

Votre offre prévoyance

Orizen

faites face aux accidents
de la vie courante !



Sommaire

Pourquoi adhérer.....	p.4
Tableau des garanties	p.9
Cotisations	p.10
Fiche d'information.....	p.11
Règlement mutualiste	p.13
Statuts	p.23

ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

Un risque souvent méconnu, parfois lourd de conséquences

En France,
les accidents de la vie
courante font

**11 millions
de victimes
par an**



c'est 3x plus
que les accidents du travail⁽¹⁾

c'est 5x plus
que les accidents de la route⁽¹⁾



Et causent
près de
**20 000
décès**



Un accident peut avoir des conséquences très lourdes sur les ressources de votre foyer

✓ **En cas d'hospitalisation:**

Baisse des revenus professionnels liée à l'arrêt de travail, coût d'une aide à domicile pour le ménage, la garde des enfants ou des animaux domestiques, prestations de confort lors de l'hospitalisation (wifi, frais de transport et de repas de l'accompagnant)...



✓ **En cas d'incapacité physique permanente:**

Baisse des revenus liée à l'invalidité, coût d'une auxiliaire de vie quotidienne, travaux de réaménagement du domicile (aménagement de la salle de bains, installation d'une rampe pour escalier...), achat de fauteuil roulant ou de prothèses, frais de chirurgie esthétique...



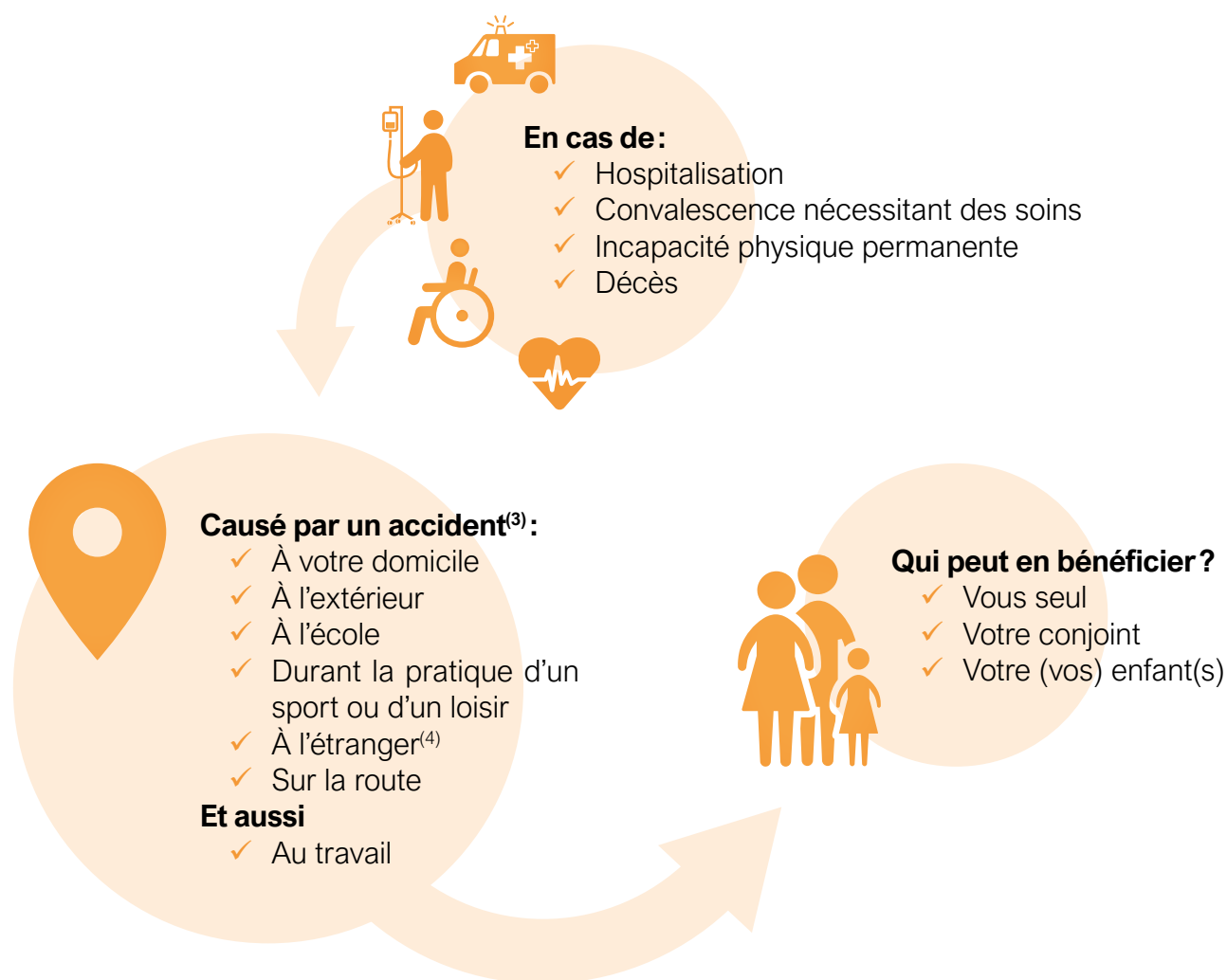
✓ **En cas de décès:**

Perte d'un revenu du foyer à la suite du décès, frais d'obsèques...

(1) Chiffres pour une année. Source: données 2021 de l'Agence nationale de santé publique (santepubliquefrance.fr)

Une protection financière contre les accidents de la vie courante⁽²⁾

Grâce à la garantie ORIZEN, vous êtes indemnisé dans la plupart des cas d'accidents.



(2) Sous réserve des conditions contractuelles de la garantie détaillées dans le Règlement Mutualiste Orizen disponible sur mutuelleMGC.fr ou en page 13 de ce guide.

(3) Extrait de l'article 17 du Règlement Mutualiste: « L'accident toutes causes est défini comme tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure ». Pour connaître la liste des événements n'étant pas considérés comme des accidents ainsi que les exclusions de garantie, reportez-vous au Règlement Mutualiste disponible sur mutuelleMGC.fr ou en page 13 de ce guide.

(4) Les garanties s'appliquent pour tout séjour inférieur à trois mois dans un pays non membre de l'Union européenne. Au sein des pays membres de l'Union européenne, les garanties s'appliquent quelle que soit la durée du séjour.

Orizen

4 garanties, 1 seul contrat



Allocation journalière d'hospitalisation de 30 € à 80 €*

Versée en cas d'hospitalisation consécutive à un accident, d'au moins 24 heures, et pour une durée maximum de 60 jours par accident.



Allocation journalière de convalescence de 30 € à 80 €*

Due en cas de convalescence nécessitant des soins, faisant suite à une hospitalisation indemnisée par le contrat, et pour une durée maximum de 30 jours par accident. La convalescence peut être réalisée au domicile de l'adhérent ou en établissement d'hébergement collectif et doit être justifiée par un certificat médical.



Capital décès de 30 000 € à 120 000 €*

Versé aux bénéficiaires désignés, en cas de décès survenant dans les deux mois suivant l'accident.



Capital Incapacité physique permanente de 50 000 € à 150 000 €*

Versé lorsqu'une infirmité définitive est reconnue par le médecin conseil de l'assureur dans les deux ans qui suivent l'accident et correspondant à un taux d'infirmité de 10% ou plus (par exemple, amputation du pouce ou de l'index, surdité totale d'une oreille...)

Pour un adhérent âgé de 70 ans à 75 ans, le taux d'infirmité doit être de 30% pour que le capital soit versé.

Le montant du capital Incapacité physique permanente est calculé de la façon suivante : capital choisi multiplié par le taux d'infirmité.

Exemples de taux d'infirmité :

- ✓ supérieur ou égal à 10% : amputation du pouce ou de l'index, surdité totale d'une oreille...
- ✓ supérieur ou égal à 30% : perte totale d'un œil, amputation complète du pied ou de la main...

** Le montant des allocations et des capitaux versés dépend du niveau de garanties souscrit, conformément au tableau de garanties ORIZEN et au Règlement Mutualiste.*

Orizen

Exemples d'indemnisation



Sur les conseils d'un proche, Pierre a souscrit la garantie ORIZEN 3 pour lui, son conjoint et ses deux enfants.

Suite à un accident de la circulation, tous les membres de la famille sont hospitalisés 7 jours. Grâce au contrat, chacun des membres du foyer bénéficie d'une **allocation journalière d'hospitalisation de 80 € par jour** pendant les 7 jours d'hospitalisation, soit une indemnité totale de 2 240 € versée pour l'ensemble du foyer.

Son fils pratiquant de nombreux sports, Virginie a souscrit un contrat d'assurance pour tous les deux et a choisi la garantie ORIZEN 2.

Lors d'un match de foot, son fils subit une rupture des ligaments croisés. Il est hospitalisé 5 jours et doit poursuivre sa rééducation au sein d'une structure de soins spécialisée durant 20 jours. Au titre de la garantie, il perçoit une **allocation journalière d'hospitalisation** de 60€ par jour durant les 5 jours ainsi qu'une **allocation journalière de convalescence** de 60€ par jour pendant les 20 jours de rééducation.



Depuis qu'ils sont à la retraite et qu'ils peuvent enfin s'adonner à leur passion de la randonnée, Paul et son épouse ont choisi d'adhérer à la garantie ORIZEN 1.

Lors d'une randonnée en haute montagne, Paul est victime d'une chute à la suite de laquelle il décède.

Suite à son décès, un **capital décès** de 30 000€ est versé au(x) bénéficiaire(s) que Michel a désigné via le formulaire prévu à cet effet.

Vivant seule, Catherine ressent le besoin de se protéger en cas d'accident et a choisi la formule ORIZEN 3.

Alors qu'elle est en train de jardiner, elle se coupe l'index droit avec son sécateur lors d'un moment d'inattention. Il est établi un taux d'infirmité de 15% par le médecin conseil de l'assureur. Catherine bénéficie d'un **capital Incapacité physique permanente** de 150 000€ **multiplié par le taux d'infirmité** de 15%, soit 22 500€.



Orizen

5 bonnes raisons de choisir la garantie !

- 1 Vous êtes couvert pour tous types d'accidents de la vie courante (y compris les accidents de la route ou liés à la pratique d'un sport extrême) mais aussi pour les accidents du travail,
- 2 Vous pouvez changer votre niveau de couverture à tout moment,
- 3 Vous êtes couvert jusqu'à la fin de l'année de vos 80 ans (jusqu'à la fin de l'année de vos 75 ans pour la garantie Capital Incapacité physique permanente)⁽¹⁾,
- 4 Vous bénéficiez d'allocations journalières pendant votre convalescence, lorsqu'elle fait suite à une hospitalisation, que celle-ci soit dispensée à domicile ou en établissement spécialisé,
- 5 Vous percevez vos allocations journalières d'hospitalisation même en cas de rechute, si celle-ci a lieu moins de 3 ans après l'accident⁽²⁾.



Avec Orizen, vous bénéficiez d'une triple expertise

Pour répondre aux besoins de leurs adhérents en matière de protection sociale complémentaire, la mutuelle MGC et mutuelle Entrain, appuyées par l'expertise de Solimut Mutuelle de France, ont conçu ensemble ORIZEN, une garantie accident exclusivement proposée par les deux mutuelles cheminotes.

Assureur et gestionnaire du contrat, Solimut Mutuelle de France bénéficie d'une expérience de plus de 40 ans et protège aujourd'hui 765 000 personnes. Elle partage avec la mutuelle MGC et mutuelle Entrain le même « ADN ». Indépendants, à but non lucratif, les trois partenaires œuvrent pour donner à tous accès à des garanties de qualité au prix juste.

(1) Condition d'adhésion à la garantie Orizen : ne pas avoir atteint la fin de l'année de vos 76 ans.

(2) Les rechutes, pour être indemnisables, devront être la conséquence exclusive d'un accident déjà indemnisé au titre du présent contrat et devront se situer dans les 3 ans après la date de l'accident, dans la mesure où le crédit d'indemnisation n'aura pas été épuisé lors de la 1ère hospitalisation. Au-delà de trois ans, les rechutes ne seront pas prises en charge par votre mutuelle même si le crédit d'indemnisation n'est pas épuisé.

Tableau de garantie

Au moment de votre adhésion, vous choisissez entre 3 niveaux de garanties.

Le montant des allocations et des capitaux versés dépend **du niveau souscrit**, conformément au tableau de garantie et au Règlement Mutualiste

	Niveau de garantie		
	Orizen 1	Orizen 2	Orizen 3
Allocation Journalière d'Hospitalisation ⁽¹⁾	30 €/jour	60 €/jour	80 €/jour
Allocation Journalière de convalescence nécessitant des soins ⁽²⁾	30 €/jour	60 €/jour	80 €/jour
Capital Décès ⁽³⁾	30 000 €	60 000 €	120 000 €
Incapacité Physique Permanente (I.P.P) ⁽⁴⁾ d'origine accidentelle ⁽⁵⁾	50 000 €	100 000 €	150 000 €

Vos conseillers sont là pour vous aider à choisir le niveau de garantie adapté à vos besoins et à votre situation.



(1) L'allocation journalière d'hospitalisation concerne la période d'indemnisation pour une durée maximum de 60 jours par accident. L'hospitalisation doit être d'une durée supérieure ou égale à 24 heures due à un accident couvert par le Règlement Mutualiste. L'hospitalisation doit débuter dans les 2 mois, au plus tard, qui suivent la date de l'accident. En cas de rechute, si celle-ci se situe dans les 3 ans après la date de l'accident, dans la mesure où le crédit d'indemnisation n'aura pas été épuisé lors de la 1^{re} hospitalisation, la nouvelle hospitalisation sera indemnisée à due concurrence du solde de nombre de jours restants. Les rechutes, pour être indemnisables, devront être la conséquence exclusive d'un accident déjà indemnisé au titre du présent contrat. Au-delà de trois ans, les rechutes ne seront pas prises en charge par la Mutuelle même si le crédit d'indemnisation n'est pas épuisé.

(2) L'allocation journalière de convalescence nécessitant des soins concerne la période d'indemnisation pour une durée maximum de 30 jours par accident. La garantie convalescence nécessitant des soins n'intervient qu'à la suite d'une indemnisation au titre de la garantie hospitalisation. Ainsi, la garantie convalescence nécessitant des soins ne sera due que si des allocations journalières en cas d'hospitalisation ont préalablement été versées pour le même sinistre.

(3) Le décès doit survenir dans les 2 mois qui suivent la date de l'accident.

