

NOTICE D'INFORMATION
GARANTIE INDEMNITÉS
JOURNALIÈRES EN CAS
D'HOSPITALISATION CONSÉCUTIVE
À UN ACCIDENT
HOSPI SUR

**NOTICE D'INFORMATION
GARANTIE INDEMNITES JOURNALIERES
EN CAS D'HOSPITALISATION
CONSECUTIVE A UN ACCIDENT**
Hospisur

**INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES EN
CAS DE VENTE A DISTANCE**

Ce que vous devez savoir avant de vous engager

Le Contrat « Hospisur » est un Contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste (ADPM) auprès de Mutuelle Bleue, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, située au 25 place de la Madeleine, 75008 Paris, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993, distribué par Média Courtage.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de Mutuelle Bleue. Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat.

Le montant de la cotisation est fixé de façon définitive à l'adhésion et calculé en fonction de la formule choisie.

Le Contrat prévoit (article 3 de la Notice d'information), le versement d'Indemnités Journalières forfaitaires en cas d'Hospitalisation de l'Adhérent, généré par un Accident survenu durant la période de validité de la garantie.

Les Indemnités Journalières seront doublées en cas d'Hospitalisation de l'Adhérent, **consécutif à un Accident de la circulation.**

Les exclusions prévues par le Contrat sont prévues par l'article 13 de la Notice d'Information.

La présente offre contractuelle est valable jusqu'à la date indiquée sur le devis personnalisé. L'adhésion se fait au moyen d'une Demande d'adhésion remplie et signée par l'Adhérent.

La durée minimale de l'adhésion s'étend à compter de sa date d'effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se reconduit ensuite annuellement par tacite reconduction.

La cotisation annuelle est payable mensuellement uniquement par prélèvement bancaire.

L'Adhérent a la faculté de renoncer au Contrat souscrit auprès de Mutuelle Bleue.

Pour faire part de son intention, il suffit à l'Adhérent d'adresser, une lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité,, à Média Courtage, CS 80003 29480 Le Relecq-Kerhuon dans un délai de quatorze (14) jours..

En cas de vente à distance (article L. 221-18 du Code de la mutualité), ce délai de quatorze (14) jours calendaires révolus démarre à compter soit du jour où l'adhésion a pris effet, soit du jour où l'Adhérent reçoit les conditions d'adhésion et la Notice d'information comprenant les informations pré-contractuelles, si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion a pris effet.

Le Contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche, ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Média Courtage s'engage à rembourser intégralement son versement dans les trente (30) jours qui suivent la réception de la demande de renonciation de l'Adhérent.

Le modèle de lettre de renonciation, visé ci-dessus, peut être établi selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au Contrat « Hospisur » que j'avais souscrit le Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

Fait à , le Signature »

L'Adhérent doit veiller à indiquer les références de son adhésion dans cette lettre.

L'exercice de la faculté de renonciation entraîne de plein droit la cessation de l'adhésion au Contrat et de toutes les garanties et annexes s'y rapportant.

Les relations précontractuelles et contractuelles avec Mutuelle Bleue sont régies par le droit français. Mutuelle Bleue s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Réclamations et litiges

L'Adhérent peut adresser une réclamation à son interlocuteur habituel.

En cas de réponse non satisfaisante, l'Adhérent pourra adresser une réclamation par écrit au Courtier, lequel s'engage à accuser réception et à apporter une réponse dans les meilleurs délais à l'adresse suivante :

**Média
Courtage CS
80003
29480 Le Relecq-Kerhuon**

Le Courtier s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

En cas de désaccord à l'issue de cette procédure de réclamation interne, l'Adhérent peut saisir le médiateur de la consommation de la Mutualité Française (FNMF) à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de la consommation de
la Mutualité Française
FNMF
255 Rue de Vaugirard
75019 PARIS**

Le médiateur de la consommation de la Mutualité Française peut également être saisi directement via le formulaire figurant sur le site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

Ce dernier, après avoir vérifié le respect de la procédure de réclamation interne, examinera la demande de l'Adhérent.

Article 1. Préambule

Le présent document constitue la Notice d'information ayant pour objet de définir les conditions et modalités de fonctionnement du Contrat d'assurance collectif facultatif « Hospisur ».

Ce Contrat a été souscrit, pour le compte de ses membres, par :

L'Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste (ADPM), Association régie par la Loi du 1er Juillet 1901 – dont le siège social est fixé 49 bis avenue Maginot 37 100 TOURS (ci-après désignée « l'Association »)

Auprès de :

Mutuelle Bleue, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, domiciliée 25 place de la Madeleine, 75008 Paris, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993 (ci-après désignée la « Mutuelle »).

Distribué par :

Média Courtage, courtier d'assurance, immatriculée au RCS de Brest sous le numéro 524 259 975 et à l'ORIAS sous le numéro 10 058 534, dont le siège social est fixé rue Jean Fourastié – 29480 Le Relecq-Kerhuon (ci-après désigné « le Courtier »).

Et géré par :

Owliance Gestion, société par actions simplifiée, immatriculée au RCS de Toulouse sous le numéro 788 998 078 et à l'ORIAS sous le numéro 13 001 119, dont le siège social est situé 54 bis avenue Jacques Douzans – 31602 MURET CEDEX (ci-après désignée « le Gestionnaire »).

Tout changement apporté aux garanties et au niveau des prestations du Contrat Collectif à adhésion facultative fera l'objet d'un avenant entre Mutuelle Bleue et l'Association ADPM (article L. 221-5 du Code de la mutualité).

Les modifications seront portées à la connaissance de l'Adhérent via l'émission d'une nouvelle Notice ou d'un Additif à celle-ci (article L. 221-6 du Code de la mutualité).

Cette Notice d'information est régie par le droit français et notamment le Code de la mutualité. Mutuelle Bleue s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat

Article 2. Définitions

Adhérent : Personne physique qui adhère au Contrat et qui s'engage à payer les cotisations. Il acquiert la qualité de Membre participant au sein de la Mutuelle.

L'Adhérent doit être âgé de dix-huit (18) ans au moins et de soixante-cinq (65) au plus, lors de l'adhésion.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme Accident au sens de la présente Notice, les infarctus, les accidents cardiovasculaires et cérébraux, rupture d'anévrisme, les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les attaques et les hémorragies cérébrales.

Par ailleurs, toute blessure ou lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un Accident, ne peut être considérée comme un Accident.

Accident de la circulation : Accident survenu à l'Adhérent sur la voie publique en tant que piéton, cycliste, conducteur ou passager d'un véhicule de tourisme motorisé, autre qu'un moyen de Transport en commun.

Transport en commun : tout moyen de transport public commercial terrestre, maritime, fluvial ou aérien, agréé pour le transport payant de passagers dans un périmètre et à des horaires de départs et d'arrivées déterminés, et en échange d'un titre de transport acquitté.

Indemnités Journalières Hospitalières (IJH) : Prestation forfaitaire déterminée par avance destinée à compenser des préjudices financiers directs ou indirects liés à une hospitalisation provoquée par un Accident.

Hospitalisation : Tout séjour supérieur à vingt-quatre (24) heures dans un établissement hospitalier (Hôpital ou clinique, public ou privé) en France et dans le monde entier (dans les conditions prévues à l'article 5 de la présente Notice), consécutif à un Accident garanti (sauf les exclusions définies à l'article 13 de la présente Notice).

Ne sont pas considérées comme des Hospitalisations au sens de la présente Notice : les Hospitalisations de jour, à domicile, en gériatrie, en gérontologie, en gériatrie, non prises en charge par la Sécurité Sociale, en établissement thermaux, d'hydrothérapie, de thalassothérapie, de repos, de convalescence, en maison de santé ou de rééducation, de psychothérapie, en établissement psychiatrique ou en maison de retraite ou hospice.

Franchise : Période suivant laquelle débute l'indemnisation en cas de sinistre garanti.

Article 3. Objet du Contrat

Le Contrat « HospiSur » a pour objet le versement d'Indemnités Journalières forfaitaires en cas d'Hospitalisation de l'Adhérent, consécutive à un Accident survenu durant la période de validité de la garantie.

Les Indemnités Journalières seront doublées en cas d'Hospitalisation de l'Adhérent **consécutive à un Accident de la circulation**.

Article 4. Prestations garanties

Le montant des Indemnités Journalières Hospitalières garanties est fonction du choix effectué par l'Adhérent lors de son adhésion au Contrat.

	En cas d'Accident	En cas d'Accident de la circulation
Niveau 1	50€/jour	100€/jour
Niveau 2	100€/jour	200€/jour
Niveau 3	150€/jour	300€/jour
Niveau 4	200€/jour	400€/jour

Article 5. Etendue territoriale des garanties

Les garanties sont accordées dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas quarante-cinq (45) jours consécutifs et soixante (60) jours non consécutifs sur une période de douze (12) mois.

En cas d'Accident hors de France métropolitaine, d'un pays membre de l'Union européenne ou de l'OCDE, les prestations ne sont dues qu'à partir du rapatriement de l'Adhérent en France métropolitaine, après application de la Franchise prévue.

Les prestations sont payables exclusivement en euro.

Article 6. Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer au Contrat, l'ensemble des membres de l'Association ADPM. A ce titre, l'Adhérent recevra une copie des statuts de l'Association.

L'Adhérent au Contrat, personne physique, résidant en France métropolitaine (Corse incluse, et DROM-COM exclus), doit être âgé, à l'adhésion, d'au moins dix-huit (18) ans et de soixante-cinq (65) au plus.

Le demandeur, après avoir pris connaissance de la présente Notice d'information, remplira avec soin une Demande d'adhésion. Cette Demande est transmise au Courtier.

Les informations et documents contractuels peuvent être transmis à l'Adhérent sur un support durable autre que le papier. Sauf à ce que le service fourni soit de nature exclusivement électronique, l'Adhérent peut

s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation ou à n'importe quel moment.

Article 7. Prise d'effet et durée du contrat

L'adhésion prend effet, sous réserve du règlement de la 1ère cotisation, à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion après validation de la Demande d'adhésion par le Courtier à la date d'enregistrement informatique de la demande du Contrat d'Assurance dûment complétée et signée (article L. 221-18 du Code de la mutualité relatif à la vente à distance).

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, soit jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion, elle se renouvelle annuellement par tacite reconduction jusqu'au 31 décembre de chaque année dans la limite des soixante-neuf (69) ans de l'Adhérent.

En cas d'incident de paiement sur la 1ère cotisation, la prise d'effet est reportée à la date d'encaissement effective du paiement. À défaut de régularisation dans un délai de trois (3) mois, l'adhésion est annulée dans tous ses effets.

Article 8. Cotisations

Le montant de la cotisation due au titre du présent Contrat est celui figurant sur le Certificat d'adhésion. La cotisation annuelle est calculée en fonction du montant de la garantie souscrite.

La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris. Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

8.1. Dates et modalités de paiement de la cotisation

La cotisation et ses accessoires sont à payer au plus tard dix (10) jours après la date d'échéance indiquée au Certificat d'adhésion.

La cotisation annuelle, figurant sur le Certificat d'adhésion, est payable mensuellement, uniquement par prélèvement bancaire.

8.2. Résiliation pour défaut de paiement

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de leur échéance, le Courtier adresse à l'Adhérent une lettre de mise en demeure par courrier recommandé avec avis de réception l'informant que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties du Contrat.

De plus, des frais d'impayés de dix (10) euros seront facturés à l'Adhérent.

heures d'Hospitalisation continues, dans la limite de trois-cent-soixante-cinq (365) Indemnités

L'exclusion de l'Adhérent ne peut intervenir, à défaut de paiement, que dans les quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure.

En cas d'exclusion, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises au Courtier.

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

8.3. Modification du montant de la cotisation

Les cotisations sont révisables annuellement par la Mutuelle au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d'en informer l'Adhérent, en fonction :

- des résultats techniques du Contrat Collectif à adhésion facultative ;
- d'une modification du niveau de garanties ;
- des évolutions législatives (fiscales ou sociales) ;

Le nouveau tarif s'appliquera à chaque adhésion, sauf refus de l'Adhérent dans les conditions prévues à l'article 14.1.

Article 9. Déclaration de l'Accident

L'Adhérent doit déclarer au Gestionnaire tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre de la garantie.

Pour déclarer le sinistre, l'Adhérent doit écrire à l'adresse suivante :

**OWLIANCE GESTION
BP 90051
54 bis av. Jacques
Douzans 31602 MURET
Cedex
Tél : 05 61 43 83 83**

En retour, il lui est adressé un formulaire de déclaration à retourner dûment complété et signé en y joignant, les pièces citées à l'article 10 de la présente Notice d'information.

Le versement de la prestation s'effectuera après réception de l'ensemble des pièces requises pour le traitement de la demande et, le cas échéant, après la validation du dossier par le service de contrôle médical.

Article 10. Conditions de versement des Indemnités Journalières en cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident

Le Gestionnaire verse une indemnité, après le délai de Franchise prévu, à savoir vingt-quatre (24)

Journalières à compter de la 1ère admission, pour un même Accident.

En cas de nouvelle Hospitalisation due aux suites ou conséquences du même Accident nécessitant au moins une (1) nuit d'Hospitalisation, le versement des indemnités reprend dans la limite des trois-cent-soixante-cinq (365) indemnités, dès le 1er jour.

En cas de nouvelle Hospitalisation due à un autre Accident, le droit aux Indemnités Journalières est reconstitué dans la limite de trois-cent-soixante-cinq(365) jours, à partir du 3e jour d'Hospitalisation.

L'Adhérent doit adresser au Gestionnaire un bulletin d'Hospitalisation au plus tard dans les quinze (15) jours suivant le début de son Hospitalisation, sauf cas de force majeure.

À la sortie de l'hôpital, l'Adhérent fait parvenir au Gestionnaire un bulletin d'Hospitalisation ou une copie de facture mentionnant les dates d'entrée et de sortie ou le nombre de jours de séjour.

Suite au bulletin d'Hospitalisation reçu, un courrier d'instruction de pièces administratives et médicales sera adressé à l'Adhérent.

