par le Gestionnaire de la décision de l'Organisme prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par l'Organisme prêteur si celle-ci est postérieure.

9.5 CESSATION DES GARANTIES

Les garanties prennent fin en même temps que le contrat tel que prévu à l'article 9.6 « Cessation du contrat ». Pour chaque Assuré, les garanties cessent :

- pour la garantie Décès, le jour de son 90ème anniversaire,
- pour la garantie PTIA, le jour de son 71ème anniversaire,
- pour les garanties ITT, IPT, IPP, exonération de cotisation et options dos et psy, lorsque l'assuré fait

valoir ses droits à la retraite et au plus tard le jour de son 67ème anniversaire.

9•6 CESSATION DU CONTRAT

Le contrat cesse :

- à la dernière échéance prévue à l'origine de l'opération de crédit concernée, sauf accord de MILTIS sur la modification de la durée ;
- lorsque l'Adhérent et/ou l'Assuré ne respecte plus les conditions fixées à l'article 1.1 « **Caractéristiques de l'Adhérent / Assuré** » ;
- à la date à laquelle le paiement du solde du prêt ou la restitution du bien loué devient exigible au profit de l'Organisme Prêteur ;
- en cas de résiliation du prêt pour déchéance du terme prononcée par l'Organisme Prêteur ;
- en cas de résiliation du contrat de crédit-bail ;
- à la date à laquelle cessent les engagements de l'Emprunteur envers l'Organisme Prêteur c'est-à-dire :
 - o au remboursement total et définitif de l'Opération de crédit, que ce remboursement intervienne à l'échéance finale prévue ou par anticipation,
 - o à la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un Sinistre par MILTIS,
- au terme prévu des garanties Décès, PTIA, ITT, IPT, IPP (se référer à l'article 9.5 « **Cessation des garanties** » ;
- en cas de non-paiement des cotisations (se référer à l'article 11 « **Cotisations** ») ;
- si l'Assuré est caution, à la date de cessation du contrat de cautionnement ;
- dans les conditions définies à l'article 9.4 « **Droit de résiliation** ».

10. OBLIGATIONS DE L'ADHERENT ET/OU DE L'ASSURE

L'Adhérent est tenu au paiement de ses cotisations. A défaut de paiement d'une cotisation, ou d'une fraction de cotisation, se référer à l'article 11.3 « **Défaut de paiement des cotisations** ».

10•1 MODIFICATIONS DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ

Sous réserve des dispositions des articles 1.1 « **Caractéristiques de l'Adhérent / Assuré** » et 12.2 « **Sport** », les changements de situation de l'Assuré intervenant en cours de contrat ne remettent pas en cause les garanties et cotisations qui sont maintenues aux mêmes conditions.

10•2 MODIFICATIONS RELATIVES AUX PRÊTS GARANTIS

L'Adhérent s'engage à aviser le Gestionnaire par écrit de toute modification relative au prêt, même prévue dans le contrat de prêt d'origine.

Si elle n'est pas prévue dans le contrat de prêt d'origine, la modification sera soumise à l'acceptation de MILTIS si elle remet en cause la nature de l'adhésion.

L'Adhérent devra communiquer au Gestionnaire le tableau d'amortissement correspondant à la modification.

Cette modification sera prise en compte à la date d'information du Gestionnaire et validée par l'émission d'un nouveau certificat d'assurance.

En cas de remboursement anticipé partiel, l'Adhérent s'engage à en aviser le Gestionnaire par écrit dans les 3 mois. Au-delà, la modification demandée pourra être prise en compte à la date de la déclaration.

En cas de rachat d'un ou plusieurs prêts assurés par un contrat MILTIS, la garantie éventuelle du nouveau prêt se substituant au(x) prêt(s) racheté(s) (sous réserve d'éventuelles formalités médicales) ne prendra effet qu'au jour de la mise à disposition des fonds auprès de l'Organisme prêteur auprès duquel le(s) prêt(s) est (sont) racheté(s). L'adhérent devra présenter au Gestionnaire l'accord de l'Organisme prêteur concernant la résiliation de l'assurance se référant au(x) prêt(s) racheté(s).

10.2.1 Modification de la quotité

Toute augmentation de la quotité assurée donne lieu à l'application de formalités médicales et est soumise à l'accord de MILTIS.