(4) Jusqu'à l'âge de 69 ans inclus, versement d'un capital IPP à partir d'une reconnaissance IPP de 10%. De 70 à 75 ans, versement d'un capital IPP à partir d'une reconnaissance IPP de 30%. L'IPP doit intervenir dans un délai maximum de 24 mois à compter de la date de l'accident. Le taux d'infirmité est déterminé par expertise réalisée par le médecin conseil de Solimut Mutuelle de France. Le capital versé est calculé en fonction du taux d'infirmité selon le barème servant au calcul du taux d'infirmité en respectant la formule la suivante: Capital choisi multiplié par le Taux d'infirmité. En cas d'infirmités multiples liées à un même accident, le capital versé sera en tout état de cause plafonné au montant de l'option souscrite par le bénéficiaire. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent.

(5) L'accident est défini comme tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Tarifs

Cotisations mensuelles par niveau de garantie souscrit, selon le type d'adhésion.

Type de cotisation	Niveau de garantie		
	Orizen 1	Orizen 2	Orizen 3
Individuelle	8,26€ TTC ⁽¹⁾	15,11€ TTC	24,29€ TTC
Duo (parent + enfant)	9,51€ TTC	17,39€ TTC	27,96€ TTC
Couple	13,74€ TTC	25,24€ TTC	40,45€ TTC
Famille	20,00€ TTC	38,91€ TTC	53,10€ TTC

(1) Cotisations mensuelles taxes incluses: Tout changement du taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelle imposition applicable ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

Assurance Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance



ORGANISME ASSUREUR : Solimut Mutuelle de France, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75 436 Paris Cedex 9), immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille, Mutuelle adhérente à Solimut Mutuelles de France, Union Mutualiste de Groupe, organisme régi par le Code de la Mutualité, immatriculé au répertoire SIRENE sous le numéro 539 793 885.

ORGANISMES DISTRIBUTEURS : Mutuelle Entrain, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est sis 5 boulevard Camille Flammarion, 13001 Marseille, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 558 778.

MGC – Mutuelle Générale des cheminots, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est sis 2 et 4 place de l'Abbé Georges Hénocque, 75013 Paris, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 678 550.

Produit : Règlement Mutualiste ORIZEN

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit « ORIZEN » est une assurance prévoyance complémentaire destinée à verser des prestations en cas de réalisation d'un événement à caractère accidentel couvert par le contrat entraînant, soit une hospitalisation d'une durée supérieure ou égale à 24H, soit le décès, soit une incapacité physique permanente.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Tous les accidents sont couverts, quelle qu'en soit leur nature. L'accident étant défini comme tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.



LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Allocation journalière d'hospitalisation en cas d'accidents toutes causes.
- ✓ Allocation journalière de convalescence en cas d'accidents toutes causes.
- ✓ Capital Décès en cas d'accidents toutes causes.
- ✓ Capital Incapacité Physique Permanente (I.P.P) en cas d'I.P.P supérieure à 10% jusqu'à 69 ans, et supérieure à 30% de 70 à 75 ans. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe le sinistre et l'année de naissance de l'adhérent.

Les garanties précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les demandes de prestations résultant d'un caractère non accidentel.
- ✗ Les accidents survenus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les accidents dans le cadre des risques exclus ci-après.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ La déclaration ayant fait l'objet de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Sont exclus de l'ensemble des garanties du présent règlement mutualiste, les conséquences :

- ! Directes ou indirectes de faits de guerres (civile ou étrangère), d'émeute, de rixe, ou d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent aura pris une part active ; étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis.
- ! De tremblements de terre, d'inondations, ou de cataclysmes ayant entraîné la reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle.
- ! De la désintégration du noyau atomique, ainsi que les accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome.
- ! Des accidents ou affections survenus antérieurement à la date d'effet de l'adhésion.
- ! Des accidents ou maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'adhérent et ce qui résultent de tentative de suicide, ou d'automutilation.
- ! Des accidents dus à l'usage de substances illicites ou de médicaments non prescrits.
- ! Des accidents dus à l'état d'imprégnation alcoolique du participant caractérisé par une concentration d'alcool supérieur au taux défini dans le code de la route en vigueur au jour du sinistre.

Concernant la garantie Allocations journalières en cas d'hospitalisation, sont exclus, en sus, des exclusions prévues pour toutes les garanties :

- ! La maternité et les pathologies liées à celle-ci.
- ! Les séjours dans les établissements et services très spécialisés suivants : les maisons de repos, de convalescence, établissements et services de rééducation fonctionnelle et motrice (sauf suite à un accident ayant nécessité une intervention chirurgicale et dans l'éventuelle limite de prise en charge fixée au tableau de garantie).
- ! Les établissements de services thermaux, climatiques, diététiques, centres de thalassothérapie, établissements et service de gériatrie, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, centres médicaux et/ou psychopédagogiques, séjours en établissements à caractère sanitaire, centres de vacances, aériums, homes d'enfants.
- ! Les cures de désintoxication liées à la tabagie, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, cures de sommeil.
- ! Les traitements esthétiques de rajeunissement, non prescrits médicalement et leurs suites.

Solimut Mutuelle de France RÈGLEMENT MUTUALISTE ORIZEN

Approuvé par le Conseil d'Administration du 7 Juin 2021



TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	13
ARTICLE 1 : CADRE RÉGLEMENTAIRE/ RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE	13
ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE	13
ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION	13
ARTICLE 4 : FORMALITÉS D'ADHÉSION	13
ARTICLE 5 : POPULATION ASSURÉE.....	13
ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE.....	13
ARTICLE 7 : RENOUVELLEMENT, MODIFICATION, SUSPENSION ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION	13
Article 7-1 : Renouvellement.....	13
Article 7-2 : Modification de garantie	13
Article 7-3 : Résiliation	13
ARTICLE 8 : DROIT DE RENONCIATION.....	14
Article 8-1 : Vente à distance	14
Article 8-2 : Droit de renonciation dans le cadre de la vente à distance	14
Article 8-3 : Droit de renonciation dans le cadre du démarchage à domicile.....	14
Article 8-4 : Droit de renonciation dans le cadre des couvertures ayant des garanties qui dépendent de la durée de la vie humaine.....	14
ARTICLE 9 : MODIFICATION DE GARANTIE À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE	14
TITRE 2. COTISATIONS	15
ARTICLE 10 : MONTANT DES COTISATIONS	15
ARTICLE 11 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS.....	15
ARTICLE 12 : MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS	15
ARTICLE 13 : RÉVISION DES COTISATIONS	15
ARTICLE 14 : REMBOURSEMENT DES COTISATIONS	15
ARTICLE 15 : INCIDENT DE PAIEMENT	15
ARTICLE 16 : DÉFAUT DE PAIEMENT	15
TITRE 3. GARANTIES	15
ARTICLE 17 : DÉFINITIONS DES GARANTIES.....	15
ARTICLE 18 : GARANTIE EN INCLUSION.....	16
ARTICLE 19 : TERRITORIALITÉ.....	16
ARTICLE 20 : RISQUES EXCLUS.....	16
ARTICLE 21 : IMPACT DE LA MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE SUR LES RISQUES EN COURS.....	17
ARTICLE 22 : CESSATION DES GARANTIES	17
TITRE 4. PRESTATIONS	17
ARTICLE 23 : MONTANT DES PRESTATIONS.....	17
ARTICLE 24 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....	17
ARTICLE 25 : PIÈCES À FOURNIR / DÉLAIS DE TRANSMISSION	17
Article 25-1 : Pièces à fournir au moment de l'adhésion	17
Article 25-2 : Pièces à fournir lors des demandes de versement des prestations.....	17
Article 25-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives.....	18
ARTICLE 26 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS	18
ARTICLE 27 : PRESTATIONS INDUES	18
ARTICLE 28 : CONTRÔLE MÉDICAL	18
TITRE 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES	18
ARTICLE 29 : FONDS SOCIAL MUTUALISTE/ FONDS DE SECOURS.....	18
ARTICLE 30 : SUBROGATION	18
ARTICLE 31 : FAUSSE DÉCLARATION	18
Article 31-1 : Fausse déclaration intentionnelle.....	18
Article 31-2 : Fausse déclaration non intentionnelle.....	19
ARTICLE 32 : RÉCLAMATION.....	19
ARTICLE 33 : MÉDIATION.....	19
ARTICLE 34 : PRESCRIPTION	19
ARTICLE 35 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	19
ARTICLE 36 : OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE	20
ARTICLE 37 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	20
ARTICLE 38 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE.....	20

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 : CADRE RÉGLEMENTAIRE/ RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Le présent règlement mutualiste prévoyance est à adhésion facultative. Il est conclu d'une part entre le membre participant ou honoraire, ci-après dénommé « l'adhérent », et d'autre part Solimut Mutuelle de France, ci-après dénommée « la Mutuelle », dont le siège social se situe au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille. La loi applicable au présent règlement mutualiste est la loi française.

Solimut Mutuelle de France est une Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 383 143 617 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09).

La Mutuelle est membre fondateur de l'Union Mutualiste de Groupe Solimut, Union soumise aux dispositions du Code de la mutualité, et immatriculée au répertoire Sirene sous le n°539 793 885.

ARTICLE 2 : OBJET DE LA GARANTIE

Le présent règlement mutualiste a pour objet de garantir le versement :

- D'une allocation journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident ;
- D'une allocation journalière en cas de convalescence nécessitant des soins consécutive à un accident ;
- D'un capital en cas d'incapacité physique permanente d'origine accidentelle :
 - et supérieure à 10% jusqu'à 69 ans,
 - et supérieure à 30% de 70 à 75 ans.
- D'un capital en cas de décès de l'adhérent consécutif à un accident.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe le sinistre et l'année de naissance de l'adhérent. Le versement des prestations est subordonné au respect des éventuelles conditions mentionnées dans le tableau de garantie concerné.

Le présent règlement mutualiste est exclusivement distribué par la Mutuelle Entrain, et la Mutuelle MGC. Solimut Mutuelle de France est l'organisme assureur de la couverture. A ce titre, Solimut Mutuelle de France est seule débitrice de l'obligation de paiement des prestations aux adhérents et de collecte des cotisations conformément aux dispositions contractuelles.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peut adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne souhaitant devenir membre de la

Mutuelle, et étant âgé de plus de dix-huit ans et de moins de 76 ans. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent.

Le cumul d'adhésion à une même garantie n'est pas admis par la Mutuelle.

ARTICLE 4 : FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion est formalisée par la signature du bulletin d'adhésion, ainsi que par la remise de toutes les pièces nécessaires à l'adhésion conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission ».

ARTICLE 5 : POPULATION ASSURÉE

Seul l'adhérent est assuré au titre du présent règlement mutualiste. L'adhérent doit résider en France ou dans un pays frontalier.

En complément de l'adhésion individuelle de l'adhérent, peut adhérer :

- Le conjoint de l'adhérent ;
- Les enfants de l'adhérent ou de son conjoint.

Par conjoint, il faut entendre la personne mariée civilement à l'adhérent et non séparée de corps judiciairement. Est assimilé au conjoint :

- Soit le partenaire lié par un PACS, c'est-à-dire le partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de
- Solidarité (P.A.C.S.) ;
- Soit le concubin notoire de l'adhérent, le concubinage notoire étant justifié par une attestation

sur l'honneur de vie commune au même domicile depuis plus d'un an.

Par enfant, il faut entendre les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, jusqu'à leurs 18 ans s'ils

sont en apprentissage, ou jusqu'à leurs 20 ans s'ils poursuivent leurs études. La Mutuelle peut demander tout justificatif permettant d'attester la qualité de conjoint ou d'enfant au sens du présent Règlement Mutualiste.

En tout état de cause, l'adhésion d'un conjoint ou d'un enfant est soumise aux mêmes conditions que celles de l'adhérent, à savoir, au respect des conditions d'adhésion prévues aux articles « Conditions d'adhésion » et « Formalités d'adhésion » du présent Règlement Mutualiste.

Le cas échéant, l'adhérent s'engage à communiquer, tout au long de la durée de son adhésion, toutes modifications portant sur les informations communiquées à la Mutuelle, notamment au sein du bulletin d'adhésion.

À titre d'exemple l'adhérent doit fournir son nouveau RIB avec BIC et IBAN en cas de changement de domiciliation bancaire ainsi que sa nouvelle adresse en cas de changement d'adresse. À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La prise d'effet de la garantie est subordonnée à la fourniture de l'ensemble des pièces nécessaires à l'adhésion telles que définies dans l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.

L'adhérent dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du bulletin d'adhésion, pour

l'envoyer à la Mutuelle. La date de prise d'effet de l'adhésion est au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date d'envoi du bulletin d'adhésion à la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi.

ARTICLE 7 : RENOUELEMENT, MODIFICATION, SUSPENSION ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

ARTICLE 7-1 : RENOUELEMENT

Le règlement mutualiste est souscrit pour une période civile prenant fin au 31 décembre de l'année en cours. Le règlement mutualiste se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1^{er} janvier, sauf résiliation effectuée conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité ou dans les conditions de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de toute modification :

- De sa situation administrative concernant son régime obligatoire ;
- De sa situation familiale en cas d'affiliation des ayants droit.

Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

ARTICLE 7-2 : MODIFICATION DE GARANTIE

L'adhérent peut demander une modification du niveau de garantie de la couverture souscrite à tout moment. La modification prendra effet le premier jour du mois suivant la réception des pièces justificatives nécessaires. Si aucune pièce justificative n'est nécessaire, la modification prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la demande.

En cas de demande de modification de garantie par courrier, le cachet de la poste fera foi pour déterminer la date de la demande. Les risques en cours au moment de la modification des garanties seront pris en charge selon le niveau de garantie en vigueur avant la modification.

Les présentes règles encadrant les modifications de garantie ne font pas obstacles aux dispositions du règlement mutualiste portant sur la résiliation de l'adhésion.

ARTICLE 7-3 : RÉSILIATION

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, la demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle avant le 31 octobre de l'année en cours. Si la demande est adressée par courrier, le cachet de la poste fait foi. La résiliation de l'adhésion prendra effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande.

La résiliation peut aussi être demandée dans les conditions de l'article L221-17 du Code de la mutualité et de la Loi Châtel, reprise à l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité. En cas d'envoi postal, la demande de résiliation doit être envoyée à l'adresse suivante :

Solimut Mutuelle de France
CS 31782 Aubagne Cedex

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité. En cas de décès de l'adhérent, la résiliation prend effet le lendemain du jour du décès. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle. La Mutuelle s'engage, dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste, à rembourser aux personnes concernées la partie

de la cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation conformément aux dispositions de l'article « Remboursement des cotisations » du présent règlement mutualiste.