En outre, l'Adhérent fera parvenir au Gestionnaire :

- une déclaration d'Accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'Accident,
- les preuves de l'Accident : rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, coupures de journaux...

Le Gestionnaire se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives permettant d'apprécier si l'Hospitalisation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

Si l'Hospitalisation dure plus de quinze (15) jours, les indemnités sont réglées hebdomadairement sur présentation d'un bulletin de situation.

À la sortie de l'hôpital, l'Adhérent fait parvenir au Gestionnaire un bulletin d'Hospitalisation ou une copie de facture mentionnant les dates d'entrée et de sortie ou le nombre de jours de séjour.

A la demande du Gestionnaire, l'Adhérent fournit sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil du Gestionnaire un rapport médical de son médecin-traitant.

Article 11. Contrôle médical et arbitrage

11.1 Contrôle médical

Sous peine de déchéance, l'Adhérent doit se soumettre à tous les examens que la Mutuelle ou le Gestionnaire jugera utiles pour contrôler son état ou vérifier tous faits

susceptibles d'affecter le règlement du sinistre par application des dispositions tant légales que contractuelles.

Dans le cas où l'Adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné par le Gestionnaire doit avoir accès à son lieu de résidence pour pouvoir constater médicalement son état.

L'Adhérent doit toujours indiquer au Gestionnaire l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

Si l'Adhérent est en désaccord avec les conclusions de l'expertise médicale initiale, il peut avoir recours à un autre médecin-expert, dont le choix devra être validé par le Gestionnaire, et qui procédera à une contre-expertise. Les frais occasionnés par cette contre-expertise sont à la charge de l'Adhérent.

11.2 Arbitrage

En cas de désaccord entre les conclusions des deux médecins-experts, l'Adhérent ou le Gestionnaire peut demander une tierce expertise. Les deux médecins-experts s'adjoignent à cet effet un tiers expert.

Faute d'entente sur le choix de ce tiers expert, ce dernier sera désigné par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent.

Chaque partie paie les honoraires de son médecin-expert et ceux du tiers expert sont supportés pour moitié par chacune des parties.

Les conclusions du tiers expert s'imposent aux parties et mettent un terme à la procédure d'arbitrage. En tout état de cause, l'Adhérent et le Gestionnaire conservent la faculté d'exercer un recours en justice.

Article 12. Modifications du Contrat

12.1 Modification des garanties

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander à tout moment la modification du montant de sa garantie, à la hausse ou à la baisse.

Cette modification sera possible à l'issue de la première échéance dans la limite d'une modification tous les douze (12) mois d'adhésion.

En cas de modification du montant de sa garantie, l'Adhérent doit adresser au Courtier une nouvelle Demande d'adhésion qui fera l'objet d'un autre Certificat d'adhésion comportant le montant des Indemnités journalières choisi.

Cette nouvelle Demande d'adhésion est subordonnée à l'accord du Courtier concrétisé par l'émission d'un

nouveau Certificat d'adhésion sous réserve du paiement effectif des cotisations correspondantes.

Tout Accident, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet du nouveau Certificat d'adhésion, sera indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet du nouveau Certificat d'adhésion et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris les éventuelles rechutes (même événement accidentel).

12.2 Informations à communiquer au cours du Contrat

L'Adhérent devra communiquer en cours de Contrat, par courrier au Courtier et au Gestionnaire, tout changement de domicile ou de domiciliation bancaire pour le prélèvement des cotisations. A défaut d'information, les communications faites par le Courtier ou le Gestionnaire seront valablement adressées à l'Adhérent à son dernier domicile connu.

Article 13. Exclusions des garanties

Sont exclues des garanties, les suites et conséquences, directes ou indirectes :

- *d'infractions au Code de la route ;*
- *de l'usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non-respect de l'ordonnance médicale ;*
- *des conséquences d'un acte délibéré de l'Adhérent ;*
- *des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournements, prises d'otages ;*
- *de l'utilisation en tant que pilote ou passager, de motos de plus de 400 cc ou d'engins aériens autres que les avions de lignes régulières ;*
- *des compétitions sportives (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou pratique des activités suivantes : alpinisme, boxe, hippisme en compétition, navigation maritime de plaisance, spéléologie, ski hors-piste, tout sport nécessitant un engin à moteur ;*
- *des conséquences de la modification de structure du noyau atomique ou de toute autre source de rayonnements ionisants ;*
- *des conséquences d'accidents occasionnés par une catastrophe naturelle ;*
- *des conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistre).*

Article 14. Résiliation

14.1 Résiliation à l'initiative de l'Adhérent.

L'Adhérent a la faculté de résilier son adhésion, à chaque échéance annuelle, par notification par lettre adressée à l'adresse suivante :

**Média
Courtage CS
80 003**

29480 Le Relecq-Kerhuon

ou par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité adressé au Courtier, deux (2) mois au moins avant la date d'échéance, soit avant le 1er novembre de l'année en cours.

En cas de modification de ses droits et obligations, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, l'Adhérent peut résilier son adhésion dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle Notice ou de l'additif à la présente Notice. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

Effet de la résiliation

La résiliation du Contrat entraîne la cessation des garanties souscrites.

Il est précisé que toute Hospitalisation générée(e) par un Accident survenu après la date d'effet de la résiliation du Contrat ne pourra entraîner le versement d'aucune Indemnités Journalières.

Du fait de la résiliation, l'Adhérent perd tout droit aux services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par sa souscription. La résiliation prendra effet à la fin de l'année civile et ne dispense pas l'Adhérent du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.

14.2 Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

En cas de non-paiement des cotisations par l'Adhérent, le Courtier peut résilier le Contrat dans les conditions prévues à l'article 8.2 de la présente.

En cours de contrat, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause. Par ailleurs, la communication d'informations erronées, portant sur la date, les circonstances et conséquences du sinistre, n'ouvre pas droit aux prestations garanties. Dans ce cas, le Gestionnaire se réserve le droit de poursuivre l'Adhérent pour le remboursement des sommes indûment versées et les cotisations payées d'avance restent acquises à la Mutuelle.

14.3 Résiliation du Contrat Collectif par l'Association ADPM

En cas de résiliation du Contrat Collectif à adhésion facultative signé entre la Mutuelle et l'Association ADPM, les effets (droits et obligations) se poursuivent à l'égard des adhésions antérieures à la résiliation, jusqu'à leur terme.

Article 15. Cessation des garanties

Les garanties prennent fin en tout état de cause :

- au 31 décembre de l'année de son soixante-neuvième (69^{ème}) anniversaire ;
- au jour de son décès ;
- à la date de résiliation du Contrat quelle qu'en soit la cause.

Article 16. Dispositions diverses

16.1 Dispositions diverses

Il ne peut y avoir en aucun cas d'adhésions multiples au Contrat concernant un même Adhérent ; si tel devait être le cas, l'engagement de la Mutuelle serait en tout état de cause limité à la première adhésion concernant l'Adhérent.

16.2 Prescription

16.2.1 Définition de la prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles L. 221-11 et suivants du Code de la Mutualité.

16.2.2 Modalités de la prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Quand l'action de l'Adhérent 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 a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail. La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, l'Assuré 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.

Pour les Contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre participant.

16.2.3 Interruption de la prescription

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la Mutualité. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

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

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

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

16.2.4 Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur, ou à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

16.3 Engagement de l'Adhérent

L'Adhérent s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à la Mutuelle, au Courtier ou au Gestionnaire tout changement dans sa situation personnelle pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par Mutuelle Bleue.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions énoncées ci-après.

16.4 Sanctions

La Mutuelle se réserve le droit d'exclure tout Adhérent qui aura causé ou tenté de causer volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle selon les modalités définies par les Statuts.

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par l'Adhérent, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'Adhérent peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

1. En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité).
2. Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par l'Assuré (article L. 221-15 du Code de la Mutualité).

En cas notamment de fausse déclaration, de fraude ou tentative de fraude avérée, la Mutuelle peut également procéder à la résiliation du Contrat.

La résiliation est notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au dernier domicile connu. Elle prendra effet au jour de la première présentation du courrier par la Poste.

16.5 Examen des réclamations

L'Adhérent peut adresser une réclamation à son interlocuteur habituel. En cas de réponse non satisfaisante, l'Adhérent pourra adresser une réclamation par écrit au Courtier, lequel s'engage à accuser réception et à apporter une réponse dans les meilleurs délais à l'adresse suivante :

**Média
Courtage
CS 80003
29480 Le Relecq-Kerhuon**

Le Courtier s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

En cas de désaccord à l'issue de cette procédure de réclamation interne, l'Adhérent peut saisir le médiateur de la consommation de la Mutualité Française (FNMF) à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de la consommation de
la Mutualité Française
FNMF
255 Rue de Vaugirard
75019 PARIS**

Le médiateur de la consommation de la Mutualité Française peut également être saisi directement via le formulaire figurant sur le site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

Ce dernier, après avoir vérifié le respect de la procédure de réclamation interne, examinera la demande de l'Adhérent et rendra une proposition en toute équité et en toute indépendance.

16.6 Informatique et libertés

Les données à caractère personnel recueillies au titre des Demandes d'adhésion font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par la Mutuelle, le Courtier et le Gestionnaire pour la gestion de leur relation avec l'Adhérent. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du Contrat d'assurance dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales (sauf opposition).

Elles sont destinées à la Mutuelle, au Courtier et au Gestionnaire en tant que responsables du traitement et, éventuellement, aux mandataires, partenaires de la Mutuelle et, le cas échéant, au réassureur de la Mutuelle.

Ces données sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un contrat de prestation. La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du Contrat d'assurance. Toute autre base légale est inscrite aux contrats, Bulletins d'adhésion, ou tout autre

document contractuel que l'Adhérent est tenu de respecter.

La Mutuelle, le Courtier et le Gestionnaire prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Conformément à la Loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au 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, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données le concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité. Il peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant.

L'Adhérent peut exercer ses droits en s'adressant :

- Soit au Courtier à l'adresse suivante :

Média Courtage
CS 80003
29480 Le Relecq-Kerhuon

- Soit au Gestionnaire à l'adresse suivante : OWLIANCE GESTION
BP 90051
54 bis avenue Jacques Douzans
31600 MURET CEDEX

En outre, l'Adhérent a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel applicables après son décès. Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

En cas de désaccord, l'Adhérent peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris.

Certains transferts de données à caractère personnel peuvent être réalisés vers des pays tiers à l'Union Européenne dans le respect des dispositions du RGPD. Dans cette hypothèse, le Gestionnaire s'engage, sur simple demande de la personne concernée, à apporter une information complète sur la finalité du transfert, les données transférées, les destinataires exacts des informations et les moyens mis en œuvre pour encadrer ce transfert.

16.7 Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

La Mutuelle et ses partenaires s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

A ce titre, la Mutuelle et ses partenaires seront tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

16.8 Droit d'opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la consommation, l'Adhérent est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire en se connectant à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr.

Cette inscription permet à l'Adhérent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas la Mutuelle, le Courtier ou le Gestionnaire de joindre téléphoniquement l'Adhérent dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de votre Contrat, y compris lorsqu'il s'agit de vous proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

16.9 Délai de renonciation

L'Adhérent a la faculté de renoncer au Contrat souscrit auprès de Mutuelle Bleue.

Pour faire part de son intention, il suffit à l'Adhérent d'adresser, une lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, à Media Courtage, CS 80003, 29480 Le Relecq-Kerhuon, dans un délai de quatorze (14) jours.

En cas de vente à distance (article L. 221-18 du Code de la mutualité), ce délai de quatorze (14) jours calendaires révolus démarre à compter soit du jour où l'adhésion a pris effet, soit du jour où l'Adhérent reçoit les conditions d'adhésion et la Notice d'information

comprenant les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion a pris effet.

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche, ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Media Courtage s'engage à rembourser intégralement son versement dans les trente (30) jours qui suivent la réception de la demande de renonciation de l'Adhérent.

Le modèle de lettre de renonciation, visé ci-dessus, peut être établi selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au Contrat « HospiSur » que j'avais souscrit le Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

Fait à , le Signature »

L'Adhérent doit veiller à indiquer les références de son adhésion dans cette lettre.

L'exercice de la faculté de renonciation entraîne de plein droit la cessation de l'adhésion au Contrat et de toutes les garanties et annexes s'y rapportant.

Article 17. Autorité de Contrôle

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle et le Gestionnaire sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – 75436 PARIS CEDEX

Statuts

mutuelle
PRÉSENTS
POUR VOUS bleue

Statuts mis en conformité avec le Code de la Mutualité.

Statuts adoptés par l'Assemblée Générale du 29 mai 2008, du 28 mai 2009, du 20 mai 2010, du 28 avril 2011, du 3 mai 2012, du 25 avril 2013, du 22 mai 2014, du 21 mai 2015, du 26 mai 2016, du 15 juin 2017, du 17 mai 2018, du 16 mai 2019, du 7 octobre 2020, du 27 mai 2021 et du 2 juin 2022. Composés de 79 articles et 2 annexes.

TITRE I : FORMATION, OBJET ET COMPOSITION

CHAPITRE 1 - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 : Dénomination

Il est constitué une mutuelle dénommée MUTUELLE BLEUE. La Mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 671 933, ainsi que les présents Statuts et Règlements Mutualistes.

Conformément à l'article L. 110-1 du Code de la Mutualité et à l'article 1^{er} de l'Ordonnance n° 2015-950 du 31 juillet 2015, la Mutuelle exerce son activité dans le respect du principe de solidarité et met en place une gouvernance démocratique fixée par ses Statuts.

A cet effet, et pour l'avenir, la Mutuelle s'engage à mettre en œuvre des règles de nature à organiser, au sein de son Conseil d'Administration, la parité entre les hommes et les femmes conformément à l'Ordonnance mentionnée ci-dessus. Ces règles devront cependant tenir compte du respect du vote libre et démocratique des délégués lors de l'élection des administrateurs.

Article 2 : Objet

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

A ce titre, la Mutuelle se propose de fournir, conformément aux dispositions légales relatives au cumul des activités, des prestations d'assurance relevant des branches suivantes :

- 1 - Accidents ;
- 2 - Maladie ;
- 20 - Vie - Décès (toute opération comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine autre que les activités visées aux branches 22 et 26) ;
- 21 - Nuptialité - Natalité.