Toute ITT, IPT, IPP, quelle que soit sa durée, ayant débuté durant le délai d'attente ne donnera pas lieu à indemnisation sur le supplément de garantie. Toute rechute consécutive à l'un de ces Sinistres sera également exclue du supplément de garanties. Ces dispositions ne sont toutefois pas applicables lorsque l'ITT, l'IPT ou l'IPP résulte d'un accident postérieur à la date d'effet de l'ajout de ce supplément de garantie.

10•3 MODIFICATIONS RELATIVES AUX GARANTIES

Aucune réduction de garantie demandée par l'Adhérent ne pourra être effectuée sans l'accord écrit de l'Organisme prêteur ayant consenti le prêt. L'adhésion aux garanties ITT, IPT et IPP postérieurement aux garanties Décès et PTIA s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle adhésion aux garanties.

En cas d'ITT, d'IPT, d'IPP, quelle que soit sa durée, ayant débuté durant le délai d'attente ne donnera pas lieu à indemnisation. Toute rechute consécutive à l'un de ces Sinistres sera également exclue des garanties. Ces dispositions ne sont toutefois pas applicables lorsque l'ITT, l'IPT, l'IPP résulte d'un accident postérieur à la date d'adhésion de ces nouvelles garanties.

11. COTISATIONS

11•1 DETERMINATION DU MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations annuelles - tous frais et taxes compris - sont calculées sur le montant du Capital Initial et sont fixées en fonction des informations recueillies à l'adhésion et notamment de l'âge de l'Adhérent et l'Assuré, de sa catégorie socioprofessionnelle, de la Quotité assurée, des garanties souscrites ainsi que des éventuelles conditions particulières.

À l'adhésion, un tableau récapitulatif des cotisations annuelles prévisionnelles sera adressé à l'Adhérent. Le tarif est garanti sauf changement de situation de l'Adhérent et/ou de l'Assuré, du taux des taxes, instauration de nouvelles impositions ou nouvelle décision législative ou réglementaire applicables au présent contrat qui s'imposerait aux adhésions en cours et entraînerait une modification du montant de la cotisation.

11•2 MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est payable d'avance par prélèvement bancaire, mensuellement, trimestriellement ou annuellement, en fonction de la périodicité choisie lors de l'adhésion.

Le paiement de la cotisation est effectué en euros.

11•3 DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

MILTIS ne peut se trouver engagée que par le paiement régulier des cotisations du Contrat, aux dates fixées.

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant la date de paiement fixée, le Gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure de payer. Si dans un délai de 40 jours suivant l'envoi de la mise en demeure, les sommes dues ne sont toujours pas réglées, l'adhésion au Contrat se trouvera de plein droit résiliée.

Néanmoins, la totalité des cotisations de l'année en cours est exigée, majorée des frais de poursuite et de recouvrement.

A titre d'information, en cas de rejet du prélèvement des cotisations dues, des frais d'un montant forfaitaire de 10 (dix) euros seront appliqués à l'encontre de l'Adhérent. En cas de mise en demeure pour non-paiement de tout ou partie des cotisations dues, des frais d'un montant forfaitaire de 25 (vingt-cinq) euros seront appliqués à l'encontre de l'Adhérent.

L'Organisme Prêteur sera systématiquement informé en cas de mise en demeure de l'Adhérent pour non-paiement des cotisations.

12. EXCLUSIONS

12•1 EXCLUSIONS

Sont exclus de la garantie prévue en cas de Décès :

- le suicide intervenu au cours de la première année du contrat. En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, l'Adhérent n'est couvert pour les garanties supplémentaires, qu'à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation. Si le prêt garanti a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'Adhérent, le suicide est couvert dès la prise d'effet de l'adhésion au Contrat, dans la limite du plafond fixé par la réglementation ;
- les accidents de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée ;
- les conséquences de la participation à des exhibitions, records, tentatives de records, de paris, d'essai sur prototype ou exercices de voltige ou acrobaties de toutes natures ;
- le saut à l'élastique, base jump et VTT de descente ;
- les sports exercés à titre professionnel ou sous contrat rémunéré ;
- les sports non représentés par une fédération et agréé par le ministère de la ville, des sports et de la jeunesse ;
- les Sinistres résultant directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation des noyaux d'atomes ;
- les conséquences d'accidents ou de maladies occasionnées par une guerre civile ou étrangère, des émeutes, insurrections, mouvements

populaires, rixes, actes terroristes ou de sabotage, dans lesquels l'Assuré a pris une part active.