ARTICLE 8 : DROIT DE RENONCIATION

ARTICLE 8-1 : VENTE À DISTANCE

Est qualifiée de vente à distance tout système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la Mutuelle ou par un intermédiaire utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

En pratique, il peut s'agir des adhésions à distance effectuées via un site internet, par signature électronique, par correspondance et celles effectuées par téléphone. La vente à distance est régie par l'article L.221-18 du Code de la Mutualité et les articles L. 222-1, L. 222-3, L. 222-4, L. 222-6, L. 222-8, L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-17, L. 222-18, L. 232-4 et L. 242-5 du Code de la Consommation. L'adhérent peut manifester son opposition quant à l'utilisation des techniques de communication à distance destinées à la commercialisation de services financiers.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Il s'agit notamment des coûts téléphoniques, de connexions Internet, de frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents d'adhésion par l'adhérent.

Par principe, avant tout engagement, la Mutuelle transmet à l'adhérent, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

À tout moment au cours de la relation contractuelle, l'adhérent a le droit de demander de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. De plus, l'adhérent a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, sauf si cela est incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier fourni.

ARTICLE 8-2 : DROIT DE RENONCIATION DANS LE CADRE DE LA VENTE À DISTANCE

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification ; ou de pénalités. Ce délai commence à courir :

- > Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- > Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations sur les conditions d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

LES MODALITÉS D'EXERCICE

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa

décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation :

- > Soit par lettre à l'adresse postale suivante :

**Solimut Mutuelle de France
Service Mutuelles Partenaires**

**Le Castel Office 7 quai de la Joliette
CS 40602 13235 MARSEILLE CEDEX 02**

> Soit par mail :

prevoir@solimut.fr

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom),
demeurant (Adresse de l'adhérent),
déclare renoncer au contrat prévoyance (selon
le type de contrat souscrit) n° (préciser
le numéro du contrat ou sa référence), souscrit
le (date de souscription) auprès
de Solimut Mutuelle de France et demande
le remboursement de la totalité des sommes
versées. Fait à..... le..... signature. »

LES EFFETS DU DROIT DE RENONCIATION

Le règlement mutualiste ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf si l'adhérent le demande expressément. Il sera alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation. Dans ce dernier cas, l'adhérent devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande, conformément à l'article L.221-25 du Code de la consommation. Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

ARTICLE 8-3 : DROIT DE RENONCIATION DANS LE CADRE DU DÉMARCHAGE À DOMICILE

L'adhérent qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, dispose d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

• Modalité d'exercice : Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation :

> Soit par lettre à l'adresse postale suivante :

**Solimut Mutuelle de France Service
Mutuelles Partenaires Le Castel
Office 7quai de la Joliette CS 40602
13235 MARSEILLE CEDEX 02**

> Soit par mail : prevoir@solimut.fr L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné ... (Nom, prénom) ... demeurant
..... (adresse de l'adhérent), déclare renoncer
au contrat prévoyance n°..... (Inscrire le
numéro de contrat) souscrit le auprès
de Solimut Mutuelle de France, et demande

le remboursement de la totalité des sommes versées. Fait à..... le..... signature ».

• Les effets du droit de renonciation Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent. L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-21-5 du Code de la consommation.

ARTICLE 8-4 : DROIT DE RENONCIATION DANS LE CADRE DES COUVERTURES AYANT DES GARANTIES QUI DÉPENDENT DE LA DURÉE DE LA VIE HUMAINE

Conformément à l'article L223-8 du code de la Mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à une couverture ayant au moins une garantie qui dépend de la durée de la vie humaine, quel que soit le mode d'adhésion. L'exercice de ce droit par l'adhérent ne nécessite pas de justification et n'entraîne pas de pénalités. Ce délai commence à courir le jour où l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet.

• Les modalités d'exercice Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à Solimut Mutuelle de France sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation. La demande de renonciation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

L'adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom),
demeurant (Adresse de l'adhérent),
déclare renoncer au contrat prévoyance (selon
le type de contrat souscrit) n° (préciser
le numéro du contrat ou sa référence), souscrit
le (date de souscription) auprès
de Solimut Mutuelle de France et demande
le remboursement de la totalité des sommes
versées. Fait à..... le..... signature. »

• Les effets du droit de renonciation Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

ARTICLE 9 : MODIFICATION DE GARANTIE À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

L'ensemble des garanties défini au présent règlement mutualiste a été fixé compte tenu des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de sa prise d'effet. Ainsi, les garanties pourront être modifiées afin de prendre

en compte l'équilibre technique de la garantie de protection sociale complémentaire, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, et les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification du présent règlement mutualiste décidée par l'Assemblée Générale, ou le Conseil d'Administration, prend effet dès lors qu'elle est portée à la connaissance de l'adhérent. Chaque garantie peut être modifiée à tout moment dans les conditions prévues par les statuts de la Mutuelle.

TITRE 2. COTISATIONS

ARTICLE 10 : MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont établies par année civile dans les conditions prévues par les statuts conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du Code de la mutualité. L'ensemble des frais, notamment les frais de gestion, inhérents au présent règlement mutualiste est inclus dans la cotisation.

Le montant des cotisations est mentionné au bulletin d'adhésion. En cas d'adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante, le montant des cotisations pourra évoluer conformément à l'article « Révision des cotisations » du présent règlement mutualiste. Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

Tout changement du taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelle imposition applicable ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

ARTICLE 11 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Les taux de cotisations sont établis notamment en fonction des éléments suivants :

- **La tranche d'âge :** L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent. Il est entendu qu'au cours de l'adhésion les montants des cotisations peuvent évoluer en fonction de l'âge ;
- **Le niveau de garantie ;**
- **La composition familiale :** adhésion du conjoint et des enfants tels que définis au présent règlement mutualiste, lorsque la garantie souscrite le permet.

Le montant de la cotisation est calculé à partir de la date d'effet de l'adhésion.

ARTICLE 12 : MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Elle est due au 1^{er} janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date d'affiliation. Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire, ou mandat. Son paiement peut être fractionné par mois (uniquement en cas de règlement par prélèvement automatique), par trimestre ou par semestre. De plus, la cotisation peut être acquittée par chèque annuellement sans fractionnement possible. Si l'adhérent choisi de régler les cotisations par prélèvement

automatique bancaire, le compte bancaire devra être domicilié dans la zone Sepa.

Les modalités de règlement des cotisations sont précisées sur le bulletin d'adhésion. Le règlement des cotisations s'effectue toujours en euros (€).

ARTICLE 13 : RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être révisées chaque année par la Mutuelle, afin de prendre en compte l'évolution démographique, les résultats et l'équilibre technique du règlement mutualiste, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire, et le cas échéant les évolutions de la taxation des contrats d'assurance.

ARTICLE 14 : REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

En cas de résiliation en cours d'année telle que prévue à l'article « Renouvellement, modification et résiliation de l'adhésion », la part de cotisations correspondante au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglé, ou à défaut à ses héritiers, sous réserve du remboursement des éventuels indus restants, et dans la limite des délais de prescription rappelés à l'article « Prescription » du présent Règlement Mutualiste.

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que le règlement mutualiste n'est pas un produit de placement. Ainsi, il n'existe aucun lien entre le montant de la prestation souscrite et les cotisations versées.

ARTICLE 15 : INCIDENT DE PAIEMENT

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

- D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- D'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

ARTICLE 16 : DÉFAUT DE PAIEMENT

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi d'une mise en demeure à l'adhérent. Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent,

le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

TITRE 3. GARANTIES

ARTICLE 17 : DÉFINITIONS DES GARANTIES

L'adhérent bénéficie des garanties indiquées sur son bulletin d'adhésion, pour lesquelles il paye des cotisations.

Les garanties souscrites par l'adhérent sont définies dans le tableau de garantie, annexé au présent règlement mutualiste. **Aucune prestation ne sera versée dans le cadre d'un accident si la date de l'accident est antérieure à la date d'effet de l'adhésion.**

▪ CARACTÈRE ACCIDENTEL

Tous les sinistres doivent avoir une cause accidentelle pour ouvrir droit aux versements des prestations.

L'accident toutes causes est défini comme tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accidents les malaises cardiaques, les hémorragies cérébrales, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement.

Dans tous les cas, ne sont pas considérés comme accident les événements suivants :

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

▪ HOSPITALISATION

La garantie a pour objet le versement à l'adhérent d'allocations journalières en cas d'hospitalisation causée par un accident, survenant postérieurement à la date d'effet du contrat et à la date de fin de stage, nécessitant un séjour d'au moins 24 heures.

Pour que la garantie soit due, l'hospitalisation doit débuter dans les deux mois qui suivent la date de l'accident.

En cas de rechute, si celle-ci se situe dans les 3 ans après la date de l'accident, dans la mesure où le crédit d'indemnisation n'aura pas été épuisé lors de la 1^{re} hospitalisation, la nouvelle hospitalisation sera indemnisée à due concurrence du solde de

nombre de jours restants. Les rechutes, pour être indemnisables, devront être la conséquence exclusive d'un accident déjà indemnisé au titre du présent contrat.

Au-delà de trois, les rechutes ne seront pas prise en charge par la Mutuelle même si le crédits d'indemnisation n'est pas épuisé.

• CONVALESCENCE NÉCESSITANT DES SOINS

La garantie a pour objet le versement à l'adhérent d'allocations journalières en cas de convalescence nécessitant des soins suite à un accident et justifiée par un certificat médical.

La garantie convalescence nécessitant des soins n'intervient qu'à la suite d'une indemnisation au titre de la garantie hospitalisation. Ainsi, la garantie convalescence nécessitant des soins ne sera due que si des allocations journalières en cas d'hospitalisation ont préalablement été versées pour le même sinistre.

Sera considéré comme en situation de convalescence nécessitant des soins tout adhérent bénéficiant d'une hospitalisation à domicile tel qu'encadrée par le code de la santé publique, et justifiant le versement de prestation par la sécurité sociale au titre de l'hospitalisation à domicile. Le médecin hospitalier ou le médecin traitant de l'adhérent doit l'avoir orienté en faveur du dispositif d'Hospitalisation à domicile. L'accord du médecin traitant est toujours nécessaire. Toutefois, dans le cadre de l'Hospitalisation à domicile, la notion de domicile n'est pas uniquement restreinte au domicile personnel de l'adhérent, mais peut également concerner des établissements de santé certifiés par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les soins de suites et de réadaptation qu'ils soient dispensés à domicile ou dans un établissement de santé peuvent donner droit au versement de la prestation d'allocations journalières en cas de convalescence nécessitant des soins dès lors que :

- Les actes chirurgicaux ou orthopédiques pratiqués figurent dans la liste dressée par la Haute Autorité de Santé ;
- La procédure de mise sous accord préalable « soins de suite et de réadaptation » est respectée. Cela concerne les soins de masso-kinésithérapie, ne nécessitant pas systématiquement une hospitalisation. La chirurgie ambulatoire n'ouvre pas droit aux prestations allocations journalières d'Hospitalisation,

ou de convalescence nécessitant des soins.

• INCAPACITÉ PHYSIQUE PERMANENTE D'ORIGINE ACCIDENTELLE

En cas d'incapacité physique permanente d'origine accidentelle et supérieure à 10% ou à 30% (selon l'âge de l'adhérent inférieur ou supérieur à 70 ans), la Mutuelle verse le capital déterminé proportionnellement au taux d'infirmité fixé par le Médecin conseil de la Mutuelle, conformément au tableau de garantie.

Par Incapacité Physique Permanente, il faut entendre une diminution définitive du potentiel physique du bénéficiaire, dont l'état de santé est consolidé. L'Incapacité Physique Permanente doit

intervenir dans un délai maximum de 24 mois à compter de la date de l'accident. **À défaut le capital ne sera pas dû.** En tout état de cause, la preuve du lien de causalité entre l'accident et la prestation indemnisable au titre du présent règlement mutualiste incombe à l'adhérent.

• DÉCÈS

La garantie décès a pour objet le versement d'un capital en cas de décès de la personne couverte au(x) bénéficiaire(s). Pour que la garantie soit due par la Mutuelle, le décès doit survenir dans les deux mois qui suivent la date de l'accident.

Le capital est limité aux frais d'obsèques pour les mineurs de moins de douze ans.

Désignation de bénéficiaire par défaut :

À défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'adhérent notifiée à la Mutuelle, ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- Au conjoint marié civilement à l'adhérent et non séparé de corps judiciairement ;
- À défaut au partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (P.A.C.S.) ;
- À défaut aux enfants de l'adhérent nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, par parts égales entre eux ;
- À défaut aux père et mère de l'adhérent par parts égales entre eux, ou en cas de décès de l'un des deux, au survivant pour la totalité ;
- À défaut aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Clause de désignation particulière :

L'adhérent peut désigner d'autres bénéficiaires que ceux prévus par défaut. Pour ce faire, il devra remplir le formulaire prévu à cet effet. En outre, la désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous-seing privé ou par acte authentique.

En cas de désignation particulière du (ou des) bénéficiaire(s), l'adhérent est invité à renseigner la qualité (lien de parenté), et les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées par la Mutuelle à la suite de son décès afin de verser la prestation. L'adhérent a la possibilité :

- De répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires en indiquant le pourcentage de répartition ;
- D'établir un rang de priorité parmi les bénéficiaires, en indiquant l'ordre de priorité.

À défaut de répartition et de rang, le capital sera réparti à parts égales entre les bénéficiaires.

En cas de prédécès de l'un des bénéficiaires, c'est-à-dire s'il décède antérieurement à l'adhérent, le capital est réparti à parts égales aux bénéficiaires du même rang de priorité, ou à défaut au rang suivant de priorité. En cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, la clause de désignation par défaut ci-dessus s'appliquera. Les mêmes règles sont applicables en cas de désignations nulles.

MODIFICATION :

Tant que l'acceptation du bénéficiaire n'est pas intervenue, l'adhérent peut modifier à tout moment sa désignation de bénéficiaire afin que

la désignation effectuée corresponde toujours à ses souhaits au cours de son adhésion.

En effet, les changements d'état civil (divorce, rupture de PACS...) n'annulent pas la désignation de bénéficiaire, lorsque le bénéficiaire est expressément nommé. Cependant la désignation sera nulle en cas de séparation si la désignation était uniquement qualitative et non nominative, si la personne désignée n'avait pas accepté la désignation. Par conséquent, le versement de la prestation sera effectué à la personne désignée d'un rang inférieur. A défaut de personne désignée en rang inférieur, la prestation sera versée selon les règles de désignation par défaut.

ACCEPTATION DU BÉNÉFICIAIRE :

La désignation de bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut être faite par avenant signé de la Mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire ou par acte authentique ou sous seing privé signé entre l'adhérent et le bénéficiaire. L'acceptation n'a alors d'effet sur la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

CAS PARTICULIER DE L'ADHÉRENT MINEUR NON ÉMANCIPÉ :

En cas de décès d'un adhérent mineur non émancipé, le capital est versé aux héritiers. La Mutuelle ne peut pas prendre en compte une désignation particulière de bénéficiaire effectuée par un adhérent mineur.