La Mutuelle a aussi pour objet :

- d'accepter en réassurance les engagements mentionnés ci-dessus au titre des branches 1, 2, 20 et 21 ;
- de se substituer intégralement aux mutuelles ou unions qui le demanderont, dans les conditions prévues par l'article L. 211-5 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut :

- créer une ou plusieurs autre(s) mutuelle(s), notamment pour gérer des réalisations sanitaires et sociales et pourra créer ou adhérer à une union de groupe mutualiste définie à l'article L. 111-4-1 du Code de la Mutualité ou à une union mutualiste de groupe définie à l'article L. 111-4-2 du Code de la Mutualité ;
- intégrer une structure de groupe (notamment une Société de Groupe Assurantiel de Protection Sociale définie à l'article L. 931-2-2 du Code de la Sécurité sociale, une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle définie aux articles L. 322-1-2 et L. 322-1-3 du Code des assurances) et un ou plusieurs Groupement(s) d'Intérêt Economique ;
- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance ;
- déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion des contrats collectifs ou individuels dans le respect des principes définis par l'Assemblée Générale ;
- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.

Dans tous les actes et documents de la Mutuelle et, notamment, ses Règlements Mutualistes, bulletins d'adhésion ou contrats collectifs ainsi que dans tous les documents à caractère contractuel ou publicitaire, la dénomination sociale doit être accompagnée de la mention « Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité ».

Article 3 : Respect de l'objet de la Mutuelle

Les organes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité.

Article 4 : Élection de domicile

Le siège social de la Mutuelle est fixé au 25 place de la Madeleine 75008 Paris.

Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision de l'Assemblée Générale et sous réserve des dispositions en vigueur.

CHAPITRE 2 - RELATIONS ENTRE LA MUTUELLE ET SES MEMBRES

SECTION I - COMPOSITION DE LA MUTUELLE ET CATÉGORIES DE BÉNÉFICIAIRES

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

Article 5 : Membres participants et honoraires

Les membres participants sont des personnes physiques qui bénéficient des prestations de la Mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Le bénéfice des prestations est subordonné au paiement d'une cotisation dont les modalités de versement sont prévues par les dispositions contractuelles dont relèvent les membres participants.

A leur demande, les mineurs de plus de seize (16) ans peuvent être membres participants de la Mutuelle sans intervention de leur représentant légal.

La Mutuelle admet comme membres honoraires des personnes physiques qui versent des cotisations, des contributions ou font des dons sans contrepartie de prestations.

La Mutuelle peut également admettre, comme membres honoraires, des personnes morales ou employeurs souscrivant des contrats collectifs.

Article 6 : Ayants droit

Sont considérés comme ayants droit de l'adhérent, sous réserve des dispositions spécifiques prévues dans les documents contractuels :

- le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin vivant maritalement avec l'affilié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'affilié et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés).

Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'affilié et de son concubin, devra être adressée à la Mutuelle ;

- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), sur présentation d'une copie d'un récépissé de l'enregistrement du PACS ou d'une copie de la convention ;
- les enfants à charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la Sécurité sociale mais également les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28^e anniversaire justifiant de la qualité :
 - d'apprenti ;
 - les étudiants ;
 - de chercheur d'emploi ;
 - de personne handicapée ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % et ne pouvant prétendre au versement de l'allocation aux adultes handicapés ;
 - de bénéficiaire d'un contrat de professionnalisation ;
 - de bénéficiaire d'un contrat d'insertion ;
- à la demande expresse du représentant légal, les ascendants, descendants et collatéraux vivants sous le toit du membre participant et à sa charge.

SECTION II - ADHÉSION

Article 7 : Engagements réciproques

L'engagement réciproque du membre participant ou du membre honoraire et de la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou, le cas échéant, de la souscription d'un contrat collectif.

Article 8 : Modalités d'adhésion

Aucune limitation d'âge n'est fixée pour l'adhésion, sous réserve des exceptions prévues aux Règlements Mutualistes de la Mutuelle.

Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion et reçoit copie des Statuts et du Règlement Mutualiste de la Mutuelle correspondant à la garantie souscrite. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions statutaires et des droits et obligations définis par les Règlements Mutualistes. Par dérogation aux alinéas précédents, les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

SECTION III - RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION

Article 9 : Résiliation faite auprès de la Mutuelle

A) Opérations individuelles :

La résiliation de l'adhésion est opérée dans les conditions, formes et délais fixés par les Règlements Mutualistes.

Sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, la résiliation de l'adhésion à la garantie entraîne, à la date d'échéance fixée au Règlement, la perte de la qualité de membre participant.

Toute cotisation versée par l'adhérent reste acquise à la Mutuelle, sous réserve des dispositions de l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité.

La démission n'exonère pas l'adhérent du paiement des cotisations émises en cours d'année, sans possibilité d'exiger le paiement prorata temporis.

B) Opérations collectives :

La résiliation de l'adhésion à un contrat collectif s'effectue dans les conditions, formes et délais fixés par le contrat.

Elle entraîne, à la date d'échéance prévue au contrat, la perte de la qualité de membre honoraire pour l'employeur ou la personne morale et, pour les membres participants affiliés, la perte de la qualité de membres participants, sous réserve, pour ces derniers, des dispositions contractuelles leur permettant le maintien de tout ou partie de la couverture.

Article 10 : Radiation

Sont radiés les membres ne remplissant plus les conditions auxquelles les présents Statuts subordonnent l'admission, ainsi que les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-17 et L.223-19 du Code de la Mutualité.

Article 11 : Effets de la résiliation et de la radiation

La résiliation de l'adhésion et la radiation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des dispositions de l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, ni après la décision de radiation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Article 12 : Modalités d'exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle, notamment en cas de fausse déclaration, de fraude ou de tentative de fraude avérée.

L'exclusion du membre est notifiée à ce dernier par lettre recommandée signée par le Président du Conseil d'Administration.

L'exclusion est d'application immédiate au jour de la première présentation du courrier par la Poste.

Cette décision est portée à la connaissance du Conseil d'Administration.

Article 13 : Conséquences de l'exclusion

L'exclusion n'emporte pas renonciation par la Mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en vigueur à l'encontre du membre exclu. L'exclusion ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

SECTION IV - RÈGLEMENTS MUTUALISTES

Article 14 : Les Règlements Mutualistes

Les Règlements Mutualistes adoptés par le Conseil d'Administration conformément à l'article L. 114-17 du Code de la Mutualité, définissent le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Ces Règlements Mutualistes pourront prendre comme dénomination « RÈGLEMENTS MUTUALISTES » ou « CONDITIONS GÉNÉRALES ».

TITRE II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I - COMPOSITION - CONDITIONS ET MODALITÉS D'ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

Article 15 : Composition de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale de la Mutuelle est composée des délégués élus par les sections de vote.

Article 16 : Définition des collèges et des sections de vote ou de désignation

Les membres participants et les membres honoraires élisent ou désignent leurs délégués titulaires et leurs délégués suppléants dans le respect des conditions fixées par les dispositions de l'article L. 114-6 du Code de la Mutualité.

Pour ce faire, les membres participants et les membres honoraires sont répartis en trois (3) collèges, chaque collège se déclinant en section(s) de vote ou de désignation. L'étendue et la composition des sections sont définies par le Conseil d'Administration et arrêtées dans le règlement de vote tel que visé à l'article 17 des Statuts.

Les trois (3) collèges sont les suivants :

- Le collège individuel, constitué de membres participants adhérant à la Mutuelle à titre individuel, à l'intérieur duquel il est procédé à l'élection, dans le cadre d'une section de vote unique, de trente-quatre (34) délégués titulaires et de trente-quatre (34) délégués suppléants se répartissant comme suit :

- un délégué titulaire et un délégué suppléant par tranche de deux mille cinq cents (2 500) membres participants pour un effectif compris entre un (1) et quatre vingt deux mille cinq cents (82 500) membres ;
- et au-delà de quatre vingt deux mille cinq cents (82 500) membres participants, il est procédé à l'élection d'un seul délégué titulaire et d'un seul délégué suppléant représentant cette tranche ;

- Le collège collectif facultatif, constitué de membres honoraires, personnes morales ayant souscrit un contrat collectif facultatif et de membres participants, personnes physiques affiliées au contrat collectif à titre facultatif. Au sein du collège collectif facultatif, il est procédé à la désignation de trois (3) délégués titulaires et de trois (3) délégués suppléants représentant la section des membres honoraires et de trois (3) délégués titulaires et de trois (3) délégués suppléants représentant la section des membres participants affiliés à titre facultatif.

- Le collège collectif obligatoire, constitué de membres honoraires, personnes morales ayant souscrit un contrat collectif obligatoire et de membres participants, personnes physiques affiliées au contrat collectif à titre obligatoire. Au sein du collège collectif obligatoire, il est procédé à la désignation de deux (2) délégués titulaires et de deux (2) délégués suppléants représentant la section des membres honoraires et de deux (2) délégués titulaires et deux (2) délégués suppléants représentant la section des membres participants affiliés à titre obligatoire

L'effectif à prendre en compte pour la détermination du nombre de délégués titulaires et de délégués suppléants à élire dans le cadre de la section de vote du collège individuel est celui des membres participants inscrits à l'effectif au trente et un (31) octobre de l'année précédant l'élection des délégués.

Le règlement de vote définit notamment les critères objectifs qui permettent de désigner les délégués de chaque collège collectif.

Article 17 : Élection et désignation des délégués

17.1. Modalités d'élection des délégués

Conformément aux dispositions de l'article 16 des Statuts, les délégués de la Mutuelle sont répartis en trois (3) collèges. Seul le collège individuel repose sur un mode électoral des délégués.

Un règlement de vote est adopté par le Conseil d'Administration de la Mutuelle. Il a pour objet de définir les modalités nécessaires à l'organisation de l'élection et de la désignation des délégués des différentes sections, de préciser l'étendue et la composition de ces dernières ainsi que d'arrêter le calendrier de l'ensemble du processus électoral.

En ce qui concerne le collège individuel, les membres participants qui en relèvent élisent parmi eux, au sein de leur section de vote, et selon les mêmes modalités, leurs délégués titulaires et leurs délégués suppléants. Cette élection se déroule par correspondance et/ou, le cas échéant, par voie électronique sur décision du Conseil d'Administration. Les modalités de vote sont indiquées dans le règlement de vote. Elles doivent garantir le secret et la liberté de vote ainsi que la sincérité des opérations électorales.

En ce qui concerne les deux (2) autres collèges, collège collectif facultatif et collège collectif obligatoire, la désignation du nombre des délégués titulaires et du nombre des délégués suppléants s'opère sur la base des critères définis par le Conseil d'Administration, inscrits dans le règlement de vote.

Chaque délégué dispose d'une (1) seule voix à l'Assemblée Générale.

17.2. Conditions d'éligibilité des délégués

17.2.1. Pour être candidat à la fonction de délégué du collège individuel, tout membre participant doit, au jour de l'élection ou du renouvellement des délégués :

- Etre rattaché à sa section
- Etre âgé d'au moins dix-huit (18) ans
- Jouir de ses droits civiques et n'être dans aucun cas d'incapacité prévu dans les textes
- A jour du paiement de ses cotisations
- Etre membre participant depuis un (1) an
- Avoir fait acte de candidature dans les conditions fixées à l'article 4.4 du règlement de vote

17.2.2. Pour être candidat à la fonction de délégué du collège collectif facultatif et du collège collectif obligatoire, tout membre honoraire doit être représenté par une personne physique devant justifier de sa qualité de représentant légal de la personne morale souscriptrice.

17.2.3. Pour être candidat à la fonction de délégué du collège collectif facultatif ou du collège collectif obligatoire, tout membre participant doit justifier de son affiliation à un membre honoraire relevant du collège considéré.

Les appels à candidatures auprès des membres, les conditions de dépôt de celles-ci et les modalités de vote sont fixées dans le règlement de vote qui est porté à leur connaissance lors de l'organisation du renouvellement des délégués par la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration nomme parmi ses membres une Commission électorale qui veillera à la bonne application du règlement de vote et qui statuera sur le bien-fondé des réclamations.

SECTION II - LES DÉLÉGUÉS

Article 18 : Durée du mandat

Les délégués sont élus pour six (6) ans.

Tout délégué, à la fin de son mandat, reste en poste jusqu'à sa réélection ou l'élection de son successeur, qui interviendra au plus tard le 31 décembre de l'année au cours de laquelle ledit mandat a pris fin.

En cas d'augmentation significative du nombre d'adhérents, en raison notamment d'un transfert de portefeuille ou d'une opération de fusion ou de scission comportant un transfert de portefeuille au profit de la Mutuelle, il peut être procédé, sur décision du Conseil d'Administration, à l'élection de délégués supplémentaires appelés à représenter les adhérents issus de cette opération, dans les conditions prévues dans le règlement de vote.

A titre dérogatoire, et en cas d'élection de délégués supplémentaires, la durée du premier mandat de ces délégués ainsi élus prendra fin en même temps que le mandat des délégués en poste.

Article 19 : Statut des délégués

19.1. Rôle des délégués

Les délégués élus et désignés participent aux Assemblées Générales de la Mutuelle dans les conditions définies à l'article 21 des Statuts.

Ils délibèrent sur toutes les questions qui relèvent de la compétence de l'Assemblée Générale telles que définies à l'article 24 des Statuts.

Dans leur rôle de représentation des membres de la Mutuelle ils peuvent soumettre des questions à l'Assemblée Générale dans le respect des modalités fixées à l'article 23 des Statuts.

19.2. Vacance en cours de mandat d'un délégué titulaire de section

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un délégué titulaire, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant de la même section, ayant obtenu le plus grand nombre de voix, pour la durée du mandat du délégué titulaire restant à courir.

Dans le cas de plusieurs vacances, les délégués suppléants sont classés par ordre décroissant en fonction du nombre de voix obtenu, le premier délégué suppléant étant celui ayant obtenu le plus grand nombre de voix.