Toutefois, les cas de légitime défense, d'accomplissement du devoir professionnel et d'assistance à personne en danger sont garantis.

Sont exclus des garanties prévues en cas de PTIA, d'ITT, d'IPT, d'IPP ;

- les exclusions stipulées en cas de Décès ;
- les conséquences d'une tentative de suicide ou d'un fait intentionnel de l'Assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait même indirectement ;

- les conséquences de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ou à doses non prescrites ainsi que celles de l'alcoolisme aigu ou chronique ;

- les affections de la colonne cervico-dorso-lombaire d'origine discale et/ou radiculaire : pincement, protrusion, tassement, hernie discale, arthrose, entraînant cervicalgies, névralgies cervicobrachiales, dorsalgies, lumbago, lombalgies, lombosacralgies, sciatiques, cruralgies ainsi que leurs suites et conséquences si elles n'entraînent pas une hospitalisation supérieure ou égale à 10 jours consécutifs (les séjours en soins de suite, en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle ne sont pas considérés comme des hospitalisations au sens du présent article). Les Assurés ayant souscrit l'option dos ou l'option dos/psy sont garantis pour ces affections ainsi que pour leurs suites et conséquences sans condition d'hospitalisation sous réserve des exclusions éventuelles indiquées au certificat d'adhésion ;

- Les troubles fibromyalgiques, les affections psychopathologiques, neuropsychiques, asthéo-anxio-dépressives, schizophrénie, bipolarité, troubles du comportement alimentaire, syndrome d'épuisement professionnel, syndrome d'épuisement chronique, burn out, ainsi que leurs suites et conséquences s'ils n'entraînent pas une hospitalisation supérieure à 10 jours consécutifs. Pour les Assurés ayant souscrit l'option psy, ces affections sont garanties sans condition d'hospitalisation et sous réserve des exclusions éventuelles indiquées au certificat d'adhésion.

En tout état de cause, quelle que soit la garantie, il appartient à MILTIS de prouver que le Sinistre résulte de l'un de ces événements.

12•2 SPORTS

Pour l'ensemble des garanties, les sports suivants pratiqués régulièrement et/ou en club et/ou en

fédération, ne peuvent être garantis que s'ils ont été déclarés à MILTIS et acceptés par cette dernière :

- Sports aériens ;
- Sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ;
- Sports de montagne au-delà de 2500 mètres, de neige (exceptés la pratique sans compétition sur piste balisée et ouverte au public), l'Escalade (excepté lorsqu'elle est pratiquée sur mur artificiel) ;
- Sports de navigation au-delà de 20 milles des côtes et activité subaquatique au-delà de 40 mètres de profondeur ;
- Sports ou activités fluviales ;
- Sports nécessitant toute pratique souterraine ;
- Rallyes-raids, courses de survie, activités sportives en zone désertique, épreuves combinées.

Les baptêmes ou initiations encadrés par un moniteur diplômé sont couverts sans déclaration préalable.

13. DISPOSITIONS DIVERSES

13•1 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par Digital Insure Services font l'objet d'un traitement aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Des données de santé sont collectées aux fins de l'appréciation du risque ou de la mise en œuvre des garanties souscrites.

Toutes ces informations sont nécessaires au traitement de votre dossier. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. Il est précisé qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec MILTIS pendant cinq ans.

Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des

intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de Digital Insure Services (y compris le Médecin-Conseil), l'intermédiaire en assurances, MILTIS, et, le cas échéant, les réassureurs, les fonds de garantie, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Digital Insure Services prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer pour un motif légitime. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : DPO Digital Insure Services – 38 rue la Condamine – 75017- PARIS ou dpo@digital-insure.fr. Digital Insure Services se chargera de traiter les demandes en se rapprochant, le cas échéant, des destinataires concernés. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

13•2 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'Adhérent peut adresser une réclamation à Digital Insure Services, par le biais d'un des canaux de contacts suivants :

- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé (Espace adhérent) ;
- courrier adressé au Service Client de Digital Insure Services - 38 rue la Condamine – 75017- PARIS, en précisant son numéro d'adhérent.