ARTICLE 18 : GARANTIE EN INCLUSION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par la présente garantie sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la Mutuelle.

ARTICLE 19 : TERRITORIALITÉ

Les garanties du présent règlement mutualiste s'appliquent dans le monde entier pour les séjours à l'étranger inférieurs à trois mois. Au sein des pays membre de l'Union européenne, le versement des garanties sera dû, quel que soit la durée du séjour.

Les prestations sont toujours payées en Euros (€), quel que soit le lieu où s'est réalisé le dommage.

ARTICLE 20 : RISQUES EXCLUS

Sont exclus de l'ensemble des garanties du présent règlement mutualiste, les conséquences :

- **Directe ou indirectes de faits de guerres (civile ou étrangère), d'émeute, de rixe, ou d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent aura pris une part active ; étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;**
- **De tremblements de terre, d'inondations, ou de cataclysmes ayant entraîné la reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle ;**
- **De la désintégration du noyau atomique, ainsi que les accidents ou maladies dus aux effets**

directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome ;

- Des accidents ou affections survenus antérieurement à la date d'effet de l'adhésion ;
- Des accidents ou maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'adhérent et ce qui résultent de tentative de suicide, ou d'automutilation ;
- Des accidents dus à l'usage de substances illicites ou de médicaments non prescrits ;
- Des accidents dus à l'état d'imprégnation alcoolique du participant caractérisé par une concentration d'alcool supérieur au taux défini dans le code de la route en vigueur au jour du sinistre.

Concernant la garantie Allocations journalières en cas d'hospitalisation, sont exclus, en sus, des exclusions prévues pour toutes les garanties :

- La maternité et les pathologies liées à celle-ci ;
- Les séjours dans les établissements et services très spécialisés suivants : les maisons de repos, de convalescence, établissements et services de rééducation fonctionnelle et motrice (sauf suite à un accident ayant nécessité une intervention chirurgicale et dans l'éventuelle limite de prise en charge fixée au tableau de garantie) ;
- Les établissements de services thermaux, climatiques, diététiques, centres de thalassothérapie, établissements et service de gériatrie, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, centres médicaux et/ou psychopédagogiques, séjours en établissements à caractère sanitaire, centres de vacances, aériums, homes d'enfants ;
- Les cures de désintoxication liées à la tabagie, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, cures de sommeil ;
- Les traitements esthétiques de rajeunissement, non prescrits médicalement et leurs suites.

Concernant la garantie Allocations journalières en cas de convalescence nécessitant des soins, sont exclus, en sus, des exclusions prévues pour toutes les garanties :

- Les établissements de services thermaux, climatiques, diététiques, centres de thalassothérapie, établissements et service de gériatrie, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, centres médicaux et/ou psychopédagogiques, séjours en établissements à caractère sanitaire, centres de vacances, aériums, homes d'enfants ;
- Les cures de désintoxication liées à la tabagie, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, cures de sommeil.

Concernant la garantie Incapacité Physique Permanente sont exclus en sus des exclusions prévues pour toutes les garanties :

- Les lombalgies, dorsalgies et cervicalgies seront prises en charge à raison d'un crédit de 90 jours maximum (sur une période de 365 jours), sauf celles d'origine tumorale qui entreront dans le champ classique des

prestations prévues au contrat. Pour reconstituer ce crédit d'indemnisation, une reprise effective des activités professionnelles de 365 jours est exigée ;

- La maternité et les pathologies liées à celle-ci.

ARTICLE 21 : IMPACT DE LA MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE SUR LES RISQUES EN COURS

Les risques en cours au moment de la modification du règlement mutualiste seront pris en charge selon les règles de l'ancien règlement mutualiste.

ARTICLE 22 : CESSATION DES GARANTIES

L'adhésion cessera :

- En cas de renonciation de l'adhésion conformément à l'article « Renonciation » ;
- En cas de résiliation de l'adhésion ;
- En cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article « Défaut de paiement » ;
- L'année du 81^e anniversaire de l'adhérent ;
- En cas de décès de l'adhérent.

À titre dérogatoire, la couverture du risque Incapacité Physique Permanente cesse l'année du 76^e anniversaire de l'adhérent.

La Mutuelle invite l'adhérent à être vigilant lorsqu'il remplit les critères de cessation du versement des prestations pour l'ensemble des garanties prévues par la garantie souscrite, afin d'en informer la Mutuelle.

L'affiliation de l'ayant droit cesse en cas de cessation de l'adhésion de l'adhérent, et au plus tard, l'année de son 81^e anniversaire.

TITRE 4. PRESTATIONS

ARTICLE 23 : MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est indiqué dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite. Le tableau de garantie de la garantie souscrite peut également prévoir des options. Elles ne sont opposables à la Mutuelle que si l'adhérent y a souscrit. Leur souscription est indiquée sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 24 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle s'engage à verser les prestations telles que définies dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite, dès lors que l'adhérent lui a fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires, conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.

Les prestations décès sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai d'un mois au plus à compter

de la réception de l'ensemble des pièces demandées. Le cas échéant, l'éventuel règlement des prestations peut être remis en cause en fonction des résultats des contrôles médicaux diligentés par la Mutuelle.

Le règlement des prestations est effectué par virement sur le compte bancaire domicilié dans

la zone Sepa de l'adhérent ou le cas échéant de son représentant légal. Par exception, le règlement des capitaux décès s'effectue par chèque bancaire.

• HOSPITALISATION ET CONVALESCENCE NÉCESSITANT DES SOINS

Dès lors que la Mutuelle dispose de l'ensemble des documents justificatifs conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission », les prestations sont payables mensuellement à terme échu.

• CAPITAL DÉCÈS

En cas de décès, la Mutuelle verse le capital au(x) bénéficiaire(s) conformément au paragraphe « Décès » au sein de l'article « Définitions des garanties » du présent règlement mutualiste.

• CRÉDITS D'INDEMNISATION

La garantie ORIZEN prévoit des crédits d'indemnisation. Le crédit d'indemnisation étant la durée maximale d'indemnisation. La durée et les règles encadrant le renouvellement des crédits d'indemnisation sont indiquées sur le tableau de garantie de la garantie souscrite.

ARTICLE 25 : PIÈCES À FOURNIR / DÉLAIS DE TRANSMISSION

ARTICLE 25-1 : PIÈCES À FOURNIR AU MOMENT DE L'ADHÉSION

À l'adhésion, l'adhérent s'engage à fournir toutes les pièces nécessaires, à savoir notamment :

- Un document d'identité,
- Un relevé d'identité bancaire,
- Un mandat de prélèvement SEPA émanant de Solimut Mutuelle de France, en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire,
- Et toutes autres pièces nécessaires.

De même, il pourra être demandé toute pièce pouvant justifier de la qualité d'ayant droit lors de son affiliation tel que le certificat de scolarité, le certificat de mariage, la convention de PACS, l'attestation de sécurité sociale, ou toute pièce attestant d'un concubinage notoire. À défaut de la remise de l'intégralité des pièces nécessaires, l'adhésion ne peut prendre effet.

ARTICLE 25-2 : PIÈCES À FOURNIR LORS DES DEMANDES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les documents justificatifs demandés sont obligatoires afin d'obtenir le paiement de la Mutuelle. Toutefois, ils ne peuvent à eux seuls impliquer la délivrance de la prestation par la Mutuelle.

• INCAPACITÉ PHYSIQUE PERMANENTE

En cas d'incapacité, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- Le certificat médical fourni par la Mutuelle, précisant la nature de l'affection ayant entraînée l'état d'incapacité physique permanente, la cause, et la date de survenance de l'affection en cause à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel. Le taux d'incapacité physique permanente est fixé par le Médecin conseil de la Mutuelle.
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

■ HOSPITALISATION :

En cas d'hospitalisation, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle, le bulletin d'hospitalisation faisant apparaître les dates d'entrée et de sortie, ainsi que toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaire au règlement de la prestation.

Convalescence nécessitant des soins :

En cas de convalescence nécessitant des soins, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle, le certificat médical faisant apparaître :

- La nature des soins effectués ;
- La durée desdits soins ;
- Le cas échéant, en cas de soins de suite et de réadaptation, l'accord préalable de la sécurité sociale. Sera également demandé :
- L'original, ou la version dématérialisée, du décompte du régime obligatoire ;
- Le cas échéant, un justificatif d'accueil de l'établissement de santé, ainsi que toutes autres pièces que la Mutuelle jugera nécessaire au règlement de la prestation.

■ ACCIDENT :

En cas de garantie nécessitant la réalisation d'un accident, l'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle :

- Une déclaration écrite précisant ses circonstances, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé ;
- Un certificat médical précisant la cause accidentelle ;
- Les photocopies des décomptes du régime obligatoire ;
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour la justification de l'état.

■ DÉCÈS :

En cas de décès de l'adhérent, décès, les justificatifs suivants seront nécessaires afin de verser les prestations :

- L'acte de décès ;
- Un certificat médical précisant les causes du décès (nature accidentelle ou non) à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel ;
- Toutes pièces justifiant des droits et de l'identité des bénéficiaires ;
- Toutes autres pièces nécessaires que la Mutuelle serait amenée à demander pour le règlement de la prestation.

ARTICLE 25-3 : ADRESSE DE TRAITEMENT DES PIÈCES JUSTIFICATIVES

Les justificatifs sont à adresser à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante :

**SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE Castel
Office, 7 quai de la Joliette 13002 Marseille**

ARTICLE 26 : CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Il appartient à l'adhérent d'informer la Mutuelle qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessous portant sur la cessation des garanties.

La Mutuelle n'effectuera pas le versement du capital décès si le dommage se réalise à partir de l'année du 81^e anniversaire de l'adhérent ou de son ayant droit. Le versement des prestations

sous forme d'Allocations Journalières cesse après le 81^e anniversaire de l'adhérent ou de son ayant droit.

Par exception, la Mutuelle n'effectuera pas le versement du capital en cas d'incapacité physique permanente d'origine accidentelle supérieure à 10% si le dommage se réalise après l'année du 70^e anniversaire de l'adhérent.

Après le 70^e anniversaire, l'adhérent peut bénéficier du versement du capital en cas d'incapacité physique permanente d'origine accidentelle supérieure à 30%, toutefois la Mutuelle n'effectuera pas le versement dudit capital si le dommage se réalise après l'année du 76^e anniversaire de l'adhérent.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe le sinistre et l'année de naissance de l'adhérent. Des conditions supplémentaires quant à la durée maximum de l'indemnisation peuvent être mentionnées dans le tableau de garantie correspondant à la garantie souscrite.

ARTICLE 27 : PRESTATIONS INDUES

L'adhérent s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations perçues à tort. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence au titre de la répétition de l'indu sur les prestations ultérieures dues par la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée par l'adhérent par toute voie de droit.

ARTICLE 28 : CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle peut effectuer tous les contrôles et enquêtes qu'elle jugera utiles, et ce quelle que soit la garantie. Il n'existe aucun lien entre les décisions du Médecin conseil de la Mutuelle et celles du Régime Obligatoire. A ce titre, les décisions du Régime obligatoire ne s'imposent pas à la Mutuelle. Par conséquent, la Mutuelle se réserve le droit de demander à l'adhérent de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par elle, afin que soit apprécié son état de santé.

Les conclusions du médecin désigné par la Mutuelle détermineront si les prestations doivent être dues, maintenues, réduites voire supprimées, et ce, quelle que soit la décision de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme. L'adhérent garde cependant toute possibilité de contestation.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et le médecin désigné par la Mutuelle, les parties en présence désigneront d'un commun accord un troisième médecin afin d'apprécier l'état de santé de l'adhérent.

À défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du médecin arbitre seront à la charge de la Mutuelle. Toutefois, dans le cas où le médecin arbitre confirmerait le rejet de la demande de l'intéressé, les honoraires du

médecin arbitre seront à la charge, pour moitié, de l'adhérent et de la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle ne versera pas les prestations :

- En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ;
- Lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la définition des garanties du présent règlement ;
- En cas de refus de l'adhérent de fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

TITRE 5. DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LÉGALES

ARTICLE 29 : FONDS SOCIAL MUTUALISTE/ FONDS DE SECOURS

En cas de grande difficulté, l'adhérent peut saisir le fonds social mutualiste géré par une commission de secours dans les conditions fixées par le règlement relatif au fonds social de la Mutuelle.

ARTICLE 30 : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des adhérents, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables du sinistre ayant entraîné le versement par la Mutuelle des prestations.

À cette fin, l'adhérent est tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entraîné le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra être demandé à l'adhérent, ou le cas échéant à l'ayant droit majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle, ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra contacter l'adhérent ou, le cas échéant l'ayant droit majeur, afin de l'interroger sur l'éventuel intervention d'un tiers dans l'évènement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle.

ARTICLE 31 : FAUSSE DÉCLARATION

ARTICLE 31-1 : FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur ou de l'adhérent, ces derniers sont informés des fautes qui leurs sont reprochées, et invités à fournir des explications. En fonction des informations fournies, la Mutuelle se réserve le droit, lorsque la fausse déclaration intentionnelle ou la réticence modifie l'objet du risque ou en diminue l'opinion, de prononcer la nullité de la garantie souscrite. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues

à titre de dommages et intérêts nonobstant les actions pouvant être diligentées en réparation des préjudices subis par la Mutuelle.

ARTICLE 31-2 : FAUSSE DÉCLARATION NON INTENTIONNELLE

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie.

- Si elle est constatée avant toute réalisation du risque : la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation. À défaut d'accord de l'adhérent, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus ;
- Si elle est constatée après la réalisation du risque : la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 32 : RÉCLAMATION

La Mutuelle met à la disposition de ses adhérents et de leurs ayants droit la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse postale suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE Service Réclamations 7 quai de la Joliette, CS 40602, 13235 Marseille Cedex 02.

Ou à l'adresse email suivante :

reclamations@solimut.fr

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés. Ce service est en principe gratuit, cependant en cas d'abus, les coûts de gestion seront à la charge de l'assuré.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

ARTICLE 33 : MÉDIATION

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle et après épuisement de ses voies de recours internes, ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir gratuitement le Médiateur de la Mutualité Française.

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation. Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF) 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS cedex 15

- Soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :

<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée. La saisine du Médiateur interrompt la prescription. Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximums de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées. L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

ARTICLE 34 : PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, le délai de prescription concernant des prestations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

- **En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;**
- **En cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- **La reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**
- **La demande en justice (même en référé) ;**
- **Un acte d'exécution forcée.**

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle

que prévue par l'article « Réclamation – médiation » du présent règlement. La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine,

le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire

sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent. Ni l'adhérent, ni la Mutuelle ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription, ou ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Lorsque le délai de prescription est dépassé, aucune prise en charge ne pourra couvrir la période dépassant le délai de prescription. La prise en charge couvrira toute la période antérieure à la demande jusqu'à l'expiration du délai de prescription.