En l'absence de suppléant dans la section considérée, il est procédé avant la prochaine Assemblée Générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

19.3. Suppléance en cas d'absence d'un délégué titulaire à l'Assemblée Générale et procuration

Chaque délégué titulaire dispose d'une (1) voix dans les votes à l'Assemblée Générale.

Toutefois, le délégué titulaire absent physiquement lors de l'Assemblée Générale, peut donner pouvoir de vote en ses lieux et place à un autre délégué titulaire ou suppléant.

Il appartient au délégué titulaire de faire connaître son empêchement au Président de la Mutuelle.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-2 du Code de la Mutualité, le délégué titulaire, empêché d'assister à l'Assemblée Générale, devra remplir une formule de vote et l'adresser au délégué qu'il choisit de mandater.

Le nombre de mandats réunis par un même délégué ne peut excéder deux (2).

Toutefois, lorsque le Conseil d'Administration a opté pour un vote des délégués titulaires par correspondance ou pour un vote par voie électronique, les modalités en sont déterminées à l'article 27 des Statuts.

SECTION III - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 20 : Périodicité des réunions

L'Assemblée Générale se réunit au moins une (1) fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration. À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance 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.

Article 21 : Modalités d'admission aux Assemblées Générales

Les Assemblées Générales réunissent les délégués titulaires des sections de vote définies par l'article 16 des Statuts. Chaque délégué titulaire dispose d'une (1) seule voix à l'Assemblée Générale.

Peuvent également assister aux Assemblées Générales, sans droit de vote :

- les délégués suppléants ;
- les salariés non délégués de la Mutuelle invités par le Conseil d'Administration, par voie de note interne.

Le Président peut également inviter à l'Assemblée Générale toute personne extérieure en qualité d'auditeur.

Article 22 : Modalités de convocation

Les délégués à l'Assemblée Générale sont convoqués individuellement par le Président du Conseil d'Administration quinze (15) jours au moins avant la date de la réunion. La convocation est faite par lettre ordinaire ou par courrier électronique adressé(e) à chaque délégué, à sa dernière adresse connue et selon les modalités prévues par la réglementation en vigueur.

Conformément à l'article 27 des Statuts, lorsque le Conseil d'Administration fait le choix d'un vote des délégués par correspondance, la convocation indique les conditions dans lesquelles cette faculté peut être exercée et les lieux et conditions dans lesquels les délégués peuvent obtenir les formulaires nécessaires et les documents qui y sont annexés. A cette convocation sont joints les documents prévus par le Code de la Mutualité.

Autres convocations :

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le Conseil ;
2. le ou les commissaire(s) aux comptes ;
3. l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un ou plusieurs membre(s) participant(s) ;
4. un administrateur provisoire nommé par l'ACPR, à la demande des dirigeants de la Mutuelle, ou d'un ou plusieurs membre(s) participant(s) ;
5. le ou les liquidateur(s).

À défaut, le Président du Tribunal de Grande Instance peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 23 : Ordre du jour

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est fixé par l'auteur de la convocation. Toutefois, un quart au moins des délégués peut requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale des projets de résolutions, selon les modalités prévues par le Code de la Mutualité.

Les demandes doivent être adressées au Président par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception ou encore déposées au siège de la Mutuelle contre récépissé, et reçues au plus tard cinq (5) jours ouvrés avant la date de tenue de l'Assemblée Générale.

Le Président du Conseil d'Administration, ou toute autre personne habilitée, accuse réception de cette question qui doit être communiquée aux administrateurs.

Article 24 : Attributions de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale :

- se prononce sur le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent, sur les comptes combinés ou consolidés de l'exercice, le cas échéant, ainsi que sur le rapport de gestion du groupe et sur le rapport spécial des commissaires aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du Code de la Mutualité ;
- procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle est également appelée à se prononcer sur :

- les activités exercées ;
- le montant du fonds d'établissement ;
- les règles générales qui régissent les opérations individuelles et collectives ;
- la modification des Statuts ;
- le transfert de portefeuille ;
- les principes directeurs en matière de réassurance ;
- l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération ;
- la fusion ou la scission, les apports faits aux mutuelles et unions ;
- la dissolution de la Mutuelle ;
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
- la création d'une mutuelle ou d'une union ;
- la nomination des commissaires aux comptes ;
- la définition des principes que doivent respecter les délégations de gestion accordées par la Mutuelle ;
- toute question relevant de sa compétence en application des textes légaux en vigueur.

Article 25 : Bureau de vote

Lors de chaque Assemblée Générale, il est procédé, en début de séance, sur proposition du Président de séance, à la désignation de trois (3) scrutateurs dont deux (2) choisis obligatoirement parmi les délégués.

Les trois (3) scrutateurs, désignés en début de séance, choisissent parmi eux leur Président.

Ils sont chargés de contrôler les opérations de vote et d'en assurer la régularité. Ils vérifient la qualité de chaque votant, veillent à ce que les délégués participant au vote émargent la feuille d'émargement prévue à cet effet.

En cas de vote à bulletins secrets, les scrutateurs procèdent au dépouillement et totalisent le nombre de voix obtenu pour chaque point porté à l'ordre du jour.

Article 26 : Déroulement des travaux

Le Président de séance peut, avant l'ouverture des travaux, demander la modification de l'ordre des questions inscrites à l'ordre du jour. Le Président de séance de l'Assemblée en informe l'ensemble des délégués présents en début de séance et l'inscrit à l'ordre du jour.

Le rapport de gestion du Conseil d'Administration, établi par le Secrétaire général, doit être approuvé par les membres dudit Conseil lors de la dernière réunion qui précède l'Assemblée Générale.

Des salariés de la Mutuelle peuvent être invités, compte tenu de leur fonction ou de la technicité des questions traitées, à présenter des points figurant à l'ordre du jour des Assemblées Générales.

Les travaux de l'Assemblée Générale sont enregistrés et un procès-verbal en est établi pour approbation par la prochaine Assemblée.

Article 27 : Opérations de vote

27.1. Principes

Les votes portant sur les questions relevant de la compétence de l'Assemblée Générale, conformément à l'article 24 des Statuts, ont lieu à main levée ou par appel nominatif des délégués, au choix du Président de séance.

Les délégués titulaires, non présents à l'Assemblée Générale, peuvent cependant voter par procuration, dans les conditions définies à l'article 19.3 des Statuts.

Cependant, la majorité des délégués, présents ou représentés, peut demander un vote à bulletins secrets sur des questions importantes engageant l'avenir de la Mutuelle, à savoir :

- le transfert de portefeuille au profit d'un autre groupement ;
- la fusion, scission ou la dissolution de la Mutuelle.

27.2. Modalités de vote à bulletin secret

En cas de vote à bulletin secret, le Président ordonne une suspension de séance et invite les scrutateurs à procéder aux opérations de vote. Pour ce faire, il est mis à disposition des délégués :

- deux (2) urnes,
- des bulletins de vote comportant :
 - la dénomination de la Mutuelle ;
 - la date de l'Assemblée Générale et l'objet du vote ;
 - selon les cas, des cases « pour », « contre », « abstention », permettant aux délégués d'exprimer leur choix ;
 - en cas d'élection d'administrateurs, le nombre de sièges à pourvoir ;
 - et, enfin, une mention relative à la nullité des bulletins de vote rayés, raturés ou contenant plus de noms que de postes à pourvoir.
- une feuille d'émargement portant mention des noms, prénoms et des sections de rattachement des délégués présents et représentés.

Au terme des opérations de vote, les scrutateurs procèdent au dépouillement des votes. Les scrutateurs s'assurent que les bulletins retirés des urnes correspondent au nombre d'émargements. Ils totalisent ensuite les suffrages obtenus par les candidats ou la résolution soumise au vote. Les résultats du vote, consignés dans le procès-verbal établi à cet effet et signé par les scrutateurs, sont proclamés sur le champ par le Président du Bureau de vote.

Le vote à bulletin secret peut également s'effectuer par le biais d'un boîtier de vote électronique sécurisé assurant l'anonymat du délégué et respectant le secret du vote et la sincérité du scrutin.

Ce boîtier permet à chaque délégué de voter pour chacune des résolutions dans l'ordre de leur présentation en leur offrant la possibilité d'exprimer, pour chaque résolution, un vote favorable ou un vote défavorable ainsi qu'une abstention.

27.3. Modalités de vote par voie électronique et/ou par correspondance

Le Conseil d'Administration peut opter pour un vote des délégués :

- par voie électronique dans le respect du secret de vote et de la sincérité du scrutin ;
- et/ou par correspondance.

Afin de mettre en œuvre ces modalités de vote, le Conseil d'Administration peut faire appel aux services d'un prestataire externe qui se chargera de fabriquer et d'expédier le matériel de vote, sous la responsabilité de la Mutuelle.

Le matériel de vote est adressé aux délégués titulaires et présente sur un même courrier les informations leur permettant de voter par internet et/ou par correspondance.

Le matériel de vote devra parvenir aux délégués au plus tard quinze (15) jours avant la date fixée par le Conseil d'Administration pour la fin de la période de vote.

Le matériel comprendra le dossier de présentation des résolutions ainsi que chaque résolution sur laquelle chaque délégué titulaire sera appelé à se prononcer.

Il comprendra également une lettre de présentation exhaustive du mode opératoire du vote selon qu'il s'agisse du vote par voie électronique (internet), du vote par correspondance ou encore des deux. Dans cette dernière hypothèse, si le délégué dispose du choix de voter soit par internet, soit par correspondance, en cas de double vote, le vote par internet prévaut sur le vote par correspondance.

S'agissant du vote par voie électronique, une aide en ligne sera accessible selon une adresse mentionnée dans la lettre de présentation des opérations de vote.

S'agissant du vote par correspondance, le formulaire de vote par correspondance permet un vote sur chacune des résolutions dans l'ordre de leur présentation et offre au délégué la possibilité d'exprimer, sur chaque résolution, un vote favorable ou défavorable à son adoption ou sa volonté de s'abstenir de voter.

Est annexé au formulaire de vote par correspondance, le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs.

Le formulaire de vote par correspondance comporte l'indication de la date avant laquelle il doit être reçu par la Mutuelle pour qu'il en soit tenu compte, cette dernière ne pouvant être antérieure de plus de trois (3) jours à la date de la réunion de l'Assemblée Générale, conformément à l'article R. 114-1 du Code de la Mutualité.

Ce formulaire de vote par correspondance adressé à la Mutuelle vaut pour l'Assemblée Générale tenue sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

L'organisation, le suivi et la proclamation des résultats des votes électroniques et/ou par correspondance sont placés sous la responsabilité du Bureau de vote, chargé de veiller à la régularité des votes.

Article 28 : Modalités de délibération

L'Assemblée Générale ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut en toute circonstance :

- révoquer un ou plusieurs membre(s) du Conseil d'Administration et procéder à son(leur) remplacement ;
- prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

Lorsqu'une Assemblée Générale n'a pas pu délibérer régulièrement faute de quorum requis, une deuxième Assemblée est convoquée dans les mêmes formes et délibère comme indiqué à l'article 29 des Statuts.

Article 29 : Validité des délibérations

Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées

- I. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des Statuts, les activités exercées, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués, présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique dans les conditions prévues à l'article L. 114-13 du Code de la Mutualité, est au moins égal à la moitié du total des délégués.
- II. À défaut, une seconde Assemblée Générale sera convoquée et délibérera valablement, si le nombre de ses délégués, présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique dans les conditions prévues à l'article L. 114-13 du Code de la Mutualité, représente au moins le quart du total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués ayant exprimé leur suffrage.

Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simples pour être adoptées

- III. Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I. ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués, présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique dans les conditions prévues à l'article L. 114-13 du Code de la Mutualité, est au moins égal au quart du total des délégués.
- IV. À défaut, une seconde Assemblée Générale sera convoquée et délibérera valablement, quel que soit le nombre de ses délégués, présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique dans les conditions prévues à l'article L. 114-13 du Code de la Mutualité. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués ayant exprimé leur suffrage.

Article 30 : Effet des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres, sous réserve de leur conformité aux dispositions du Code de la Mutualité. Les modifications du montant des cotisations, ainsi que des prestations, sont applicables à la date fixée par le Conseil d'Administration et sous réserve de conformité avec le Règlement Mutualiste.

Article 31 : Procès-verbaux d'Assemblées Générales

Les délibérations des Assemblées Générales sont constatées dans des procès-verbaux. Ils indiquent la date et le lieu de la réunion, le mode de convocation, la composition du Bureau de vote, le nombre de délégués présents et représentés, les modalités de vote et le quorum atteint, le résumé des débats, le texte des résolutions mises aux voix et le résultat des votes.

Ils font état, le cas échéant, de la convocation et de la présence ou de l'absence des commissaires aux comptes.

Les procès-verbaux sont soumis, pour approbation, à la réunion suivante de l'Assemblée Générale, puis signés par le Président de séance pour être ensuite consignés sur un registre tenu au siège de la Mutuelle.

Les copies ou extraits des procès-verbaux sont valablement certifiés par le Président du Conseil d'Administration. Ils peuvent aussi être certifiés conformes par un autre administrateur ayant assisté à l'Assemblée Générale.

En cas d'absence ou d'empêchement des personnes susvisées, ils sont certifiés conformes par le Dirigeant opérationnel.

Article 32 : Contestations relatives aux Assemblées Générales

Toute contestation relative aux Assemblées Générales est traitée par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Les contestations doivent être formulées par déclaration écrite adressée au Président du Conseil d'Administration dans les quinze (15) jours qui suivent la réunion de l'Assemblée Générale.

Pour rendre sa décision, le Conseil d'Administration se réunit, à l'initiative du Président du Conseil d'Administration, dans le délai de quinze (15) jours suivant la réception de la lettre. À cette occasion, il est mis à sa disposition tous les documents relatifs à ladite Assemblée, ainsi que les enregistrements sonores effectués lors de celle-ci. Le demandeur ou tout autre personne, salarié(e) ou non de la Mutuelle, peut être invité(e) par le Conseil d'Administration pour être entendu(e) sur les faits contestés.