Digital Insure Services en accusera réception dans un délai maximum de 10 (dix) jours ouvrables (sauf si une réponse a pu être apportée à l'adhérent au

cours de ce délai) et répondra à l'Adhérent dans un délai maximum de 2 (deux) mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, l'Adhérent pourra saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an à compter de sa réclamation au Gestionnaire selon les modalités suivantes :

- soit via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse : www.mediateur-conso.cmap.fr,
- soit par courrier électronique à consommation@cmap.fr
- soit par courrier postal l'adresse suivante : CMAP – Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin Roosevelt, 75008 Paris.

L'Adhérent doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur peut intervenir pour les litiges opposant un particulier à MILTIS et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les 3 (trois) mois. Cet avis ne lie pas les parties. Il est rappelé que l'Adhérent a la possibilité de soumettre tout litige auprès du Tribunal compétent.

13•3 PRESCRIPTION

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

Art L. 221-11 du Code de la mutualité :

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, (...) le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, 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 du Code de la mutualité :

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

Article L. 221-12-1 du Code de la mutualité :

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

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

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

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

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil). La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

Miltis : Assureur du contrat : 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

Digital Insure Services : gestionnaire du contrat : Société par Actions Simplifiée au capital de 120 590,00 euros, Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 815 028 162 - dont le siège social est sis 38, rue de la Condamine - 75017 Paris
Intermédiaire en assurances inscrit à l'Orias sous le n°16000192

A decorative black arc that curves from the left side of the page towards the text.

Règlement mutualiste



OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité et a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et honoraire et la mutuelle conformément aux dispositions de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité. Il a été adopté par le Conseil d'Administration de la mutuelle conformément aux règles générales en matière d'opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale.

MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Conformément aux articles L. 114-9 et L. 114-7 du Code de la mutualité, et des statuts de la mutuelle, toute modification du présent règlement est décidée par le Conseil d'Administration et s'impose aux membres participants dès notification.

ADHÉSION À LA MUTUELLE

L'adhésion à la mutuelle est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion. Avant la signature, la mutuelle doit avoir remis au membre participant les statuts de la mutuelle, le présent règlement mutualiste et les dispositions particulières correspondant à la garantie choisie. C'est sur le bulletin d'adhésion que le membre participant indique la ou les garantie(s) choisie(s).

DROIT D'ADHÉSION

L'Assemblée Générale de la mutuelle en application de l'article 21 des statuts a fixé un droit d'adhésion à la mutuelle. Ce droit d'adhésion s'élève à 20 (vingt) euros. Cette somme est perçue une fois pour toutes lors de la première adhésion.

FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées et modifiées par le Conseil d'Administration conformément aux règles générales en matière d'opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale de la mutuelle.

Toute modification est portée à la connaissance des membres participants.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège de la mutuelle ou de son délégué, du bulletin d'adhésion complété et signé sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1ère cotisation. Des délais d'attente peuvent éventuellement s'appliquer.

FIN DE L'ADHÉSION

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. La demande de résiliation doit être reçue par la mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle du contrat. Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription pour les contrats de complémentaire santé, le membre participant peut mettre fin à son adhésion à tout moment par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. La résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en ait reçu la notification.

Le membre participant qui aurait porté ou tenté de porter volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle se verra exclu de la mutuelle conformément aux dispositions de l'article 12 des statuts.

FAUSSE DÉCLARATION

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

PRESCRIPTION

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

Article L. 221-11 du Code de la mutualité :

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, (...) le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, 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 du Code de la mutualité :

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

Article L. 221-12-1 du Code de la mutualité :

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

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

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

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

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

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

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

SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part de l'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice d'esthétique et d'agrément. De même qu'en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

FONDS DE GARANTIE

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

Miltis

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • Tél : 04 72 36 16 60 • Fax : 04 72 36 23 48 • www.mutuelle-miltis.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)



STATUTS

de la mutuelle

TITRE I • FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 • Formation et objet de la mutuelle

Article 1 • Dénomination de la mutuelle

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

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

Article 2 • Siège de la mutuelle

La mutuelle est établie au 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON.