ARTICLE 35 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du règlement mutualiste, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire les obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux) de la Mutuelle, et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Concernant la préparation des adhésions les données à caractères personnelles feront également l'objet d'un traitement par la Mutuelle Distributrice. Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise.

Les destinataires des données sont : Les services de la Mutuelle Distributrice en charge des opérations de prospection et de préparation des adhésions. Les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants, partenaires, réassureurs et co-assureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux

instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle.

Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle :

- soit par mail à dpo.smf@solimut.fr
- soit par courrier à DPO – SMF, UGM Solimut, Castel Office, 7 Quai de la Joliette, 13002 Marseille.

Le délai de réponse est d'un mois à compter de la réception de la demande. La Mutuelle s'engage à communiquer à la Mutuelle Distributrice la demande d'exercice de droit de l'adhérent. Dans l'hypothèse où l'adhérent souhaiterait faire valoir son droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du règlement mutualiste et des garanties attachées, nous lui rappellerons par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du règlement mutualiste, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent peut également, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

ARTICLE 36 : OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application de l'article L.223-1 et suivants du Code de la consommation, il est rappelé que si, en dehors de cette relation avec la Mutuelle, l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 Troyes, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

L'adhérent peut également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 37 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT), l'adhérent s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire aux respects desdites obligations. Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droits, et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique) ;
- Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

De plus, dans le cadre des garanties décès, des informations et des pièces justificatives seront demandées aux bénéficiaires, au moment du versement de la prestation. Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L562-2-2 du Code monétaire et financier.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle ainsi que lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture.

Les documents transmis par l'adhérent peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment de la souscription du contrat, la Mutuelle peut refuser l'adhésion sauf si l'adhésion au contrat a un caractère obligatoire.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment du versement des prestations, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement des prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

Le traitement des données est conforme à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 tel que rappelé à

l'article « Protection des données personnelles » du document contractuel.

ARTICLE 38 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sise 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

- ANNEXE :

Tableau des cotisations

Tableau de garantie

Tableau de Barème servant de base au calcul du taux d'IPP

Certifiés conformes

Carole HAZÉ

Présidente



Solimut Mutuelle de France

STATUTS

Approuvé par le Conseil d'Administration du 23 Juin 2021



TITRE I FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 : FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1 - DÉNOMINATION ET SIÈGE DE LA MUTUELLE

Il est constitué, conformément au Code de la Mutualité, une mutuelle interprofessionnelle, sous la dénomination « Solimut Mutuelle de France ».

La Mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise notamment aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, au contrôle de l'A.C.P.R. (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) sise 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, ainsi qu'aux présents Statuts.

Elle est immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617.

Elle est membre fondateur de l'Union Mutualiste de Groupe Solimut, Union soumise aux dispositions du Livre I du Code de la Mutualité, et au contrôle de l'ACPR, et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 539 793 885.

Le siège social de la Mutuelle est situé : Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 – Marseille.

Il peut être transféré sur décision du Conseil d'Administration, en tout autre lieu du territoire national par ratification à la plus prochaine Assemblée Générale.

Solimut Mutuelle de France est désignée dans les présents Statuts par le terme « la Mutuelle ».

ARTICLE 2 - OBJET DE LA MUTUELLE

La Mutuelle a pour objet de :

I - Réaliser les opérations d'assurance suivantes :

A. Participer à la gestion du Régime légal d'Assurance Maladie et Maternité en application de l'article L. 611-3 du Code de la Sécurité Sociale, et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'État ou d'autres collectivités publiques,

B. Contracter des engagements dont l'exécution relève des branches pour lesquelles la Mutuelle est agréée.

À cet effet, la Mutuelle est agréée par le Ministre chargé de la Mutualité pour assurer directement les opérations relevant des branches d'activités suivantes :

- Risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1),
- Risques de dommages corporels liés à la maladie (branche 2),
- Engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (branche 20),
- Risques liés à natalité et nuptialité (branche 21).

À ce titre, la Mutuelle est agréée en vue de couvrir des risques relevant des remboursements de frais de soins de santé ainsi que de contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, encore appelés risques prévoyance.

C. La Mutuelle a également la possibilité de proposer aux personnes visées à l'article L. 160-1 du Code de la Sécurité Sociale, une protection complémentaire en matière de santé conformément aux articles L. 861-1 et suivants du même Code.

II - Se substituer à leur demande à d'autres Mutuelles ou Unions de Mutuelles régies par le Livre II

du Code de la Mutualité, pour les branches d'activités mentionnées à l'Article 2-I ci-dessus.

III - Conclure des contrats de coassurance ou de réassurance pour les opérations mentionnées à l'Article 2-I ci-dessus.

IV - Conclure tout accord de partenariat, participer à toute Union ou bien encore constituer tout groupement avec d'autres organismes régis par le Code de la Mutualité, le Livre IX du Code de la Sécurité Sociale ou le Code des Assurances et dont l'objet permet de conforter l'action de la mutuelle au sein de sa communauté et notamment de participer ou constituer une Union de

Groupe Mutualiste ou une Union Mutualiste de Groupe.

V - Conformément aux articles L. 116-1 et suivants du Code de la Mutualité :

- Présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance. Dans ce cadre, la Mutuelle agit en qualité d'intermédiaire,
- Recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance,
- Être autorisée à déléguer la gestion d'un contrat collectif et ce, en application des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, notamment sous le contrôle et l'autorité de l'Assemblée Générale.

VI - De souscrire des contrats collectifs conformément à l'article L. 221-3 du Code de la Mutualité, qui prévoit que lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, une Mutuelle ou une Union souscrit un contrat collectif auprès d'une Mutuelle ou d'une Union, d'une institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale ou d'une entreprise relevant du Code des assurances en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la Mutuelle ou l'Union.

VII - La Mutuelle peut en outre :

- Mettre en œuvre, à titre accessoire toute action de solidarité, d'entraide et d'action sociale au profit de ses membres participants et de leurs ayants droit et le cas échéant, les faire bénéficier des services proposés par le mouvement mutualiste,
- Accorder des secours exceptionnels, dans le cadre d'une action sociale, au profit de certains membres pour répondre à des besoins sociaux urgents et ponctuels qui ne peuvent être couverts au titre des garanties formalisées par le règlement mutualiste,

- Agir, à titre accessoire, pour la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées dans les limites prévues au Chapitre III de l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité,
- Proposer, à titre accessoire, des services contribuant à l'information, au développement culturel, moral, intellectuel et physique des membres ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de vie,
- Conclure les conventions nécessaires pour l'accès des membres aux réalisations sanitaires, sociales et culturelles,
- Gérer pour le compte de tiers, des prestations conformément à son objet,
- Fournir des prestations administratives, comptables, ou informatiques, à d'autres organismes mutualistes.

Pour réaliser son objet social, la Mutuelle pourra conclure des conventions avec toute personne morale de droit public ou privé.

ARTICLE 3 - RÈGLEMENTS MUTUALISTES / CONTRATS COLLECTIFS

ARTICLE 3.1 - RÈGLEMENTS MUTUALISTES

Les garanties mises en œuvre par la Mutuelle sont définies pour les opérations individuelles, dans les règlements mutualistes qui déterminent les droits et obligations de la Mutuelle et de chaque membre participant.

En application de l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité, des règlements adoptés par le Conseil d'Administration, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale, définissent le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

ARTICLE 3.2 – CONTRATS COLLECTIFS

Concernant les opérations collectives, les garanties mises en œuvre par la Mutuelle sont définies dans des contrats collectifs conclus entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle, au profit, selon les cas, des salariés ou des membres de la personne morale.

Le Conseil d'Administration fixe les montants ou taux de cotisations et les prestations des opérations collectives, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale, selon les conditions précisées à l'Article 28 des présents Statuts.

CHAPITRE 2 : CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 – ADHÉSION

ARTICLE 4 - CATÉGORIE DE MEMBRES

La Mutuelle est constituée :

- 1) De membres participants : personnes physiques, qui versent une cotisation et bénéficient des prestations de la Mutuelle. Ils peuvent faire bénéficier desdites prestations à leurs ayants droit.

Sont considérés comme ayants droit d'un membre participant :

- Son conjoint ou son concubin ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité,
- Ses enfants à charge,
- Le cas échéant, toute autre personne considérée comme étant à sa charge, au sens des règlements mutualistes, ou des conditions générales ou particulières des contrats collectifs de la Mutuelle.

Les règlements mutualistes ou les conditions générales ou particulières des contrats collectifs précisent les conditions dans lesquelles ces ayants droit peuvent bénéficier des prestations.

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

2) Des membres honoraires suivants :

- Personnes physiques versant des cotisations, des contributions, ou faisant des dons à la Mutuelle, sans bénéficier de ses prestations,
- Personnes physiques élevées à la dignité de membre honoraire par le Conseil d'Administration de la Mutuelle pour les services rendus, sans bénéficier de ses prestations,
- Personnes morales souscrivant des contrats collectifs au sens des dispositions de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité.

Pour la bonne compréhension, les membres participants et les membres honoraires sont aussi dénommés ensemble dans les présents Statuts : "membres".

ARTICLE 5 – ADHÉSION

ARTICLE 5.1 - ADHÉSION INDIVIDUELLE

Acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle, la personne qui remplit les conditions définies à l'Article 4 des Statuts et qui fait acte d'adhésion, constaté par la signature du bulletin d'adhésion et confirmé par le premier versement de cotisations, et, le cas échéant, du droit d'adhésion, si l'Assemblée Générale en a voté un.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des Statuts et des droits et obligations définis par le Règlement Mutualiste.

ARTICLE 5.2 - ADHÉSION DANS LE CADRE DE CONTRATS COLLECTIFS

I - Opérations collectives facultatives :

La qualité de membre participant de la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion, laquelle emporte acceptation des dispositions des Statuts et des droits et obligations définis au contrat souscrit, conclu entre l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle.

II - Opérations collectives obligatoires :

La qualité de membre participant de la Mutuelle résulte de l'affiliation du salarié lui permettant de bénéficier du contrat souscrit par son employeur auprès de la Mutuelle, et ce, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles. L'affiliation du salarié emporte acceptation des dispositions des Statuts et des droits et obligations définis au contrat souscrit, conclu entre l'employeur et la Mutuelle.

La personne morale souscriptrice du contrat collectif est membre honoraire de la Mutuelle dans les conditions de l'Article 4 des présents Statuts.

ARTICLE 6 – DROIT D'ADHÉSION

L'Assemblée Générale peut instituer un droit d'adhésion et en fixer le montant.

Ce droit d'adhésion est, le cas échéant, dédié au fonds d'établissement.

SECTION 2 – DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 7 – DÉMISSION/RADIATION/EXCLUSION

ARTICLE 7.1 - DÉMISSION

La démission est donnée dans les conditions fixées aux règlements mutualistes ou aux contrats collectifs, sous réserve des dispositions des articles L. 221-10, L. 221-10-1, L. 221-10-2 et L. 221-17, du Code de la Mutualité.

ARTICLE 7.2 - RADIATION

En cas de non-paiement des cotisations ou de fausse déclaration, la Mutuelle peut, en application des dispositions des articles L. 221-7, L. 221-8 et L. 221-14 et suivants du Code de la Mutualité, résilier les garanties contenues dans un règlement mutualiste ou un contrat collectif dans les conditions, formes et délais fixés par ce règlement mutualiste ou ce contrat.

Sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, la résiliation entraîne la perte de la qualité de membre participant.

ARTICLE 7.3 - EXCLUSION

Sous réserve des dispositions propres aux Mutuelles du Livre II du Code de la Mutualité, des règlements mutualistes ainsi que des contrats collectifs, peuvent être exclus les membres participants et honoraires qui auraient causé aux intérêts de la Mutuelle ou du groupe auquel appartient la Mutuelle, un préjudice volontaire dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 7.4 - CONSÉQUENCES DE LA DÉMISSION, DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

I - Conséquences au regard de la qualité de membre de la Mutuelle

La démission, la radiation et l'exclusion entraînent la perte de la qualité de membre participant ou honoraire et du droit de participer aux instances de la Mutuelle.

II - Conséquences au regard des cotisations

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf dispositions légales applicables ou stipulations particulières prévues

dans le règlement mutualiste ou dans le contrat d'assurance.

Conséquences au regard des prestations

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, de la radiation ou de l'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions de prises en charge étaient antérieurement réunies et sans préjudice des stipulations du règlement mutualiste ou du contrat collectif.

TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 – COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 8 - COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale est composée de délégués issus des sections de vote représentant les membres participants et les membres honoraires.

Tous les membres de la Mutuelle, participants et honoraires, seront répartis, lors des prochaines élections qui se dérouleront en 2022, dans les deux sections de vote suivantes :

- Section dite de « vote nationale » : membres participants et membres honoraires ayant adhéré à une opération individuelle ou à une opération collective définie à l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité,
- Section dite « Branche IEG » : par dérogation à la section « de vote dite nationale », membres participants et membres honoraires ayant adhéré aux opérations collectives définies à l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité mises en place au sein de la branche Industries électriques et gazières (IEG).

La répartition définie ci-dessus, en deux sections, ne peut conduire à ce qu'un membre participant ou honoraire, relève de plusieurs sections.

Chaque délégué dispose d'une seule voix.

Les délégués élus ou désignés selon les modalités définies au sein des présents Statuts, sont répartis au sein de l'Assemblée Générale en deux collèges, définis selon les mêmes critères que les sections de vote.

Il est précisé que dans l'attente des prochaines élections, les sections de vote, et par conséquent, les collèges de l'Assemblée Générale tels qu'ils ressortent des dernières élections, demeurent les suivants : collège des (i) souscripteurs individuels, composé de 60 délégués maximum, (ii) souscripteurs collectifs relevant du Code de la Mutualité, composé de 40 délégués maximum, (iii) souscripteurs collectifs autres, composé de 10 délégués maximum.

ARTICLE 9 – ÉLECTION ET NOMBRE DES DÉLÉGUÉS

I - Les délégués sont élus ou désignés pour une durée de six ans.

Le mandat des délégués peut être renouvelé, sans limitation, dans le respect des présents Statuts.

II - Les membres participants et honoraires de la Section dite de « vote nationale », à jour de leurs cotisations, procèdent à l'élection d'un délégué à l'Assemblée Générale, par tranche de 2 500 membres participants et honoraires.

Le vote a lieu par correspondance sous pli fermé et/ou par voie électronique ou par tout autre moyen garantissant la sécurité et le secret des votes.