Les décisions du Conseil d'Administration sont prises à la majorité des suffrages exprimés, et notifiées dans les huit (8) jours qui suivent sa réunion au demandeur et aux administrateurs.

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

CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I - RÈGLEMENTS - COMPOSITION - ÉLECTION

Article 33 : Règlement intérieur du Conseil d'Administration

En complément des Statuts, un règlement intérieur du Conseil d'Administration définit les principales règles de bonne conduite que s'engagent à respecter le Conseil d'Administration dans son ensemble et chaque administrateur individuellement.

Instrument au service de la gouvernance de la Mutuelle, il formalise le fonctionnement, l'organisation et les règles auxquelles s'astreignent les membres du Conseil d'Administration.

Il est complété d'un Code de déontologie des administrateurs qui précise les droits, devoirs et responsabilités auxquels s'exposent les administrateurs dans l'exercice de leur fonction.

Ces documents, destinés aux seuls administrateurs ou candidats aux fonctions d'administrateur, sont adoptés et modifiés par décision du Conseil d'Administration.

Article 34 : Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé d'au minimum quatorze (14) membres et d'au maximum dix-sept (17) membres, élus par l'Assemblée Générale, parmi les membres participants et honoraires de la Mutuelle.

Les membres participants représentent au moins les deux tiers du Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration ne peut être composé, pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe 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 dans les conditions visées à l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité.

Article 35 : Conditions requises pour être administrateur

Pour être éligibles au Conseil d'Administration, les membres participants et éventuellement les membres honoraires doivent :

- être âgés de plus de dix-huit (18) ans révolus à la date de l'élection ;
- ne pas être frappés de l'une des incapacités prévues au Code de la Mutualité ;
- pour les membres participants, être à jour de leurs cotisations à la date de l'élection.

La perte de cette qualité, et ce, quelle qu'en soit la cause, entraîne « ipso facto » la perte de la qualité d'administrateur ;

- ne pas avoir été salariés de la Mutuelle ou de personnes morales avec lesquelles elle constitue un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité, au cours des trois (3) années précédant l'élection ;
- disposer de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience nécessaires ;
- et plus généralement, respecter les dispositions législatives, réglementaires et statutaires applicables.

Article 36 : Candidature aux fonctions d'administrateur

Les candidatures aux fonctions d'administrateur des membres participants et honoraires qui remplissent les conditions fixées à l'article 35 des Statuts, doivent être confirmées par le postulant à l'aide d'un imprimé prévu à cet effet et qui lui est adressé sur sa demande. Cet imprimé, dûment rempli et signé, doit être adressé au Président de la Mutuelle un (1) mois avant l'Assemblée Générale.

Article 37 : Limite d'âge

Le nombre des membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge, fixée à soixante-dix (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 cet administrateur nouvellement élu.

Article 38 : Modalités d'élections

Les membres du Conseil sont élus par l'Assemblée Générale, au scrutin uninominal majoritaire à un (1) tour dans des conditions garantissant le secret du vote.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au candidat dont l'élection permet d'atteindre l'objectif de parité prévu à l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité. Si l'objectif est déjà atteint ou ne peut être atteint à défaut de candidatures suffisantes, l'élection est acquise au plus âgé.

Article 39 : Durée du mandat

Les administrateurs sont élus pour une durée de six (6) ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs.

D'une façon générale, tout administrateur, à la fin de son mandat de six (6) ans, reste en poste jusqu'à sa réélection ou l'élection de son successeur.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent leur qualité de membre participant ou honoraire ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions fixées par l'article 37 ;
- lorsqu'ils ne respectent plus les conditions d'éligibilité prévues :
 - lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions des paragraphes I et III de l'article L. 114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul, ils présentent dans les trois (3) mois de leur nomination leur démission ou, à l'expiration de ce délai, sont déclarés démissionnaires d'office ;
 - lorsqu'ils font l'objet d'une condamnation entraînant l'interdiction d'exercer la fonction d'administrateur conformément à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité.

Dans cette hypothèse, ils présentent dans un délai d'un (1) mois à compter de la date à laquelle la décision est devenue définitive leur démission ou, à l'expiration de ce délai, ils sont déclarés radiés du Conseil d'Administration.

Article 40 : Honorariat

L'honorariat est conféré aux anciens administrateurs de la Mutuelle après décision des deux tiers du Conseil d'Administration. Ils peuvent être conviés aux Assemblées Générales et aux réunions du Conseil d'Administration, avec voix consultative, sur invitation du Président.

Article 41 : Renouvellement

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu par tiers tous les deux (2) ans. Les membres sortants sont rééligibles. En cas de renouvellement complet, le Conseil d'Administration procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 42 : Vacance

En cas de décès, de démission, de perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire d'un administrateur ou de cessation de mandat suite à une décision d'opposition de l'ACPR, en application de l'article L. 612-23-1 du Code Monétaire et Financier, le Conseil d'Administration peut, entre deux Assemblées Générales, nommer à titre provisoire des administrateurs, en vue de compléter l'effectif du Conseil d'Administration.

Les nominations effectuées par le Conseil d'Administration en vertu des dispositions ci-devant sont soumises à la ratification de la plus prochaine Assemblée Générale.

Si la nomination n'était pas ratifiée par l'Assemblée Générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

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

SECTION II - LE PRÉSIDENT

Article 43 : Élection, durée du mandat et révocation

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres, en qualité de personne physique, un Président.

Le Président est élu au scrutin uninominal majoritaire à un (1) tour, dans des conditions garantissant le secret du vote, par les membres du Conseil d'Administration, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration.

Le Président est élu pour une durée de six (6) ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible. Il peut être révoqué à tout moment par ledit Conseil.

Article 44 : Décès, démission, révocation

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du Président ou de cessation de son mandat suite à une décision d'opposition de l'ACPR, en application de l'article L. 612-23-1 du Code Monétaire et Financier, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection.

Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le premier Vice-Président, à défaut le deuxième Vice-Président, à défaut le Vice-Président le plus ancien dans la fonction, ou à défaut, par l'administrateur le plus ancien dans la fonction.

Celui-ci, dans l'intervalle, assure les fonctions de Président par intérim à l'exception de celles qui relèvent de ses attributions de dirigeant effectif de la Mutuelle.

Article 45 : Attributions du Président

Le Président :

- organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale ;
- convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour ;
- informe le Conseil des procédures engagées en application des sections 6 et 7 du Chapitre II du Titre 1^{er} du Livre VI du Code Monétaire et Financier ;
- s'assure de la communication aux administrateurs de toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de leurs missions et veille à la mise en place des actions de formation visées par l'article L. 114-25 du Code de la Mutualité ;

- veille :
 - à ce que l'ensemble des administrateurs respecte les règles et devoirs décrits dans le règlement intérieur du Conseil d'Administration et dans le Code de Déontologie et, le cas échéant, sanctionne les manquements constatés, après avis du bureau ou du Conseil d'Administration ; les sanctions d'un manquement sont décrites dans le règlement intérieur du Conseil d'Administration ;
 - à ce que les remboursements de frais et indemnités alloués aux administrateurs soient conformes aux prescriptions du Code de la Mutualité et aux conditions prévues aux Statuts ;
 - au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle ;
- informe les commissaires aux comptes et le Conseil d'Administration de toutes conventions intervenant entre la Mutuelle et ses administrateurs et/ou ses dirigeants dans les conditions prévues aux articles L. 114-32 et L. 114-33 du Code de la Mutualité ;
- engage les recettes et les dépenses ;
- représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. A l'égard des tiers, la Mutuelle est engagée même par les actes du Président qui ne relèvent pas de l'objet de la Mutuelle, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances.
- est compétent pour ester en justice au nom de la Mutuelle, en demande comme en défense ;
- assure la représentation de la Mutuelle auprès des instances fédérales.

Et, d'une façon générale, effectue tout autre acte défini par le Code de la Mutualité et les Statuts de la Mutuelle et ce, dans la limite de ceux qui sont expressément attribués au Conseil d'Administration et à l'Assemblée Générale par les dispositions législatives, réglementaires et statutaires applicables.

Article 46 : Les Vice-Présidents

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle élit un premier Vice-Président, un deuxième Vice-Président et trois (3) Vice-Présidents. Les premier et deuxième Vice-Présidents ou les Vice-Présidents secondent le Président. En cas d'empêchement du Président ce dernier est suppléé dans ses fonctions avec les mêmes pouvoirs, à l'exception de celles qui relèvent de ses attributions de dirigeant effectif de la Mutuelle, par le premier Vice-Président, à défaut le deuxième Vice-Président, à défaut le Vice-Président le plus ancien dans la fonction. Si l'empêchement du Président est durable, le Conseil d'Administration pourvoit à son remplacement.

SECTION III - RÉUNIONS

Article 47 : Périodicité

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président chaque fois que la situation de la Mutuelle l'exige et au moins trois (3) fois par an.

Article 48 : Convocation du Conseil

En application de l'article 47 des Statuts, le Président convoque le Conseil d'Administration au moyen d'une lettre simple ou d'un courrier électronique adressé(e) à chacun des administrateurs, quinze (15) jours au moins avant la réunion, indiquant l'ordre du jour de la réunion.

Toutefois, en cas d'urgence, la convocation peut être faite sans délai et même verbalement. Le Président reste seul juge de l'urgence de la situation.

Le Conseil se réunit au siège de la Mutuelle ou en tout autre endroit indiqué dans la lettre de convocation.

L'ordre du jour du Conseil est arrêté par le Président.

Tout administrateur peut demander, par lettre recommandée ou pli déposé contre récépissé dans les cinq (5) jours qui précèdent le Conseil, l'inscription de telle ou telle question particulière à l'ordre du jour ou l'inversion de points de l'ordre du jour. En cas de non-respect de ce délai, pour ce qui concerne l'inscription d'une question particulière à l'ordre du jour, l'examen de ladite question est reporté à la séance suivante.

Article 49 : Devoir de réserve

Les administrateurs, ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration, sont tenus au devoir de réserve à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le Président du Conseil.

Les représentants du personnel sont tenus au secret professionnel édicté par l'article L. 2315-3 du Code du travail.

Article 50 : Personnes habilitées à participer au Conseil d'Administration

Le Dirigeant opérationnel et les membres qu'il désigne participent aux réunions du Conseil, sans droit de vote.

Le Conseil d'Administration admet également en son sein les commissaires aux comptes de la Mutuelle.

Il peut demander à entendre à titre consultatif tout expert de son choix.

Enfin, deux (2) représentants des salariés assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration.

Ces représentants des salariés au Conseil d'Administration sont élus parmi les salariés justifiant d'au moins un (1) an d'ancienneté au sein de Mutuelle Bleue conformément à l'article L. 114-16-2 du Code de la Mutualité et à l'article 51 des Statuts.

Article 51 : Élection des représentants des salariés

➤ Modalité d'élection

Les salariés, dont le contrat de travail est antérieur de trois (3) mois au sein de la Mutuelle à la date de l'élection, élisent deux (2) salariés chargés de les représenter au Conseil d'Administration.

Les représentants des salariés sont élus par les seuls salariés de la Mutuelle dans les conditions garantissant le secret du vote.

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 (1).

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

Chaque nouvelle élection des représentants des salariés aura lieu avant l'expiration du mandat des représentants en fonction.

Ce scrutin est annoncé par la Direction au moins trente (30) jours pleins avant la date des élections par tout moyen. Pendant ce délai, la liste des électeurs, établie par la Direction, est tenue à la disposition du personnel intéressé.

La liste des candidats sera affichée dix (10) jours au moins avant la date de l'élection.

En cas de poste de représentant des salariés non pourvu, un procès-verbal de carence devra être établi.

➤ Conditions d'éligibilité

Les représentants élus par les salariés doivent être titulaires d'un contrat de travail avec la Mutuelle antérieur d'une (1) année au moins à leur élection.

Le mandat de représentant élu par les salariés est incompatible avec tout mandat de représentant du personnel de la Mutuelle. Il est également incompatible avec l'exercice de fonctions clés ou de dirigeant opérationnel. Le représentant élu par les salariés qui, lors de son élection, est titulaire d'un ou de plusieurs de ces mandats doit s'en démettre dans les huit (8) jours. A défaut, il est réputé démissionnaire de son mandat de représentant élu par les salariés.

Plus généralement, les représentants des salariés doivent respecter les dispositions législatives, réglementaires et statutaires applicables.

➤ Durée et cession du mandat

Les représentants des salariés sont élus pour une durée de quatre (4) ans.

Les représentants sortants sont rééligibles.

Tout représentant des salariés reste en poste jusqu'à sa réélection ou l'élection de son successeur.

Les représentants des salariés cessent leur fonction :

- En cas de rupture du contrat de travail ;
- En cas d'incompatibilité de mandat telle que définie à l'article L. 114-16-2 du Code de la Mutualité.

Les représentants élus par les salariés ne peuvent être révoqués que pour faute dans l'exercice de leur mandat, par décision du président du tribunal judiciaire, rendue en la forme des référés, à la demande de la majorité des membres du Conseil d'Administration.

➤ **Vacance en cours de mandat d'un représentant des salariés**

En cas de vacance en cours de mandat d'un représentant des salariés par décès, démission, révocation, rupture du contrat de travail ou pour toute autre cause que ce soit, ce dernier sera remplacé par le candidat au poste de représentant des salariés ayant obtenu le plus grand nombre de voix et permettant de respecter la parité femme/homme.

Le représentant nouvellement nommé exercera ses fonctions pendant la durée du temps restant à courir du mandat confié à son prédécesseur.

Article 52 : Délibérations du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration ne délibère que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Le Conseil d'Administration peut délibérer valablement dès que le quorum est atteint.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

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

Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance.

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-20 du Code de la Mutualité, sont réputés présents les administrateurs et les représentants des salariés qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective.

Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Les délibérations du Conseil d'Administration sont constatées dans des procès-verbaux. Ceux-ci indiquent la date et le lieu de la réunion, le mode de convocation, les noms et prénoms des administrateurs présents, excusés ou absents, le quorum atteint, un résumé des débats, le texte des résolutions mises aux voix et le résultat des votes.