Article 3 • Objet de la mutuelle

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

À cet effet, la Mutuelle se propose de :

À titre principal :

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

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

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

À titre accessoire :

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

La Mutuelle peut participer au développement à la gestion des dispositifs de Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

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

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

La Mutuelle peut également :

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

Article 4 • Règlements mutualistes et contrats collectifs

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

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

Article 5 • Règlement Intérieur

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

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

Article 6 • Respect de l'objet des mutuelles

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

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

SECTION I • Conditions d'adhésion

Article 7 • Catégories de membres

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

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

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



STATUTS

de la mutuelle

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

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

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

Article 8 • Adhésion individuelle

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

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

Article 9 • Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I • Opérations collectives facultatives

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

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

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

II • Opérations collectives obligatoires

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

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

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

SECTION II • Démission, radiation, exclusion

Article 10 • Démission

A l'échéance du contrat :

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

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

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

Article 11 • Radiation

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

Article 12 • Exclusions

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

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

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

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

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

Miltis est tenue de rembourser le solde au membre participant ou membre honoraire, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la démission.

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

TITRE 2 • ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 • Assemblée Générale

SECTION I • Composition, élection

Article 14 • Composition de l'Assemblée Générale

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

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

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

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

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

Collège 5 - Région Ile-de-France.

Collège 6 - Outre-mer et étranger.

Article 15 • Nombre de délégués

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

- 3 délégués pour un effectif inférieur à 5 000 membres,
- 1 délégué supplémentaire à partir de 5 000 membres, par tranche de 5 000 membres. Un même collège ne peut détenir plus d'un tiers de l'ensemble des droits de vote.

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



STATUTS

de la mutuelle

Article 16 • Élection des délégués

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

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

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

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

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

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de collège, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant venant à l'ordre de suppléance défini à l'article précédent.

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

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

SECTION II • Réunion de l'Assemblée Générale

Article 18 • Convocation annuelle obligatoire

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

Article 19 • Autres convocations

La convocation est obligatoire quand elle est demandée :

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

Article 20 • Modalités de convocation de l'Assemblée Générale

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

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

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

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

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

Article 21 • Compétences de l'Assemblée Générale

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

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

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

L'Assemblée générale peut également en toute circonstance, prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité. Elle statue sur :

- les statuts et ses modifications ;
- les activités exercées par la mutuelle ;
- l'existence et le montant des droits d'adhésion ;
- la souscription d'emprunts destinés à la constitution et à l'alimentation du fonds de développement conformément aux articles R. 212-4 et R. 212-5 du Code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 ;
- les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du même Code ;
- l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- le rapport moral, le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 ;
- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39 ;
- les principes à respecter par les délégations de gestion, conformément à l'article L. 116-3 ;
- le rapport du Conseil d'Administration sur les opérations d'intermédiation et les délégations de gestion mentionné à l'article L. 116-4 ;
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée Générale décide :

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

Article 22 • Modalités de participation à l'Assemblée Générale

Les votes ont lieu selon les différentes modalités suivantes :

- Vote à main levée ou à bulletin secret en séance,
- Vote par procuration, conformément à l'article R.114-2 du Code de la Mutualité et aux modalités définies à l'article "VOTE PAR PROCURATION" des présents statuts.



STATUTS

de la mutuelle

Article 23 • Vote par procuration

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

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

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

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

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

- Un mandat peut être donné pour deux assemblées tenues le même jour ou dans un délai d'un mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées au I de l'article L. 114-12 et l'autre pour exercer les attributions visées au II du même article ;
- Un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Pour le calcul du quorum, le délégué qui vote par procuration est considéré comme un membre représenté.

Article 24 • Modalités de vote de l'Assemblée Générale

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

Lorsqu'elle se prononce sur :

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 25 • Force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale

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

CHAPITRE 2 • Conseil d'Administration

SECTION I • Composition, élection

Article 26 • Conditions d'éligibilité - Limite d'âge

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

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

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

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

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

Article 27 • Composition

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

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

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

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

Article 28 • Présentation des candidatures

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

Article 29 • Modalités de l'élection

Les membres du Conseil sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée Générale au scrutin uninominal à un tour.