En cas de vacance d'un délégué en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause, il n'est pourvu à son remplacement que lors de l'expiration de son mandat.

L'Assemblée Générale est alors réduite du nombre de délégués correspondants.

Il est précisé que la démission d'un délégué se fait par lettre recommandée avec accusé de réception.

III - Par dérogation, les personnes morales souscriptrices des contrats collectifs rattachées à la Section dite « Branche IEG », procèdent, en application du II de l'article L. 114-6 du Code de la Mutualité, à la désignation de délégués, à raison d'un délégué par tranche de 20 000 membres participants et honoraires.

Par ailleurs, dès lors qu'elles en informent le Président du Conseil d'Administration au moins 3 mois avant la tenue de l'Assemblée Générale, lesdites personnes morales peuvent procéder, chaque année, à des désignations de délégués afin de pourvoir soit à un poste devenu vacant en raison d'un décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre d'un délégué, soit à un(de) nouveau(x) siège(s) en raison de l'augmentation des effectifs de la Section dite « Branche IEG » au cours de cette période.

Pour ce faire, les personnes morales souscriptrices susvisées sont informées par la Mutuelle, par tous moyens, de la possibilité de désigner les délégués ainsi que de la date limite pour procéder à cette désignation.

IV - Pour l'application du II et III du présent Article, les membres participants et honoraires pris en compte sont ceux recensés au 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle se déroulent les élections ainsi que les désignations des délégués.

En tout état de cause, la perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué.

ARTICLE 10 – COMMISSION ÉLECTORALE

Une commission électorale composée de 5 membres issus du Conseil d'Administration est créée pour les élections de la Mutuelle.

Cette commission est chargée de suivre les opérations électorales prévues dans les Statuts ainsi que dans le protocole préélectoral validé par le Conseil d'Administration, à savoir principalement : l'organisation des élections et l'envoi du matériel de vote.

Par ailleurs, la commission électorale a seule qualité pour recevoir les réclamations ou les contestations relatives aux difficultés nées de l'interprétation du protocole préélectoral et du déroulement des opérations de vote. Le cas échéant, la commission électorale les consigne sur le procès-verbal des élections.

Elle proclame les résultats et établit le procès-verbal du scrutin.

SECTION 2 – RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 11 - CONVOCATION

Le Président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale.

Il la réunit au moins une fois par an.

À défaut, le Président du Tribunal Judiciaire du siège social de la Mutuelle, 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.

Conformément à l'article L. 114-8 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

- La majorité des Administrateurs composant le Conseil,
- Les Commissaires aux Comptes,
- L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- Les liquidateurs.

À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal Judiciaire, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de l'organisme, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

L'Assemblée Générale peut être également convoquée à la demande du Conseil d'Administration de l'UMG Solimut.

Les Commissaires aux Comptes sont convoqués à toute Assemblée Générale.

L'Assemblée Générale est réunie au lieu indiqué dans la convocation.

ARTICLE 12 – MODALITÉS DE CONVOCATION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale doit être convoquée au moins quinze jours avant la date de la réunion par courriel, adressé individuellement à chaque délégué.

Pour autant, en cas de désaccord d'un délégué et à sa demande, la convocation pourra lui être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception.

La Mutuelle adresse aux délégués les documents prévus par le Code de la Mutualité.

Lorsque l'Assemblée n'a pu délibérer faute de réunir le quorum requis, une deuxième Assemblée est convoquée six jours au moins avant la date de sa réunion dans les mêmes formes que la première.

Les Commissaires aux Comptes titulaires sont convoqués à chaque Assemblée Générale.

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

ARTICLE 13 – ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Il doit être joint à la convocation.

Toutefois, le quart des délégués au moins peut requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolutions, adressés par lettre recommandée avec avis de réception au Président du Conseil d'Administration, cinq jours au moins avant l'Assemblée Générale.

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

Elle peut néanmoins procéder, en toutes circonstances, à la révocation d'un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et à leur remplacement.

ARTICLE 14 – PROCÈS-VERBAL

Il est établi une feuille de présence et un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale signé du Président du Conseil d'Administration.

ARTICLE 15 – COMPÉTENCE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale procède à l'élection, à bulletin secret, des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

- Les modifications des Statuts,
- Le rapport moral du Conseil d'Administration sur les activités exercées,
- L'existence et le montant des droits d'adhésion,
- Le montant du fonds d'établissement,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives définies au III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité et les opérations individuelles mentionnées au II de ce même article,
- La délégation de pouvoir au Conseil d'Administration prévue à l'Article 18 des présents Statuts,
- La création, l'adhésion ou le retrait à une Union, Fédération ou Groupe au sens du Code de la Mutualité renvoyant à la définition prévue à l'article L. 356-1 du Code des Assurances, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre Mutuelle ou une Union, ainsi que la scission ou la dissolution de la Mutuelle,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance. En l'espèce, il est précisé qu'il peut être fait appel à des réassureurs non mutualistes, les traités créés étant des traités de réassurance en quote-part ainsi qu'en excédent de sinistres par tête, par événement et par catastrophe,
- L'émission de titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la Mutualité,

- La souscription d'emprunts destinés à la constitution et à l'alimentation du fonds de développement prévu à l'Article 56 des Statuts,
- Le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats ou d'adhésions, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- Le rapport spécial des Commissaires aux Comptes mentionné à l'article L. 114-34 du Code de la Mutualité sur les conventions soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration,
- Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou Unions régies par les Livres II et III du Code de la Mutualité auquel est joint le rapport du Commissaire aux Comptes prévu à l'article L. 114-39 du même Code,
- Toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- La nomination du ou des Commissaires aux Comptes,
- La dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle et dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité,
- L'allocation d'indemnités au Président du Conseil d'Administration et aux autres membres du Conseil d'Administration auxquels des attributions permanentes ont été confiées, dans les conditions fixées par le Code de la Mutualité,
- 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,
- La fixation des principes que doivent respecter les délégations de gestion de contrat collectif en vertu de l'article L. 116-3 du Code de la Mutualité,
- Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 116-1 à 116-3 du Code de la Mutualité.

Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

En dernier lieu, l'Assemblée Générale s'interdit toute résolution étrangère à l'objet défini par l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 16 – MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 16.1 - VOTE EN ASSEMBLÉE

Chaque délégué ne dispose en propre que d'une seule voix.

ARTICLE 16.2 - VOTE PAR PROCURATION

La faculté de voter par procuration est offerte au délégué empêché.

À compter de la date de convocation de l'Assemblée, une formule de vote par procuration, accompagnée du texte des résolutions proposées et d'un exposé des motifs, est remise ou adressée à tout délégué qui en fait la demande, sous réserve que cette demande soit adressée au

Président du Conseil d'Administration au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

Les délégués qui votent par procuration signent celle-ci et indiquent leurs nom, prénom et domicile ainsi que les noms, prénom et domicile de leur mandataire, qui doit lui-même être délégué à l'Assemblée Générale. Ils adressent la procuration à leur mandataire.

Une même personne ne peut disposer de plus de 3 mandats.

Le mandat n'est valable que pour une seule Assemblée.

Il peut cependant être donné pour deux Assemblées Générales tenues le même jour ou dans un délai d'un mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées à l'Article 16.3 des présents Statuts et l'autre pour exercer les attributions visées à l'Article 16.4.

De même, un mandat donné pour une Assemblée vaut pour les Assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

ARTICLE 16.3 - DÉLIBÉRATIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE NÉCESSITANT UN QUORUM ET UNE MAJORITÉ RENFORCÉS POUR ÊTRE ADOPTÉES

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des Statuts, la délégation de pouvoir prévue à l'Article

18 des présents Statuts, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle, la désignation du bénéficiaire de l'excédent de l'actif net sur le passif, ou la création d'une Mutuelle ou d'une Union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou votant par procuration est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués élus.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale doit être convoquée.

Elle délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents ou votant par procuration représente au moins le quart du total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

ARTICLE 16.4 - DÉLIBÉRATIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE NÉCESSITANT UN QUORUM ET UNE MAJORITÉ SIMPLES POUR ÊTRE ADOPTÉES

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées à l'Article 16.3, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou votant par procuration est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale doit être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou votant par procuration.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

ARTICLE 17 – FORCE EXÉCUTOIRE DES DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Les décisions prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à l'ensemble des adhérents, membres participants ou honoraires.

Les modifications des Statuts sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants et honoraires.

ARTICLE 18 – DÉLÉGATION DE POUVOIR DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au Conseil d'Administration quant au choix du ou des réassureur(s) dans le cadre de la politique de réassurance et de coassurance.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par l'Assemblée Générale suivante la plus proche.

CHAPITRE 2 : CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 – COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 19 - COMPOSITION

Le nombre d'Administrateurs est fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration est composé au maximum de trente Administrateurs. Ce nombre ne peut être inférieur à dix.

Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins d'Administrateurs ayant la qualité de membres participants.

Le Conseil d'Administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'Administrateurs exerçant des fonctions d'administrateur, de dirigeant ou d'associé dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes.

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

ARTICLE 20 – CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ – LIMITE D'ÂGE

Pour être éligibles au Conseil d'Administration, les membres doivent :

- Être membres participants ou honoraires de la Mutuelle,
- Être âgés de 18 ans révolus,
- Être à jour de leurs cotisations,
- Ne pas avoir été salariés de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- N'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité, ceci étant justifié par la présentation d'un extrait de casier judiciaire de moins de trois mois au jour de l'élection,

- Avoir fourni une fiche de renseignements telle que définie par le Conseil d'Administration.

Le nombre de membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration.

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

Les Administrateurs sont tenus de signaler sans délai tout changement intervenant dans leur situation.

ARTICLE 21 – MODALITÉS DE L'ÉLECTION

Les déclarations de candidature aux fonctions d'Administrateurs doivent être adressées directement par les candidats au siège de la Mutuelle.

Lors de chaque renouvellement du Conseil d'Administration, le Bureau fixe le délai limite de réception des candidatures.

Conformément à l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle met en œuvre tous les moyens utiles afin d'établir les listes de candidats aux fonctions d'Administrateurs tendant à la parité entre les hommes et les femmes.

À cet effet, la Mutuelle détermine, lors de chaque renouvellement de son Conseil d'Administration, la proportion d'hommes et de femmes que devrait comporter le Conseil d'Administration pour répondre aux exigences légales.

Les appels à candidatures précisent la proportion d'hommes et de femmes que les électeurs doivent respecter, conformément à l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité.

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents Statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletin secret par l'ensemble des délégués de l'Assemblée Générale, scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

Nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a pas réuni la majorité absolue des suffrages exprimés.

Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative; dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune d'entre eux.

ARTICLE 22 – DURÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de six 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 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 20,

Lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions du I de l'article L. 114-23 du Code de la Mutualité relatives au cumul des mandats, ils présentent dans les trois mois de leur nomination leur démission ou, à l'expiration de ce délai, sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues au IV de cet article,

• Trois mois après qu'ils ont fait l'objet, par une décision de justice définitive, d'une condamnation entraînant l'interdiction d'exercer la fonction d'Administrateur, conformément à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité,

• Lorsque leur nomination ou renouvellement a fait l'objet d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dans les conditions prévues à l'article L. 612-23-1 du Code Monétaire et Financier ainsi que ses décrets d'application.

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

ARTICLE 23 – RENOUELEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu par moitié tous les trois ans.

Les membres sortants sont rééligibles.

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

ARTICLE 24 - VACANCE

En cas de vacance (liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en application de l'article L. 612-23-1 du Code Monétaire et Financier), il peut être procédé à la cooptation d'un Administrateur par le Conseil d'Administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée Générale, dans le respect des exigences de parité. Conformément à l'article L. 114-16 du Code de la Mutualité, le remplacement est soumis à ratification de la plus proche Assemblée Générale. La non-ratification 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 le remplacement a été ratifié par l'Assemblée Générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

Dans le cas où le nombre d'Administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale est convoquée par le Président du Conseil d'Administration afin de pourvoir à l'élection de nouveaux Administrateurs.

À défaut, conformément à l'article L. 114-8 du Code de la Mutualité, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution nomme un Administrateur provisoire à la demande d'un ou plusieurs membres participants.

SECTION 2 – RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 25 : RÉUNIONS

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation de son Président chaque fois que la situation l'exige, et au moins quatre fois par an.

Le Conseil d'Administration peut être également convoqué à la demande du Conseil d'Administration de l'UMG Solimut.

Le Président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration cinq jours au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

Conformément à l'article L. 114-17, alinéa 1^{er}, du Code de la Mutualité, chaque Administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

Les Commissaires aux Comptes sont convoqués obligatoirement à la réunion du Conseil d'Administration statuant sur les comptes annuels.

Le Dirigeant Opérationnel assiste de droit aux réunions du Conseil d'Administration. Le Conseil d'Administration peut s'adjoindre, à titre consultatif, des conseillers techniques.

Les réunions du Conseil d'Administration se tiennent, par principe, en présentiel.

Toutefois, certaines réunions peuvent se tenir par voie de visioconférence ou de télécommunication sur décision de l'auteur de la convocation.

En tout état de cause, les réunions portant sur l'arrêté des comptes annuels et l'établissement du rapport de gestion sont exclues de cette possibilité, conformément aux articles L. 114-17, alinéa 3, et L. 114-20 du Code de la Mutualité.

En outre, ces réunions portent uniquement sur des délibérations ne nécessitant pas de vote à bulletin secret.

Les moyens techniques utilisés transmettent, a minima, le son de la voix des participants et permettent la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Par ailleurs, les Administrateurs participant aux réunions se tenant par visioconférence ou par télécommunication sont pris en compte au titre du quorum et de la majorité, fixés à l'Article 27 des présents Statuts.

ARTICLE 26 – REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les dispositions ci-dessous entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

Deux représentants de salariés, élus dans les conditions prévues ci-après, assistent avec voix consultatives aux séances du Conseil d'Administration.

Sont électeurs tous les salariés de la Mutuelle dont le contrat de travail est antérieur de trois mois à la date de l'élection.

L'élection a lieu au scrutin de liste à la représentation proportionnelle au plus fort reste et sans panachage. Chaque liste comporte un nombre de

candidats double de celui des sièges à pourvoir et est composée alternativement d'un candidat de chaque sexe. Sur chacune des listes, l'écart entre le nombre des candidats de chaque sexe ne peut être supérieur à un.

En cas d'égalité des voix, les candidats, dont le contrat de travail est le plus ancien, sont déclarés élus.

Le vote est secret.

Les candidats non élus constituent les suppléants. L'ordre de suppléance est fixé par nombre décroissant de voix obtenues, et à égalité à celui ayant le plus d'ancienneté au sein de la Mutuelle.