Ils font état, le cas échéant, de la présence de toute autre personne ayant assisté à la réunion.

Après approbation par le Conseil d'Administration lors d'une séance suivante, ils sont transcrits sur un registre tenu au siège de la Mutuelle et signés par le Président de séance.

SECTION IV - ATTRIBUTIONS, DÉLÉGATIONS ET RESPONSABILITÉS

Article 53 : Attributions

Le Conseil d'Administration conformément au Code de la Mutualité (articles L. 114-17 et L. 114-11) :

- détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application ;
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle ;
- conformément à l'article L. 211-14 du Code de la Mutualité, nomme et révoque, sur proposition du Président du Conseil d'Administration, le Dirigeant opérationnel ; Il approuve, en application du même article, les éléments de son contrat de travail ;
- définit pour les cas où le ou les dirigeant(s) effectif(s) est(sont) absent(s) ou empêché(s), les modalités de continuité de la Direction effective ;

- adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées à l'article L. 221-2 II du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte des décisions qu'il prend en la matière à l'Assemblée Générale ;
- donne son autorisation aux conventions réglementées visées à l'article L. 114-32 du Code de la Mutualité ;
- établit chaque année un rapport qu'il présente à l'Assemblée Générale dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et des opérations de délégation de gestion ;
- arrête les comptes annuels à la clôture de chaque exercice et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la Mutualité ;
- établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée Générale ;
- approuve avant transmission à l'ACPR, chaque année, le rapport sur la solvabilité et la situation financière, le rapport régulier au contrôleur et le rapport sur l'évaluation propre des risques et de la solvabilité et les risques quantitatifs prévus par la réglementation ;
- examine, au moins une (1) fois par an, la mise en œuvre de la politique financière et les risques encourus par la Mutuelle ;
- fixe le montant des prestations et cotisations des opérations individuelles conformément à l'article L. 114-9 du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale ;
- fixe les montants ou taux de cotisations et prestations des opérations collectives dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence pour un (1) an maximum au Président ou au Dirigeant opérationnel. Il rendra compte des décisions qu'il prend en la matière à l'Assemblée Générale ;
- vote le budget ;
- approuve les politiques écrites relatives à la gestion des risques, au contrôle interne, à l'audit interne et, le cas échéant, à l'externalisation ;
- approuve les procédures préparées par le Dirigeant opérationnel définissant les conditions selon lesquelles les responsables des fonctions clé peuvent informer directement, et de leur propre initiative, le Conseil d'Administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier ;
- entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une (1) fois par an, les responsables des fonctions clés.

Le Conseil d'Administration est également compétent en matière de toutes contestations relatives à la tenue des Assemblées Générales de la Mutuelle. Il examine chaque contestation et entend notamment lorsque la contestation porte sur la régularité des votes, le rapport rendu par le Président du Bureau de vote avant de faire connaître sa décision au(x) membre(s) qui a(ont) pu porter réclamation.

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.

Article 54 : Délégations du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et sous son contrôle soit au Président, soit :

- au Bureau ;
- à un ou plusieurs administrateur(s) ;
- à une ou plusieurs commission(s).

En cas de modification, la nouvelle liste des délégations est annexée au procès-verbal de la réunion du Conseil d'Administration.

Article 55 : Responsabilité des administrateurs

La responsabilité civile des administrateurs est engagée, individuellement ou solidairement selon les cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des Statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

SECTION V - BUREAU ET COMMISSIONS

Article 56 : Élection des membres du Bureau

Les membres du Bureau, autres que le Président du Conseil d'Administration, sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un (1) tour pour deux (2) ans par le Conseil d'Administration en son sein, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration.

Article 57 : Composition du Bureau

Le Bureau est composé de la façon suivante :

- le Président du Conseil d'Administration,
- un premier Vice-Président,
- un deuxième Vice-Président,
- trois (3) Vice-Présidents,
- un (1) Secrétaire général,
- un (1) Secrétaire général adjoint,
- un (1) Trésorier général,
- un (1) Trésorier général adjoint.

Article 58 : Le Secrétaire général

Le Secrétaire général est responsable des travaux administratifs relatifs aux Conseils d'Administration et Assemblées Générales et de la rédaction des procès-verbaux.

Le Secrétaire général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Dirigeant opérationnel de la Mutuelle l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 59 : Le Secrétaire général adjoint

Le Secrétaire général adjoint seconde le Secrétaire général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 60 : Le Trésorier général

Sur délégation du Conseil d'Administration, le Trésorier général s'assure de la bonne tenue des comptes de la Mutuelle ainsi que de ses opérations financières.

Il s'assure que les comptes annuels et les Etats annexes sont préparés et soumis au Conseil d'Administration ainsi que les rapports annuels de gestion et de solvabilité.

Il présente au Conseil d'Administration un rapport annuel sur la situation financière de la Mutuelle.

Il préside la Commission des Finances de la Mutuelle.

Article 61 : Le Trésorier général adjoint

Le Trésorier général adjoint seconde le Trésorier général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 62 : Attributions du Bureau

Le Bureau est chargé de préparer les travaux du Conseil d'Administration.

Il est habilité à prendre toute décision urgente relative à l'administration de la Mutuelle et, d'une manière générale, à régler les questions pour lesquelles le Conseil d'Administration lui a donné, sous sa responsabilité, délégation. Ses décisions doivent être avalisées par le prochain Conseil d'Administration.

Dans le cadre de la délégation donnée par le Conseil d'Administration, le Bureau définit les missions dévolues à chacun de ses membres.

Article 63 : Réunions et délibérations du Bureau

Le Bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle. La convocation est envoyée aux membres du Bureau cinq (5) jours francs au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante. Il est établi, si nécessaire, un relevé de décision de chaque réunion qui est approuvé par le Bureau lors de la séance suivante.

Le Dirigeant opérationnel et les membres qu'il désigne participent aux réunions du Bureau, sans droit de vote.

Article 64 : Comité d'Audit

Dans le cadre des règles de gestion et de contrôle et du respect des règles de transparence, un Comité d'Audit est mis en place.

Il est composé de quatre (4) à six (6) membres, assistés du Dirigeant opérationnel, et se réunit au minimum deux (2) fois par an.

Modalités de désignation

Les membres du Comité d'Audit ainsi que son Président et son Vice-Président, qui ne peuvent être le Président du Conseil d'Administration, sont désignés parmi les administrateurs à l'issue d'un vote du Conseil d'Administration.

La désignation des membres du Comité d'Audit est organisée lors du premier Conseil qui suit le renouvellement partiel du Conseil d'Administration.

Durée des mandats

La durée du mandat des membres du Comité d'Audit est de deux (2) ans.

Missions

Il est chargé :

- de statuer régulièrement sur les comptes rendus émanant du contrôle interne et de rendre compte au Conseil d'Administration ;
- d'examiner les comptes avant leur soumission au Conseil d'Administration ;
- de participer au processus de désignation des commissaires aux comptes ;
- d'évaluer le fonctionnement du Conseil d'Administration et de ses différents organes ;
- de proposer au Conseil d'Administration un rapport sur la définition et l'application des règles de contrôle interne.

Le Comité d'Audit est également chargé des missions définies à l'article L. 823-19 du Code de Commerce.

Il est tenu, dans l'exercice de ses missions, à une obligation de confidentialité, conformément à l'article L. 823-21 du Code de Commerce.

Modalités d'organisation et de fonctionnement

Chaque réunion de Comité d'Audit fait l'objet :

- d'une convocation spécifique auprès de ses membres ;
- d'un compte rendu présenté lors d'un Conseil d'Administration suivant. Les règles de confidentialité qui s'imposent aux administrateurs s'imposent aux membres du Comité d'Audit.

Le Président du Comité d'Audit peut inviter, avec l'accord du Dirigeant opérationnel, le responsable du contrôle interne et des personnes extérieures, notamment les commissaires aux comptes.

Ces dernières sont tenues aux mêmes exigences de discrétion et confidentialité que les administrateurs eux-mêmes. En cas d'empêchement du Président du Comité d'Audit, ce dernier est suppléé dans ses fonctions avec les mêmes pouvoirs par le Vice-Président du Comité d'Audit.

Article 65 : Commissions

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle détermine les commissions nécessaires à son fonctionnement.

Le nombre de commissions, leurs missions, leur organisation et leurs participants sont décrits dans le règlement intérieur du Conseil d'Administration.

SECTION VI - DIRIGEANTS EFFECTIFS DE LA MUTUELLE

Article 66 : Dirigeants effectifs

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle nomme, sur proposition du Président, le Dirigeant opérationnel, qui ne peut être un administrateur. Il est mis fin aux fonctions du Dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

Le Conseil d'Administration approuve les éléments du contrat de travail du Dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue, sur proposition du Président, les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle. Le Dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'Administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci.

Le Dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle ou de l'union, de la délégation mentionnée au précédent alinéa et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux Assemblées Générales, au Conseil d'Administration et au Président.

En cas de décès, de démission du Dirigeant opérationnel ou de cessation de son mandat suite à une décision d'opposition de l'ACPR, en application de l'article L. 612-23-1 du Code Monétaire et Financier, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration.

Le Président et le Dirigeant opérationnel dirigent effectivement la Mutuelle au sens de l'article L. 211-13 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration peut également, sur proposition de son Président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personne(s) physique(s) autres que le Président et le Dirigeant opérationnel. Ces personnes doivent disposer d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de la Mutuelle, faire preuve d'une disponibilité suffisante au sein de la Mutuelle pour exercer ce rôle, et être impliquées dans les décisions ayant un impact important sur la Mutuelle, notamment en matière de stratégie, de budget ou de questions financières. Sur proposition de son Président, le Conseil d'Administration peut leur retirer cette fonction.

SECTION VII - DEVOIRS ET COMPORTEMENTS INTERDITS DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPERATIONNEL

Article 67 : Gratuité des fonctions

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Toutefois, la Mutuelle peut verser au Président des indemnités dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité.

En outre, la Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacements, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la Mutualité.

Les administrateurs auxquels des missions permanentes sont confiées justifient le versement de ces indemnités par la production annuelle d'un rapport d'activité et du temps passé au service de la Mutuelle, conformément à l'article R. 114-6 du Code de la Mutualité. Ce rapport est présenté au Conseil d'Administration et annexé au rapport de gestion.

Article 68 : Interdictions

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

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

- Il est interdit aux administrateurs et au Dirigeant opérationnel de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur ou de Dirigeant opérationnel, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la Mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Cette interdiction ne s'applique pas au Dirigeant opérationnel lorsqu'il est susceptible d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la Mutuelle.

Dans tous les cas, le Conseil d'Administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs ou au Dirigeant opérationnel. La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes mentionnées au présent article.

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

Article 69 : Délai de carence

Les administrateurs ne peuvent exercer des fonctions donnant lieu à des rémunérations de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la fin de leur mandat.

Un ancien salarié de la Mutuelle ne peut être nommé administrateur pendant une durée de trois (3) ans à compter de la fin de son contrat de travail.

SECTION VIII - CONVENTIONS CONCLUES ENTRE LA MUTUELLE ET UN ADMINISTRATEUR

Article 70 : Autorisation des conventions

Toute convention mentionnée à l'article L.114-32 du Code de la Mutualité est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

L'administrateur intéressé ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée. La décision du Conseil d'Administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du Conseil d'Administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

Les dispositions ci-dessus ne sont pas applicables aux conventions portant sur des opérations courantes conclues à des conditions normales définies par les textes réglementaires.

Article 71 : Information

L'administrateur intéressé est tenu d'informer le Conseil d'Administration de la Mutuelle dès qu'il a connaissance d'une convention soumise à autorisation préalable.

Article 72 : Conséquences du défaut d'autorisation

Les conventions réglementées conclues sans l'autorisation préalable du Conseil d'Administration peuvent être annulées si elles ont eu des conséquences dommageables pour la Mutuelle.

SECTION IX - STATUTS DES MANDATAIRES MUTUALISTES

Article 73 : Mandataires mutualistes

Les personnes physiques exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs, qui apportent à la Mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole dans le cadre du mandat pour lequel elles ont été désignées ou élues sont des mandataires mutualistes.

La Mutuelle propose aux mandataires mutualistes un programme de formation adapté à leurs fonctions et à leurs responsabilités mutualistes.

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites.

Les frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés selon les modalités déterminées à l'annexe 2 des présents Statuts.

TITRE III : DISPOSITIONS FINANCIÈRES ET COMPTABLES

Article 74 : Commissaires aux comptes

L'Assemblée Générale nomme un ou plusieurs commissaire(s) aux comptes et un ou plusieurs suppléant(s) choisi(s) sur la liste des commissaires aux comptes inscrits. Le Président convoque le ou les commissaire(s) aux comptes à toutes les Assemblées Générales.

Le ou les commissaire(s) aux comptes certifie(nt) les rapports et les comptes dans les conditions prévues au Code de la Mutualité.

L'excédent de l'actif sur le passif est dévolu par l'Assemblée Générale statuant dans les conditions statutaires à d'autres mutuelles ou unions ou au fonds de garantie mentionné au Code de la Mutualité.

Article 75 : Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé au minimum légal. Son montant pourra être augmenté par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions des Statuts, sur proposition du Conseil d'Administration.

Article 76 : Produits et charges Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

1. le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres et dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale ;
2. les cotisations des membres participants et des membres honoraires ;
3. les dons et les legs mobiliers et immobiliers ;
4. les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
5. plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

Charges

Les charges comprennent :

1. les diverses prestations servies aux membres participants et à leurs ayants droit ;
2. les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
3. les versements faits aux unions et fédérations ;
4. les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
5. les cotisations versées au système fédéral de garantie prévu à l'article L.111-6 du Code de la Mutualité (facultatif) ;
6. la redevance affectée aux ressources de l'ACPR pour l'exercice de ses missions ;
7. plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

Article 77 : Réassurance

L'Assemblée Générale statue sur les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ainsi que sur les principes directeurs en matière de réassurance.

Le Conseil d'Administration approuve la signature des traités de réassurance.