Article 30 • Durée du mandat

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

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

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

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre de la mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 29 ;



STATUTS de la mutuelle

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

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

Article 31 • Renouvellement du Conseil d'Administration

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

Article 32 • Vacance

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

Les candidats à la cooptation doivent satisfaire aux conditions fixées à l'article "CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ - LIMITE D'ÂGE" et leur candidature être formalisée dans les conditions prévues à l'article "PRÉSENTATION DES CANDIDATURES". Lesdits dossiers sont transmis au Président / aux administrateurs au moins quinze jours avant la date de la réunion du Conseil d'Administration devant statuer sur la cooptation.

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

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée Générale. La non-ratification par celle-ci de la nomination faite par le Conseil d'Administration entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

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

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

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

Les administrateurs élus achèvent le mandat de ceux qu'ils remplacent.

- si le nombre d'administrateurs restant est au moins égal au minimum statutaire, le Conseil d'Administration peut décider d'organiser une élection pour pourvoir aux postes vacants dans le cadre de la prochaine Assemblée Générale. Les administrateurs élus achèvent le mandat de ceux qu'ils remplacent.

SECTION II • Réunions du Conseil d'Administration

Article 33 • Réunions

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

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

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

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

Article 34 • Délibérations du Conseil d'Administration

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

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

SECTION III • Attributions du Conseil d'Administration

Article 35 • Compétences du Conseil d'Administration

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.

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

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

Il établit également :

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



STATUTS de la mutuelle

- le rapport régulier à l'autorité de contrôle (RSR) ;
- les états quantitatifs annuels et trimestriels ;
- le rapport à l'autorité de contrôle sur l'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA) mentionné à l'article L.354-2 du Code des assurances.

Qu'il transmet à l'autorité de contrôle.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 36 • Délégations d'attribution par le Conseil d'Administration

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

Article 37 • Délégation spéciale du Conseil d'Administration au Président ou au dirigeant opérationnel

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

Article 38 • Nominations

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

Outre le dirigeant opérationnel, le Conseil d'Administration peut également, sur proposition de son Président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques, dont la fonction et la situation respectent les conditions fixées par l'article R211-15 du Code de la mutualité

Le Conseil d'Administration nomme la personne responsable de chacune des fonctions clés mentionnées à l'article L211-12 du Code de la Mutualité, sur proposition du dirigeant opérationnel.

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

Il garantit l'indépendance des responsables des fonctions clés et approuve les procédures (proposées par le dirigeant opérationnel) définissant les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent informer directement et de leur propre initiative, le Conseil d'Administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Article 39 • Délégations de pouvoirs (dirigeant opérationnel)

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

SECTION IV • Statut des administrateurs

Article 40 • Situation et comportement interdits aux administrateurs

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

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts. Les anciens membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer des fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Article 41 • Conventions réglementées soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration

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

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

Les conventions auxquelles un administrateur ou un dirigeant opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée, ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs, le(s) dirigeant(s) salarié(s) de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale dirigeant de ladite personne morale, sont soumises à l'autorisation du Conseil d'Administration.

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

Article 42 • Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

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



Article 43 • Conventions interdites

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

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

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

Article 44 • Indemnités versées aux Administrateurs

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

Article 45 • Remboursement des frais aux administrateurs

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

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

Article 46 • Obligations des administrateurs

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

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

Article 47 • Responsabilité

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

Les peines encourues par les personnes morales sont :

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

CHAPITRE 3 • Président et Bureau

SECTION I • Composition, élection, réunions

Article 48 • Élection du président et du bureau

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

Article 49 • Vacance

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

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

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

Article 50 • Composition du bureau

Le bureau est composé de la façon suivante :

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

Article 51 • Réunions et délibérations

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

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

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

SECTION II • Attributions des membres du bureau

Article 52 • Attributions

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

CHAPITRE 4 • Dispositions diverses

Article 53 • Principes de réassurance

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



STATUTS

de la mutuelle

Article 54 • Commissaires aux comptes

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

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

Article 55 • Fonds d'établissement

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

Article 56 • Dissolution volontaire et liquidation

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

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

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des administrateurs, des dirigeants effectifs et des membres de commissions. L'Assemblée Générale, régulièrement constituée, conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement.

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

Article 57 • Comité d'Audit interne et des risques

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

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

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

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

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

CHAPITRE 5 • Le mandataire mutualiste

Article 58 • Définition et mode de désignation

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

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

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

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

Article 59 • Formation

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

Article 60 • Indemnisations

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