En cas de vacance d'un poste par décès, démission, révocation, rupture du contrat de travail ou pour toute autre cause que ce soit, le représentant élu titulaire est remplacé par le représentant suppléant, conformément à l'ordre de suppléance défini ci-dessus.

Le représentant suppléant achève le mandat de son prédécesseur.

Les représentants élus par les salariés doivent être titulaires d'un contrat de travail avec la Mutuelle antérieur d'une année au moins à leur nomination.

Conformément à l'article L. 114-16-2 du Code de la Mutualité, le mandat de représentant élu par les salariés est incompatible avec tout mandat de délégué syndical ou de membre du Comité Social et Économique (CSE) de la Mutuelle. Il est également incompatible avec l'exercice de fonctions clés ou de Dirigeant Opérationnel.

Afin de faire coïncider la durée de ces mandats avec celle des membres du CSE de la Mutuelle, lors des premières élections, les représentants des salariés auprès du Conseil d'Administration seront élu pour une durée de deux ans. Par la suite, les représentants élus par les salariés seront élus pour une durée de quatre ans.

La rupture du contrat de travail met fin au mandat de représentant élu par les salariés.

En dernier lieu, les représentants des salariés auprès du Conseil d'Administration de la Mutuelle sont tenus au même devoir de réserve et de discrétion que tous les Administrateurs.

Les dispositions ci-dessous demeurent en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Conformément à l'article L. 114-16 du Code de la Mutualité, dernier alinéa, deux représentants du personnel de la Mutuelle assistent avec voix consultative à toutes les séances du Conseil d'Administration.

En cas de vacance d'un représentant du personnel suite à la cessation de son contrat de travail, il sera procédé à l'élection d'un représentant des salariés au Conseil d'Administration.

Ils sont tenus au même devoir de réserve et de discrétion que tous les Administrateurs.

ARTICLE 27 – DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Conformément à l'article L. 114-20 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

Les Administrateurs ne peuvent pas se faire représenter au Conseil d'Administration.

En cas de partage des voix, la voix du Président du Conseil d'Administration est prépondérante.

Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection de son Président et des autres membres du Bureau, sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un Administrateur, ainsi que sur la nomination ou la révocation du Directeur Général.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion, qui est soumis à l'approbation du Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

SECTION 3 – ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 28 – COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration s'interdit toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article L. 114-17 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il arrête toutes mesures permettant à la Mutuelle d'être constamment en capacité de garantir les engagements qu'elle prend vis-à-vis des membres participants et de leurs ayants-droit. Il fixe, dans le cadre des règles générales définies par l'Assemblée Générale, les principes directeurs que la Mutuelle se propose de suivre :

- En matière de placements,
- En matière de réassurance.

Il détermine également les orientations de la politique d'action sociale de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle. Il donne son autorisation à toute convention conclue avec un Administrateur.

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte :

- Des prises de participations dans des sociétés soumises aux dispositions du Livre II du Code du Commerce,
- De la liste des organismes avec lesquels la Mutuelle établit des comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité,
- De l'ensemble des sommes versées en application de l'article L. 114-26 du Code de la Mutualité.
- Un rapport distinct, certifié par les Commissaires aux Comptes et également présenté à l'Assemblée Générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque Administrateur,
- De l'ensemble des rémunérations versées, le cas échéant, au Dirigeant Opérationnel mentionné à l'article L. 211-14 du Code de la Mutualité,

- De la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des Administrateurs de la Mutuelle,
- Des transferts financiers entre la Mutuelle et d'autres Mutuelles et Unions,
- Le montant et les modalités de répartition pour l'année écoulée de la participation aux excédents,
- La valeur des placements ainsi que la quote-part de ces placements correspondant aux engagements pris envers les membres participants de la Mutuelle et leurs ayants-droit conformément à l'article L. 212-6 du Code de la Mutualité.

Il approuve le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR) établi par l'Union Mutualiste de Groupe Solimut Mutuelles de France et établit un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes telles que visées à l'article L. 212-6 du même Code.

Conformément à l'article L. 116-4 du Code de la Mutualité, il établit aussi chaque année un rapport qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visée aux articles L. 116-1 à L. 116-3 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration approuve également les rapports suivants :

- Le rapport régulier au contrôleur (RSR), a minima tous les trois ans,
- Le rapport sur l'évaluation propre des risques et de la solvabilité (ORSA), en fonction de la périodicité établie par le Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'Administration ou le cas échéant au Dirigeant Opérationnel mentionné à l'article L. 211-14 du Code susmentionné.

Le Conseil d'Administration adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière.

Conformément à l'article L. 211-14 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration nomme, sur proposition de son Président, le Dirigeant Opérationnel, qui ne peut pas être un Administrateur.

Le Conseil d'Administration approuve les éléments de son contrat de travail et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle. Il est mis fin à ses fonctions selon la même procédure.

Le Dirigeant Opérationnel assiste de droit à toutes les réunions du Conseil d'Administration.

Par ailleurs, le Conseil d'Administration est consulté et vote la désignation des responsables des fonctions clés mentionnées à l'article L. 211-12 du Code de la Mutualité, à savoir : la fonction de

gestion des risques, la fonction de vérification de la conformité, la fonction d'audit interne et la fonction actuarielle.

Il est procédé à la notification à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution de la nomination ou du renouvellement des Dirigeants Effectifs et responsables de fonctions clés susmentionnées, dans un délai de 15 jours suivant leur nomination ou leur renouvellement.

Le Conseil d'Administration entend ces responsables, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an. Il vote les politiques écrites rédigées par ces responsables ainsi que leurs évolutions. Plus généralement, le Conseil d'Administration approuve toutes les politiques écrites, y compris celles liées à l'externalisation mentionnée au 13° de l'article L. 310-3 du Code des Assurances.

Le Conseil d'Administration définit les cas dans lesquels les Dirigeants Effectifs sont absents ou empêchés, de manière à garantir la continuité de la direction effective de la Mutuelle.

Plus généralement, le Conseil d'Administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles, mais également par l'UMG Solimut.

ARTICLE 28 BIS – DIRECTION EFFECTIVE DE LA MUTUELLE

La Direction effective de la Mutuelle est assurée par au moins deux personnes qui doivent satisfaire aux conditions prévues à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article R. 211-15 du Code de la Mutualité, ces deux personnes sont le Président du Conseil d'Administration et le Dirigeant Opérationnel.

Les Dirigeants Effectifs doivent assurer de manière permanente la continuité et la régularité des activités de la Mutuelle, dans les conditions définies par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 29 – 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.

Il en va de même des 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 de droit privé, si l'un des Administrateurs ou Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont généralement applicables aux conventions intervenant entre un Administrateur ou un Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle et l'une des personnes morales appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité.

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.

Le Conseil d'Administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisation qui lui sont adressées, au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

ARTICLE 29 BIS – FORCE EXÉCUTOIRE DES DÉCISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les décisions prises par le Conseil d'Administration s'imposent à la Mutuelle et à ses membres, sous réserve de leur conformité à l'objet social de la Mutuelle, aux principes et aux règles générales fixées par l'Assemblée Générale ainsi qu'au Code de la Mutualité.

Les modifications des règlements mutualistes sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants et honoraires.

ARTICLE 30 – LES COMITÉS ET COMMISSIONS SPÉCIALISÉS

Outre le Comité d'Audit, dont la composition est fixée conformément aux articles L. 823-19 du Code du Commerce et L. 114-17-1 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration peut décider de la création de comités ou commissions spécifiques pour l'accompagner dans le cadre de ses missions.

Le Conseil d'Administration peut s'exempter de la constitution d'un Comité d'audit en propre et transférer celui-ci au niveau du Comité d'audit de l'Union Mutualiste de Groupe Solimut Mutuelles de France conformément à l'article L. 212-3-1 du Code de la Mutualité.

Chaque comité ou commission est régi par son propre règlement.

Le Conseil d'Administration décide également de la suppression d'une commission.

Il peut également décider de la création de Comités d'Animation Mutualistes dont le rôle, les attributions et modalités de fonctionnement sont précisés dans un règlement spécifique, auquel les membres doivent se conformer.

ARTICLE 31 – DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration peut confier des attributions et déléguer partie de ses pouvoirs, sous son contrôle et sa responsabilité :

- Au Président du Conseil d'Administration,
- À un ou plusieurs Administrateurs,
- À un ou plusieurs comités ou commissions,
- Au Dirigeant Opérationnel mentionné à l'article L. 211-14 du Code de la Mutualité ainsi qu'au Chapitre VI des présents Statuts.

Les délégations données par le Conseil d'Administration font l'objet d'une décision lors de chaque renouvellement du Conseil d'Administration. Elles sont annexées au procès-verbal de la réunion.

Par ailleurs, il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions ou délégations.

SECTION 4 - STATUT DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 32 – OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS (ET DU DIRIGEANT OPÉRATIONNEL)

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites, conformément à l'article L. 114-26 du Code de la Mutualité.

Toutefois, la Mutuelle rembourse aux Administrateurs les frais de déplacement et de séjour ainsi que de garde d'enfants, selon les dispositions de l'article L. 114-26, alinéa 6, du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut également verser des indemnités à ses Administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L. 114-26 à L. 114-28 du Code de la Mutualité.

Les Administrateurs et le Dirigeant Opérationnel veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents Statuts.

Tout Administrateur ou toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration, ainsi que le Dirigeant Opérationnel, sont tenus à la discrétion à l'égard des faits ou des renseignements dont ils prennent connaissance dans le cadre de leurs fonctions et qui revêtent un caractère confidentiel.

Ils ne doivent pas divulguer à l'extérieur de la Mutuelle des faits, informations ou problèmes spécifiques que la Mutuelle peut rencontrer.

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.

Les Administrateurs, ainsi que le Dirigeant Opérationnel, 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.

Il est interdit aux Administrateurs et au Dirigeant Opérationnel de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans les conditions contraires à l'Article 29 des présents Statuts.

ARTICLE 33 - RESPONSABILITÉ

Conformément à l'article L. 114-29 du Code de la Mutualité, la responsabilité des Administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la Mutuelle, l'Union ou la Fédération ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des Statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

CHAPITRE 3 : PRÉSIDENT ET BUREAU

ARTICLE 34 - COMPOSITION ET ÉLECTION DU BUREAU

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Bureau au cours de la première réunion qui suit chaque Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration.

Le Bureau est composé :

- Du Président,
- D'un ou plusieurs vice-Présidents,
- D'un trésorier,
- D'un trésorier adjoint,
- D'un secrétaire général,
- D'un secrétaire général adjoint,
- D'un ou plusieurs autres membres.

La composition du Bureau pourra être élargie par le Conseil d'Administration en fonction d'impératifs économiques ou réglementaires.

Le Conseil d'Administration, peut, à tout moment, mettre un terme aux fonctions des membres du Bureau.

Le Conseil d'Administration confie aux membres du Bureau les missions définies aux présents Statuts.

Pour autant, le Conseil d'Administration peut décider de leur attribuer des missions complémentaires.

ARTICLE 35 – RÉUNION DU BUREAU

Le Bureau se réunit sur convocation du Président du Conseil d'Administration.

Le Dirigeant Opérationnel assiste à toutes les réunions du Bureau.

ARTICLE 36 – ÉLECTION ET RÉVOCATION DU PRÉSIDENT

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Président, en qualité de personne physique, qui sera l'un des deux Dirigeants Effectifs de la Mutuelle.

Le Président du Conseil d'Administration est élu par les membres du Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit chaque Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration. Le Président du Conseil d'Administration est nommé pour une durée qui ne peut excéder celle de son mandat d'Administrateur.

Il est rééligible.

Conformément à l'article L. 612-23-1, 1°, du Code Monétaire et Financier, la nomination du Président du Conseil d'Administration ainsi que son renouvellement sont notifiés à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Le Conseil d'Administration peut, à tout moment, mettre un terme aux fonctions du Président du Conseil d'Administration.

Enfin, conformément à l'article L. 114-23 du Code de la Mutualité, le Président du Conseil d'Administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de Président, que quatre mandats d'Administrateur, dont au plus deux mandats de Président du Conseil d'Administration d'une Fédération ou d'une Union ou d'une Mutuelle.

Dans le décompte des mandats du Président, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les Mutuelles ou Unions créées en application des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 37 - VACANCE

En cas de décès, de cessation du mandat d'Administrateur suite à une décision d'opposition prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution conformément à l'article L. 612-23-1 du Code Monétaire et Financier, de démission de ses fonctions ou de perte de la qualité de membre participant du Président du Conseil d'Administration, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection.

Le Conseil d'Administration est convoqué immédiatement à cet effet par le 1^{er} vice-Président.

Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par ce dernier.

ARTICLE 38 - MISSIONS DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Président exerce la Direction effective de la Mutuelle au sens de l'article L. 211-13 du Code de la Mutualité.

Le Président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

Il informe le Conseil d'Administration des procédures engagées en application des dispositions de la Section 6 et de la Section 7 du Chapitre II du Titre 1^{er} du Livre VI du Code Monétaire et Financier.

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

Le Président du Conseil d'Administration convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour.

Il soumet à l'autorisation du Conseil d'Administration les conventions intervenant avec un Administrateur.

Il donne avis aux Commissaires aux Comptes de toutes les conventions autorisées.

Il engage les dépenses.

Le Président du Conseil d'Administration représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

ARTICLE 39 - MISSIONS DES VICE-PRÉSIDENTS

Les vice-Présidents secondent le Président du Conseil d'Administration. Le 1^{er} vice-Président supplée le Président du Conseil d'Administration, en cas d'empêchement, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions, à l'exception des domaines relevant de la Direction Effective de la Mutuelle.

ARTICLE 40 - MISSIONS DU TRÉSORIER

Le trésorier effectue les opérations financières de la Mutuelle et tient la comptabilité. Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président du Conseil d'Administration et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle.

Le trésorier est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle, à confier au Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle ou à ses salariés, l'exécution de certaines missions qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Les délégations sont formalisées par écrit conformément à la législation en vigueur.

ARTICLE 41 - MISSIONS DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Le secrétaire général est responsable de la rédaction des procès-verbaux et de la conservation des archives.

Le secrétaire général est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle, à confier au Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle ou à ses salariés, l'exécution de certaines missions qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Les délégations sont formalisées par écrit conformément à la législation en vigueur.

ARTICLE 42 - MISSIONS DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT

Le secrétaire général adjoint seconde le secrétaire général.

Par ailleurs, le secrétaire général adjoint supplée le secrétaire général, en cas d'empêchement, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Le secrétaire général adjoint seconde le secrétaire général.

ARTICLE 43 - MISSIONS DU TRÉSORIER ADJOINT

Le trésorier adjoint seconde le trésorier.