La Mutuelle peut réassurer tout ou partie de ses risques auprès d'entreprises non régies par le Code de la Mutualité, sur décision du Conseil d'Administration.

TITRE IV : DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

Article 78 : Dissolution

En dehors des cas prévus par les lois, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées aux présents Statuts.

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'Assemblée Générale régulièrement constituée conserve, pour la liquidation, les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

TITRE V : TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Article 79 (dernier article) : Réclamations - Médiation

En cas de réclamation portant sur les produits dont Mutuelle Bleue est l'assureur, l'adhérent peut contacter, dans un premier temps, son interlocuteur habituel.

Mutuelle Bleue informera, à la demande de l'adhérent, des modalités de saisine de chacun des niveaux de traitement des réclamations mis en place, notamment les coordonnées de la(des) personne(s) ou du service en charge du traitement des réclamations.

Lorsque toutes les voies de recours internes ont été épuisées, et seulement si aucune action contentieuse n'a été engagée, l'adhérent peut avoir recours au service du Médiateur de la Consommation désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), dans les cas relevant de sa compétence et sans préjudice des autres voies d'actions légales.

La saisine du Médiateur de la Consommation doit être réalisée par courrier envoyé à l'attention de :

Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15

Cette saisine peut également se faire directement via le site internet : www.mediateur-mutualite.fr

ANNEXES AUX STATUTS

ANNEXE 1 :

FRAIS DE DÉPLACEMENT DES DÉLÉGUÉS

L'article L. 114-26 alinéa 6 du Code de la Mutualité prévoit le remboursement des frais de déplacements aux administrateurs, mais rien n'est prévu dans le Code en ce qui concerne le remboursement des frais des délégués pour se rendre aux différentes réunions ou Assemblées Générales auxquelles ils ont été convoqués.

Sachant que leur présence est un élément majeur et essentiel de la tenue et de la validité des délibérations mises à l'ordre du jour et donc, pour permettre le fonctionnement démocratique de son Assemblée Générale, son organe souverain, la Mutuelle indemnise ses délégués de leurs frais de déplacement dans les conditions ci-après :

1. Transports en commun

Les délégués sont réputés partir de leur dernier domicile connu de la Mutuelle, pour se rendre au lieu de l'Assemblée Générale statutaire, de la réunion d'information ou d'études à laquelle ils ont été convoqués ou invités, et à ce titre, bénéficient du remboursement de leurs seuls frais de déplacements ou d'hébergements sur justificatifs.

Le délégué pourra donc en fonction des circonstances utiliser soit les moyens de transports en commun, soit son véhicule personnel. Les frais de transports en commun de toute nature (métro, autobus, autocar, taxi, train, avion...) lui sont remboursés sur justificatif des billets de transport validés accompagnés ou non de factures acquittées par lui.

2. Transport par véhicule personnel

Afin de lui permettre de rejoindre la réunion à laquelle il a été convoqué, dans les meilleurs délais et conditions, le délégué qui utilise son véhicule personnel est remboursé de ses frais sur la base fiscale en fonction de la distance parcourue aller et retour :

- jusqu'à 400 km, par application du barème fiscal tranche 1 (jusqu'à 5 000 km)
- au-delà de 400 km, par application du barème fiscal tranche 3 (au-delà de 20 000 km).

Dans tous les cas, les seuls frais de parking, de parcimètre ou de péage sont remboursés au délégué, à l'exclusion des amendes sanctionnant un défaut ou un dépassement de durée du stationnement qui restent à sa charge personnelle.

3. Hébergement

Remboursement sur fourniture de justificatifs dans la limite où les délais de route l'imposent selon les conditions suivantes :

3.1. Nuitée

Découcher avec petit-déjeuner inclus.....154 euros maximum

3.2. Repas

Déjeuner ou dîner.....35 euros maximum

4. Invitation

Dans le cas d'une invitation faite par le délégué à un tiers, et sur autorisation expresse du Président, l'indemnité de repas est remboursée au réel sur justificatif dans la limite de 28 euros maximum par personne.

ANNEXE 2 :

FRAIS DE DÉPLACEMENT DES ADMINISTRATEURS ET DES MANDATAIRES MUTUALISTES

1. Rappel du Code de la Mutualité

Article L. 114-26, alinéa 6 : « Les mutuelles, unions et fédérations remboursent également aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour dans des limites fixées par arrêté du Ministre chargé de la Mutualité ».

Article L. 114-37-1 alinéa 3 : « Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés dans des conditions définies dans les Statuts et dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs ».

2. Règles générales

2.1. La Mutuelle s'engage à rembourser aux seuls administrateurs et mandataires mutualistes les frais de déplacement et de séjour engagés par eux, pour se rendre aux réunions auxquelles ils ont participé pour y avoir été convoqués et cela quelle que soit leur nature :

- convocations aux instances statutaires, conseils, bureaux, commissions et entretiens avec le Président ;
- participations à une formation organisée par la Mutuelle à destination de ses administrateurs ou de ses mandataires mutualistes ;
- convocations par des instances mutualistes extérieures et autres auxquelles ils ont été régulièrement convoqués pour y représenter la Mutuelle.

Toutefois, les invitations du Président ne donnent pas lieu à remboursement.

2.2. Le choix des moyens de transport appartient à l'administrateur ou au mandataire mutualiste, sous contrôle du Président de la Mutuelle, pour répondre à la convocation dans le délai le plus raisonnable, et compte tenu des circonstances, c'est-à-dire le temps global de transport du domicile au lieu fixé de la réunion, par rapport aux moyens de transport utilisés et à leur disponibilité immédiate ainsi que l'éventuel état de santé de l'administrateur ou du mandataire mutualiste.

3. Circuit des demandes de remboursement

3.1. Les demandes de remboursement remplies et signées par le bénéficiaire sont vérifiées par le Trésorier général ou le Trésorier général adjoint et contresignées par le Président de la Mutuelle. Le Président en ordonne le versement à l'administrateur ou au mandataire mutualiste concerné. Le Dirigeant opérationnel, ou toute personne désignée par lui, procède à l'émission du titre de paiement à la vue de la demande de remboursement approuvée par le Président.

3.2. L'ensemble des remboursements de frais dus à un administrateur ou au mandataire mutualiste sera regroupé mensuellement, du seize (16) du mois courant au quinze (15) du mois suivant pour règlement dans les quinze (15) jours à suivre. La photocopie des demandes de remboursement dûment complétées par le service comptabilité sera jointe à l'avis de paiement.

3.3. Dans le cadre de l'application des présentes dispositions, l'administrateur ou le mandataire mutualiste concerné est réputé partir de son dernier domicile déclaré à la Mutuelle, sauf conditions exceptionnelles validées par le Président.

4. Remboursement de frais aux administrateurs et aux mandataires mutualistes

Les frais de déplacement engagés par les administrateurs et les mandataires mutualistes, pour se rendre aux réunions auxquelles ils ont été convoqués, sont classés en trois (3) groupes qui sont :

- **premier groupe :** ceux liés à un déplacement de proximité dont la distance aller et retour est égale ou inférieure à 20 km comme il est précisé ci-après au point 4.3.

- **deuxième groupe :** ceux liés à un déplacement de moyenne distance aller et retour supérieure à 20 km, mais égale au maximum à 400 km, comme il est précisé ci-après au point 4.4.

- **troisième groupe** : ceux liés à un déplacement de longue distance aller et retour supérieur à 400 km, comme il est précisé ci-après au point 4.4.

4.1. Remboursement de tous les frais de déplacement du premier groupe ou de proximité

4.1.1. Dans un souci de simplification administrative, les obligations résultant de l'application des articles L. 114-26 alinéa 6 et L. 114-37-1 du Code de la Mutualité sont réputées remplies par la Mutuelle par un versement forfaitaire, proposé par le Conseil d'Administration et voté par l'Assemblée Générale du 20 mai 2010, à raison de 65 euros par demi-journée, outre le remboursement des frais de déplacement dans les conditions ci-après, en fonction des distances parcourues et des frais d'hébergement.

4.1.2. Quel que soit le nombre de réunions au cours de la demi-journée, l'administrateur ou le mandataire mutualiste ne peut prétendre qu'au remboursement d'une seule indemnité forfaitaire par demi-journée.

4.2. Définition, objet, portée et limites de l'indemnité forfaitaire

Cette indemnité couvre les frais liés tant au déplacement ressortant du premier groupe, dans la limite de 20 km inclus (10 km aller et 10 km retour), qu'aux frais de représentation ainsi qu'une indemnité de repas forfaitaire de 19 euros.

4.3. Déplacements de courte distance ou premier groupe

4.3.1. Définition et conditions de remboursement des frais réels

4.3.1.1. Déplacement de proximité (inférieur ou égal à 20 km)

C'est ainsi que les déplacements de proximité ressortant du premier groupe sont réputés couverts, que ceux-ci représentent un déplacement global intra-muros sur Paris à l'intérieur des zones concentriques 1 ou 2 telles que déterminées par l'Île-de-France Mobilités, que sur Melun, Metz ou Toulouse dans la limite de 10 km autour du lieu de réunion, ou bien encore représentent les frais de transports intermédiaires nécessaires, de la gare SNCF d'arrivée (Paris ou Melun) au lieu de réunion pour l'aller et du lieu de réunion à la gare SNCF de départ pour le retour, et cela dans les mêmes conditions.

4.3.1.2. Utilisation du véhicule personnel

Si l'administrateur ou le mandataire mutualiste utilise son véhicule personnel, les frais kilométriques ne lui sont remboursés que si la distance parcourue dépasse la limite précitée et précédemment définie des 20 km correspondant au premier groupe visé à l'article 4, et selon le barème fiscal applicable en vigueur, en fonction de la distance (400 km - 20 km = 380 km) indemnisée sur la base du barème fiscal « jusqu'à 5 000 km », au-delà celui visant les distances parcourues annuellement « au-delà de 20 000 km » sera retenu.

A défaut, ne lui est versée que la seule indemnité forfaitaire.

Dans les autres cas, la Mutuelle lui verse les indemnités kilométriques à due concurrence dans les conditions ci-dessus.

4.3.1.3. Utilisation du taxi avec l'autorisation expresse du Président

En cas de nécessité, et sous le contrôle du Président, si l'administrateur ou le mandataire mutualiste utilise le taxi, les frais sont pris en charge intégralement et les notes de taxi lui sont remboursées sur fourniture de celles-ci, indépendamment de l'indemnité forfaitaire. Dans tous les cas où cela sera possible, les moyens de transports en commun seront privilégiés.

4.3.1.4. Accès gare et aéroport

Même dans les cas d'accès à une gare ou à un aéroport dont l'éloignement du domicile est supérieur aller et retour à 20 km, l'administrateur ou le mandataire mutualiste privilégiera les moyens de transports en commun, à l'utilisation de son véhicule.

En cas de circonstances exceptionnelles ou particulières, et sur accord du Président, l'utilisation du taxi sera possible. Dans tous les cas où cela sera possible, les moyens de transports en commun seront privilégiés par l'administrateur ou le mandataire mutualiste.

4.3.1.5. Frais de parking, de parcmètre et de péage

Dans tous les cas, les frais de parking, de péage ou de parcmètre sont remboursés à l'administrateur ou au mandataire mutualiste, à l'exclusion des amendes sanctionnant un défaut ou un dépassement de durée du stationnement qui restent à sa charge personnelle.

4.4. Déplacements de moyenne ou longue distance, c'est-à-dire du deuxième ou troisième groupe

Sauf le cas où les frais de déplacements de longue distance ont été organisés et pris en charge par la Mutuelle, l'administrateur ou le mandataire mutualiste qui les a engagés a droit à un remboursement qui se segmente de la façon suivante, en fonction des moyens utilisés :

4.4.1. Transports aériens

Outre l'indemnité forfaitaire, visée à l'article 4.3.1. qui est réputée couvrir les frais engagés par l'administrateur ou le mandataire mutualiste pour se rendre de son domicile déclaré à la Mutuelle à l'aéroport et sur le chemin du retour de l'aéroport d'arrivée à son domicile dans la limite de 20 km, l'administrateur ou le mandataire mutualiste a droit au remboursement de ses frais réels sur justificatifs : montant du billet d'avion aller et retour valable sur le même parcours aérien d'aéroport à aéroport, ainsi que les frais pour rejoindre le lieu de la réunion à partir de l'aéroport d'arrivée et inversement, lors de son retour en fonction des moyens les plus rapides utilisables, les transports en commun étant privilégiés sur Paris-Orly, le taxi devenant indispensable sur Orly-Melun.

4.4.2. Transports ferroviaires

Outre l'indemnité forfaitaire, l'administrateur ou le mandataire mutualiste a droit au remboursement de ses frais réels sur justificatifs (billets validés). Les frais d'approche vers la gare sont remboursés suivant les mêmes modalités que les déplacements de courte distance et dans les mêmes conditions que ceux explicités au point 4.4.1. pour l'approche d'un aéroport.

4.4.3. Utilisation du véhicule personnel

De 0 à 20 km : couvert par l'indemnité forfaitaire.

Supérieur à 20 km et inférieur ou égal à 400 km soit 380 km, application du barème fiscal tranche 1 (définie comme applicable pour les parcours annuels « jusqu'à 5 000 km »).

Au-delà de 400 km, application du barème fiscal tranche 3 (définie comme tarif fiscal applicable « au-delà de 20 000 km »).

Il est bien précisé que, pour des raisons fiscales évidentes, si la tranche 1 est atteinte en cours d'année, pour des distances cumulées annuelles de plus de 5 000 km, c'est la tranche 3 qui s'appliquera à partir du voyage suivant celui au cours duquel le seuil des 5 000 km cumulés aura été atteint. Le remboursement des frais de parking, péage, s'effectue sur justificatifs (Idem 4.3.1.5.).

4.5. Repas, hôtel, hébergement

Remboursement sur fourniture de justificatifs dans la limite où les délais de route l'imposent selon les conditions suivantes :

4.5.1. Nuitée

Découcher avec petit déjeuner inclus.....154 euros maximum

4.5.2. Repas

Déjeuner ou dîner.....35 euros maximum

5. Invitation

Dans le cas d'une invitation faite par l'administrateur ou le mandataire mutualiste à un tiers, et sur autorisation expresse du Président, l'indemnité de repas est remboursée au réel sur justificatif dans la limite de 50 euros maximum par personne.