Par ailleurs, le trésorier adjoint supplée le trésorier, en cas d'empêchement, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

CHAPITRE 4 – DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

ARTICLE 44 – NOMINATION DU DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

Le Conseil d'Administration nomme, sur proposition du Président, le Dirigeant Opérationnel.

Il est mis fin aux fonctions du Dirigeant Opérationnel suivant la même procédure.

Le Conseil d'Administration approuve les éléments de son contrat de travail.

Il fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la Direction effective de la Mutuelle, le Dirigeant Opérationnel exerçant ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'Administration et dans le cadre des orientations qu'il arrête.

Le Dirigeant Opérationnel assiste à chaque réunion du Conseil d'Administration ainsi qu'aux réunions du Bureau.

Le Dirigeant Opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation mentionnée à l'Article 31 des présents Statuts et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément à l'Assemblée Générale, au Conseil d'Administration et au Président.

CHAPITRE 5 - STATUT DU MANDATAIRE MUTUALISTE

ARTICLE 45 – DÉFINITION

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

ARTICLE 46 – MANDATAIRE MUTUALISTE

Les fonctions du mandataire mutualiste sont gratuites, conformément à l'article L. 114-37-1 du Code de la Mutualité. Il n'est ni Administrateur, ni salarié de la Mutuelle, son concours est bénévole.

Toutefois, la Mutuelle rembourse aux mandataires mutualistes les frais de déplacement et de séjour ainsi que de garde d'enfants, selon les dispositions de l'article L. 114-37-1, alinéa 3, du Code de la Mutualité.

ARTICLE 47 – MODALITÉS DE DÉSIGNATION

Peuvent bénéficier du statut de mandataire mutualiste, sous réserve d'une désignation du Président en ce sens :

- Les délégués,
- Les présidents et militants des Comités d'action Mutualistes,
- Toute personne ayant reçu un mandat particulier.

CHAPITRE 6 - ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 - PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 48 - PRODUITS

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- Le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres, dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale,
- Les cotisations des membres,
- Les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- Les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- Les prestations de service.

Plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités de la Mutuelle, autorisées par la loi.

ARTICLE 49 - CHARGES

Les charges de la Mutuelle comprennent :

- Les diverses prestations servies aux membres participants,
- Les dotations aux provisions,

- Les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
- Les cotisations aux Unions et Fédérations,
- Les cotisations versées aux fonds de garantie institués par l'article L. 431-1 du Code de la Mutualité, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par ces fonds,
- Les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L. 111-5 du Code de la Mutualité,
- La redevance prévue à l'article L. 612-20 du Code Monétaire et Financier et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution pour l'exercice de ses missions.

Plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités de la Mutuelle autorisées par la loi.

ARTICLE 50 – FONDS DE SECOURS

Un fonds de secours est institué, dont le but est d'accorder des secours aux membres de la Mutuelle qui en font la demande dans les conditions mentionnées sur le règlement relatif à ce fonds de secours.

Un rapport d'activité est présenté chaque année à l'Assemblée Générale.

Le règlement relatif au fonds de secours est mis à la disposition de l'adhérent à sa première demande, sur tout support durable.

SECTION 2 - MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS, RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

ARTICLE 51 - PROVISIONS ET PLACEMENTS

Conformément à l'article L. 212-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle garantit, par la constitution de provisions suffisantes représentées par des actifs équivalents, le règlement intégral des engagements qu'elle prend à l'égard des membres participants et de leurs ayants droit.

Les provisions techniques sont déterminées conformément à la réglementation applicable aux Mutuelles régies par le Code de la Mutualité.

Les placements et retraits sont décidés par le Conseil d'Administration, selon les dispositions réglementaires notamment en ce qui concerne les catégories d'actifs autorisées ainsi que les limitations par catégorie.

Le Conseil d'Administration peut décider de déléguer ces opérations aux Dirigeants Effectifs.

ARTICLE 52 – DURÉE DE L'EXERCICE

L'exercice social commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre de chaque année.

ARTICLE 53 – ADHÉSION AUX FÉDÉRATIONS, UNIONS ET AU SYSTÈME DE GARANTIE

La Mutuelle adhère :

- À la Fédération des Mutuelles de France,
- À la Fédération Nationale de la Mutualité Française, par le biais de l'Union de Représentation des Mutuelles de France,

- Au Système Fédéral de Garantie (S.F.G.) de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Et, le cas échéant, à toute autre Union ou Fédération régie par le Code de la Mutualité.

ARTICLE 54 – COMMISSAIRE AUX COMPTES

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale nomme des Commissaires aux Comptes titulaires et un Commissaire Aux Comptes suppléant et ce conformément à l'article D. 114-10 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article L. 823-1 du Code de Commerce, les Commissaires aux Comptes sont nommés pour six exercices et leurs fonctions expirent après la délibération de l'Assemblée Générale statuant sur les comptes du sixième exercice.

ARTICLE 55 – ADHÉSION À UN GROUPE PRUDENTIEL

ARTICLE 55.1 - ADHÉSION

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires, en cas de participation à un groupe prudentiel, la Mutuelle lui reconnaît des capacités de contrôles et de sanctions prévus dans les

Statuts et la convention d'affiliation du Groupe.

ARTICLE 55.2 – AFFILIATION À L'UNION MUTUALISTE DE GROUPE SOLIMUT MUTUELLES DE FRANCE

• 1. LIENS FORTS ET DURABLES ET PARTAGE DE SORT

La Mutuelle reconnaît les liens forts et durables qui la lient à l'UMG Solimut. À ce titre, elle s'engage à favoriser la mise en œuvre de ces liens, par le groupe dans les conditions prévues par les Statuts, la convention d'affiliation et tout document opérationnel émis par les Dirigeants

Effectifs, responsables de fonctions clés et directions opérationnelles du groupe.

• 2. SUIVI PRUDENTIEL DE L'ACTIVITÉ

D. Fonctions clés et directions opérationnelles

La Mutuelle identifie la responsabilité des fonctions clés au sein de l'UMG Solimut dans les conditions définies par le Conseil d'Administration de celle-ci. Les fonctions clés désignées exercent l'ensemble de leurs prérogatives de supervision et de contrôle sur la Mutuelle et ont libre accès à son Conseil d'Administration, son Assemblée Générale et ses Comités. Les directions opérationnelles désignées par le Conseil d'Administration de l'UMG bénéficient des mêmes dispositions.

E. Audits

La Mutuelle facilite l'ensemble des audits diligentés par l'UMG Solimut, et ce, qu'ils soient à titre préventif dans le cadre de la solidarité financière, qu'ils fassent partie du plan d'audit, ou qu'ils soient des audits ad-hoc prescrits par la fonction clé d'audit interne de l'UMG, d'autres fonctions clés ou réalisés à la demande de directions opérationnelles du groupe ou de son conseil d'administration.

F. Pouvoir de sanction

La Mutuelle reconnaît le pouvoir de sanction de l'UMG tel que défini dans ses Statuts et sa convention d'affiliation. Elle s'engage à procéder à la réalisation de toute exigence qui lui incomberait à l'issue d'une sanction prononcée à son encontre par le Conseil d'Administration ou l'Assemblée Générale de l'UMG.

■ 3. REPRÉSENTATION DE L'UMG AUX CONSEILS D'ADMINISTRATION ET ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

La Mutuelle prévoit l'invitation d'un représentant de l'UMG à ses Conseils d'Administration et Assemblées Générales. Cette représentation est rendue obligatoire par le bénéfice d'un plan de redressement en lien avec l'application de la solidarité financière.

■ 4. PARTICIPATION AU MÉCANISME DE SOLIDARITÉ

La Mutuelle s'engage à participer au mécanisme de solidarité financière de l'UMG dans les conditions définies dans ses Statuts et sa convention d'affiliation.

■ 5. OBLIGATIONS D'INFORMATION, DE CONSULTATION ET D'AUTORISATION PRÉALABLE

La Mutuelle ne peut procéder à aucune décision d'instance ou décision opérationnelle sans avoir préalablement informé, consulté ou reçu l'autorisation préalable de l'UMG Solimut dans les conditions et objets prévus par ses Statuts et sa convention d'affiliation. Toute décision prise en méconnaissance du présent article pourra être frappée de nullité à la demande du Conseil d'Administration de l'UMG.

■ 6. PARTICIPATION AU BUDGET DE L'UMG

La Mutuelle s'engage à participer au budget de l'UMG dans les conditions prévues par ses Statuts et sa convention d'affiliation et à suivre les modalités de financement de celui-ci telles qu'arrêtées par le Conseil d'Administration de l'UMG.

■ 7. BÉNÉFICE DE LA SOLIDARITÉ FINANCIÈRE

La Mutuelle s'engage à mettre en œuvre l'ensemble des préconisations arrêtées par l'UMG Solimut dès lors qu'elle bénéficie de la solidarité financière et dans les conditions prévues par les articles afférents des Statuts et de la convention d'affiliation de l'UMG.

SECTION 3 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT ET FONDS DE DÉVELOPPEMENT

ARTICLE 56 – MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de trois cent quatre-vingt-un mille cent euros (381 100 €).

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 57 – FONDS DE DÉVELOPPEMENT

La Mutuelle peut constituer un fonds de développement destiné à lui procurer les éléments

de solvabilité dont elle doit disposer pour satisfaire à la réglementation en vigueur.

TITRE III INFORMATION DES ADHÉRENTS

ARTICLE 58 – ÉTENDUE DE L'INFORMATION

Chaque membre reçoit gratuitement un exemplaire des Statuts et des règlements mutualistes.

Pour les opérations collectives, la Mutuelle établit une notice qui définit les garanties prévues et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Lorsque l'engagement réciproque du membre participant et de la Mutuelle ne résulte pas de la signature d'un bulletin d'adhésion mais de la souscription d'un contrat collectif portant accord particulier, toute modification de celui-ci est constatée par un avenant signé par les parties.

L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les Statuts de la Mutuelle à chaque membre participant et de l'informer des modifications de ces documents.

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

ARTICLE 59 – RÉCLAMATIONS ET SERVICE DE MÉDIATION

Pour toute réclamation ou litige, les adhérents ont la faculté de s'adresser à la Mutuelle dans les conditions définies aux règlements mutualistes ainsi qu'aux contrats collectifs.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la Mutuelle et après épuisement de ses voies de recours internes, ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent, ou son ayant-droit, peut saisir le Médiateur de la Mutualité Française.

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNM255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15

- soit directement via le site du Médiateur de la Mutualité Française :

<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet.

Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai n'excédant pas trois mois pourra être fixé, dont les parties à la médiation seront informées. L'avis du Médiateur

ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 60 – DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION DE LA MUTUELLE

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 16.3 des statuts.

La Mutuelle en informe immédiatement l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'Assemblée Générale 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.

Conformément à l'article L. 212-14 du Code de la Mutualité, dans le mois de la décision constatant la caducité de l'agrément, la Mutuelle soumet à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution un programme de liquidation précisant notamment les délais prévisibles et les conditions financières de la liquidation ainsi que les moyens en personnel et matériels mis en œuvre pour la gestion des engagements résiduels.

Lorsque la gestion des engagements résiduels est déléguée à un tiers, le projet de contrat de délégation et un dossier décrivant la qualité du délégataire et de ses dirigeants, son organisation, sa situation financière et les moyens mis en œuvre sont communiqués à l'Autorité qui peut, ainsi qu'il est dit à l'article L. 612-26 du code monétaire et financier, réaliser tout contrôle sur pièces et sur place du délégataire, jusqu'à liquidation intégrale des engagements.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution se réserve le droit de ne pas l'approuver et peut demander un nouveau programme, dans les délais et conditions qu'elle prescrit.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 16.3 des présents statuts.

Conformément à l'article L113-4 du Code de la Mutualité, si l'Assemblée Générale ayant prononcé la dissolution n'a pas dévolu l'excédent de l'actif net sur le passif, l'excédent est octroyé au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 61 – REDRESSEMENT, SAUVEGARDE ET LIQUIDATION JUDICIAIRE

Conformément à l'article L. 212-15 du Code de la Mutualité, une procédure de redressement ou

de liquidation judiciaire ne peut être ouverte à l'égard de la Mutuelle qu'à la requête de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Le tribunal peut également se saisir d'office ou, après avis conforme de l'Autorité, être saisi d'une demande d'ouverture de cette procédure par le procureur de la République.

Le président du tribunal ne peut être saisi d'une demande d'ouverture d'une procédure de conciliation instituée par l'article L. 611-4 du code de commerce ou d'une procédure de sauvegarde visée à l'article L. 620-1 du même code, à l'égard de la Mutuelle, qu'après avis conforme de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Lorsqu'il est saisi d'une demande d'ouverture du règlement amiable institué par les articles L. 611-3 à L. 611-6 du code de commerce, le président du tribunal en informe l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, si possible avant l'ouverture de cette procédure ou, à défaut, immédiatement après.

Lorsqu'une procédure de liquidation judiciaire est ouverte à l'égard de la Mutuelle, son agrément est retiré selon les modalités de l'article L. 325-1 du code des assurances. Dans ce cas, les dispositions des articles L. 326-4, L. 326-9 et L. 326-14 du code des assurances sont applicables.

La Mutuelle reste soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

jusqu'à ce que l'ensemble des engagements résultant des contrats souscrits par la Mutuelle ait été intégralement et définitivement réglé aux membres participants et aux tiers bénéficiaires ou ait fait l'objet d'un transfert autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 212-11.

Après autorisation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, le liquidateur peut poursuivre certaines activités de la Mutuelle concernée dans la mesure où cela est nécessaire et approprié pour les besoins de la liquidation.

Certifiés conformes

Carole HAZÉ

Présidente

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Carole HAZÉ', enclosed within a large, horizontal oval shape.

Pour toute question, contactez votre conseiller



01 40 78 06 91

(du lundi au vendredi de 8h15 à 18h, numéro non surtaxé)



mutuelleMGC.fr

Via la messagerie de votre espace adhérent sécurisé / Menu « Contact »



En agence

Retrouvez les adresses de nos agences sur mutuelleMGC.fr/agences

Solimut
Mutuelle
de France



La garantie ORIZEN est un contrat assuré par SOLIMUT et distribué par la mutuelle MGC.

Assureur : Solimut Mutuelle de France, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09), immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 MARSEILLE, adhérente de Union Mutualiste de Groupe Solimut Mutuelles de France, organisme régi par le code de la mutualité, immatriculé au répertoire Sirène sous le numéro 539 793 885.

Distributeur : Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité SIREN no 775 678 550, dont le Siège social est situé 2 et 4 place de l'Abbé G. Hénocque 75013 Paris, et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR, située 4 Place de Budapest - CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09

Document à caractère publicitaire - Réf. : GuideProduit-ORIZEN_2022