Mutuelle Bleue

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
et immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 671 993

Siège social : 25 place de la Madeleine 75008 Paris
Siège administratif : 14 rue René Cassin - CS 7020 - 77014 Melun Cedex

**ASSOCIATION
POUR LE DEVELOPPEMENT
DE LA PREVOYANCE MUTUALISTE
(A.D.P.M.)**

STATUTS

Mis à jour par l' Assemblée Générale
du 9 décembre 2021

En date du 29 juin 2018, l'Assemblée Générale Extraordinaire de l'Association a approuvé la réalisation d'opérations de fusions par voie d'absorption des associations LA PREVOYANCE EUROPEENNE, CLUB MOTO MYTHIQUE (C2M) et ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE (A.D.P.) par l'Association.

Par la réalisation définitive desdites fusions, les associations LA PREVOYANCE EUROPEENNE, CLUB MOTO MYTHIQUE (C2M) et ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE (A.D.P.) ont été dissoutes de plein droit, sans qu'il y ait lieu à liquidation, et l'ensemble de leur patrimoine a été transmis à l'Association. Par ailleurs, les membres des associations LA PREVOYANCE EUROPEENNE, CLUB MOTO MYTHIQUE (C2M) et ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE (A.D.P.) sont devenus, de plein droit, membres de l'Association.

Consécutivement à la réalisation des opérations de fusions susvisées, les Statuts de l'Association ont été modifiés comme suit :

ARTICLE 1 : CONSTITUTION - DENOMINATION - DUREE

1.1. Constitution

Il a été constitué, entre les membres fondateurs auxquels se sont joints les adhérents ultérieurs aux présents Statuts, une Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901, le Décret du 16 août 1901 ainsi que par les articles L. 141-7 et R. 141-1 à R. 141-11 du Code des assurances et toutes les dispositions législatives et/ou réglementaires qui viendraient à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents Statuts.

Créée à la signature des Statuts d'origine, soit le 30 octobre 1984, l'Association a initialement pris le nom de : « PREVOYANCE MEDICALE DE TOURAINE ». Aux termes d'une résolution de l'Assemblée Générale Extraordinaire en date du 17 décembre 1998, il a été décidé de procéder à la fusion par voie d'absorption de l'association PREVOYANCE MEDICALE ATLANTIQUE par l'Association. Du fait de ladite fusion, l'association PREVOYANCE MEDICALE ATLANTIQUE a été dissoute, l'universalité de son patrimoine a été transférée à l'Association et les membres de l'association PREVOYANCE MEDICALE ATLANTIQUE sont devenus membres de l'Association. Suite à cette fusion, l'Association avait pris le nom de : « PREVOYANCE MEDICALE TOURAINE-ATLANTIQUE ».

Comme indiqué en préambule, aux termes d'une résolution de l'Assemblée Générale Extraordinaire en date du 29 juin 2018, il a été décidé de procéder à la fusion par voie d'absorption des associations LA PREVOYANCE EUROPEENNE, CLUB MOTO MYTHIQUE (C2M) et ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE (A.D.P.) par l'Association.

1.2. Dénomination

La dénomination de l'Association est :

ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE MUTUALISTE (A.D.P.M.)

1.3. Durée

La durée de l'Association est illimitée.

ARTICLE 2 : OBJET

Cette Association a pour but :

- d'étudier, de simplifier, de promouvoir et de diffuser tout type d'assurance de biens et de personnes, de mettre en œuvre les moyens propres à réaliser son application et son organisation, de faciliter à ses membres adhérents, fondateurs ou non, leur adhésion à ces régimes et d'assumer, dans les limites fixées par le Conseil d'Administration, la gestion matérielle des contrats de groupe souscrits par l'Association,
- de procéder à la souscription, pour le compte de ses membres, de contrats d'assurance de groupe collectifs facultatifs,
- de réaliser, dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, toute action apte à procurer ou à améliorer la garantie de ses membres contre les divers risques sociaux et les risques divers sur les biens de ses membres,
- d'informer et de conseiller les membres sur les possibilités offertes dans le domaine de la prévoyance collective,
- de faciliter leurs démarches auprès des organismes sociaux,
- de leur communiquer toute information d'ordre culturel, social, économique, ...
- de promouvoir toute action destinée au développement et à l'enrichissement des loisirs, notamment, mais non exclusivement, en ce qui concerne les personnes du 3^e âge,
- et plus généralement, de mener toute action publique ou collective nécessaire ou utile à la réalisation de ces buts.

ARTICLE 3 : SIEGE

Le siège de l'Association est fixé à Tours (37100), 49 bis avenue André Maginot. Une simple décision du Conseil d'Administration pourra le transférer dans tout le territoire métropolitain.

ARTICLE 4 : LES MEMBRES

L'Association se compose :

1. **de membres fondateurs** formés en Collège : la qualité de membre fondateur peut être attribuée à tout autre membre ou, même, à des tiers en raison des services rendus à l'Association.
2. **de membres adhérents** qui se distinguent entre membres actifs et membres honoraires :
 - a) **Membres actifs** : les membres actifs, personnes physiques individuelles, s'engagent à coopérer activement à la réalisation des buts de l'Association. Ils se composent des membres qui décident d'adhérer à l'Association pour une durée identique à celle du contrat d'assurance de groupe qu'ils souscrivent, sauf démission ou exclusion.
 - b) **Membres honoraires** : les membres honoraires ne participent pas activement à la vie de l'Association mais s'intéressent à ses travaux et réalisations.

Chaque membre s'engage à observer les clauses et conditions des présents Statuts et à accepter les modifications pouvant intervenir ultérieurement. Chaque membre adhérent actif ayant souscrit un contrat d'assurance Santé a notamment l'obligation de payer une cotisation annuelle.

ARTICLE 5 : RESPONSABILITE

Aucun membre de l'Association n'est personnellement responsable des engagements contractés par elle, seules les ressources de l'Association en répondent.

ARTICLE 6 : PERTE DE LA QUALITE DE MEMBRE

La qualité de membre de l'Association se perd :

- a) par démission ;
- b) par décès ;
- c) par radiation ;
- d) par la dissolution, pour quelque cause que ce soit, de l'Association.

Seul le Collège des membres fondateurs peut prononcer, pour motif grave, la radiation d'un membre fondateur, l'intéressé ayant été préalablement entendu ou invité à faire valoir ses observations par écrit.

La radiation d'un membre adhérent est prononcée par décision du Conseil d'Administration.

La radiation ne pourra intervenir qu'après l'envoi par le Président du Conseil d'Administration d'une lettre recommandée invitant la personne concernée à fournir des justifications au Conseil d'Administration.

La démission interviendra par le non-paiement de la cotisation statutaire, ou pourra être notifiée à l'Association par simple lettre de l'adhérent.

A compter de la date à laquelle la radiation ou la démission est devenue effective, le membre intéressé ne peut plus prétendre aux services de l'Association.

ARTICLE 7 : RESSOURCES

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations des membres adhérents actifs ayant souscrit un contrat d'assurance Santé ;
- des subventions qui peuvent lui être accordées par l'Etat, les Départements, les Communes et les Etablissements publics ;
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- de toute autre ressource autorisée par les textes législatifs et réglementaires.

ARTICLE 8 : CONSEIL D'ADMINISTRATION

8.1. Composition

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration composé d'au moins cinq (5) membres, élus par l'Assemblée Générale Ordinaire.

Le Conseil doit être composé, pour plus de la moitié, de membres :

- ne détenant pas et n'ayant jamais détenu au cours des deux (2) années précédant leur désignation, aucun intérêt, ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe ;
- ne recevant pas ou n'ayant jamais reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ce même organisme.

Les administrateurs élisent, parmi leurs membres, le Président du Conseil d'Administration. Le Président dirige les travaux du Conseil d'Administration et assure le fonctionnement de l'Association.

8.2. Fin du mandat des membres du Conseil d'Administration

Le mandat des membres du Conseil d'Administration prend fin par la démission, la révocation ou le décès de l'administrateur.

En cas de décès ou de démission, le Conseil d'Administration peut, entre deux Assemblées Générales, nommer à titre provisoire un ou des administrateur(s), en vue de compléter l'effectif du Conseil d'Administration.

Les nominations effectuées par le Conseil d'Administration en vertu des stipulations ci-avant sont soumises à la ratification de l'Assemblée Générale la plus proche en date.

Au cas où l'Assemblée Générale ne ratifierait pas cette nomination, les délibérations auxquelles l'administrateur, ainsi coopté, aurait pu participer et les actes qu'il aurait pu accomplir n'en seraient pas moins valables.

Le mandat provisoire d'un ou des administrateur(s) nommé(s) prend fin à la prochaine Assemblée Générale suivant sa/leur nomination.

Cette Assemblée Générale procédera alors à l'élection d'un ou plusieurs administrateur(s), le cas échéant, dans les conditions prévues à l'article 8.1 des présents Statuts.

8.3. Réunions et délibérations du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation de son Président, chaque fois que celui-ci le juge utile. En cas d'empêchement du Président, le Conseil d'Administration peut être convoqué par le Vice-Président.

Le Conseil d'Administration se réunit au siège de l'Association ou en tout autre endroit indiqué dans la lettre de convocation. Il peut, notamment, être tenu par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant l'identification de chaque administrateur et garantissant leur participation effective.

Les convocations sont adressées au moins huit (8) jours avant la réunion du Conseil d'Administration, par voie postale ou par courriel, dès lors que l'administrateur ne s'y est pas opposé formellement auprès de l'Association.

Les convocations mentionnent l'ordre du jour du Conseil d'Administration.

Il est tenu une feuille de présence des administrateurs participant à la réunion, signée par le Président de séance.

Les séances du Conseil d'Administration sont présidées par le Président, à défaut par le Vice-Président, ou à défaut par le Secrétaire.

Tout administrateur absent ou empêché peut donner par écrit un pouvoir à un autre administrateur afin de le représenter lors de la réunion, mais aucun administrateur ne peut disposer de plus de deux (2) pouvoirs. De même, tout administrateur a la possibilité de participer au vote des points prévus à l'ordre du jour par correspondance ou par voie électronique, conformément aux modalités définies dans le règlement de vote.

Chaque administrateur dispose d'une (1) voix.

Les délibérations du Conseil d'Administration sont prises à la majorité simple des administrateurs présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou du vote électronique.

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

Seront réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité, les administrateurs qui participent au Conseil d'Administration, le cas échéant, par des moyens de visioconférence ou de télécommunication, permettant leur identification.

Il est établi un procès-verbal des séances, signé par le Président de séance.

Le Président peut aussi faire des consultations écrites qui vaudront réunion.

8.4. Gratuité des fonctions d'administrateur

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites.

Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais de déplacement engagés dans l'intérêt de l'Association, sur la base de justificatifs.

Les modalités de remboursement des frais de déplacement sont précisées sur le formulaire de demande de remboursement.

Le Président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant alloué, selon le deuxième alinéa ci-dessus, aux membres du Conseil d'Administration.

8.5. Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour décider de tous actes qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale. Il peut déléguer ses fonctions à l'un ou plusieurs de ses membres.

Il définit et propose la politique générale de l'Association, il en surveille l'application et la mise en œuvre. Il surveille la gestion des membres du Bureau et a le droit de se faire rendre compte de leurs actes.

Il arrête le budget prévisionnel.

Il fixe le montant des cotisations et, le cas échéant, le droit d'entrée. Il rédige et modifie le règlement de vote.

8.6. Pouvoirs du Président du Conseil d'Administration

Le Président représente seul l'Association dans tous les actes de la vie civile et est investi de tous pouvoirs à cet effet.

Le Président du Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au Vice-Président ou, en l'absence du Vice-Président, au Secrétaire.

ARTICLE 9 : LE BUREAU

9.1. Composition

Le Conseil d'Administration désigne, parmi ses membres, un Bureau composé du Président du Conseil d'Administration, d'un Vice-Président, d'un Secrétaire et d'un Trésorier.

Les Président, Vice-Président, Secrétaire et Trésorier seront, en même temps, ceux de l'Association.

Le remplacement d'un membre du Bureau est effectué par décision du Conseil d'Administration.

9.2. Pouvoirs du Bureau

Le Bureau assure la gestion courante de l'Association. Il se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige, sur convocation du Président.

Le Trésorier établit ou fait établir, sous sa responsabilité, les comptes de l'Association. Il établit également un rapport sur la situation financière de l'Association et le présente à l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle.

Le Secrétaire est spécialement chargé de la promotion en faveur de l'Association, de la liaison entre les membres, de la conservation des archives et des registres, et de la rédaction des procès-verbaux.

En cas de besoin, il pourra suppléer le Trésorier.

ARTICLE 10 : ASSEMBLEES GENERALES

10.1. Convocation

L'ensemble des membres de l'Association, tant les membres fondateurs que les membres adhérents, à jour de leurs cotisations, constitue l'Assemblée Générale.

L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit une (1) fois par an, sur convocation du Président du Conseil d'Administration.

Elle se réunit au siège de l'Association ou en tout autre endroit indiqué dans la lettre de convocation. Elle peut, notamment, être tenue par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant l'identification de chaque adhérent et garantissant leur participation effective.

Le Président du Conseil d'Administration peut convoquer l'Assemblée Générale Extraordinaire, en cas de circonstances exceptionnelles, sur son initiative ou sur demande motivée d'au minimum 10 % des membres de l'Association, à jour de leurs cotisations au dernier jour du mois qui précède le dépôt de cette demande sur le bureau de l'Association, dans un délai de deux (2) mois à compter de la réception de ladite demande.

Les règles de convocation, de quorum et de vote seront les mêmes que celles de l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle.

La convocation individuelle des membres à l'Assemblée Générale est transmise trente (30) jours au moins avant la date fixée pour cette Assemblée.

Elle mentionne l'ordre du jour, arrêté par le Conseil d'Administration, de l'Assemblée Générale. Les projets de résolutions, présentés par le Conseil d'Administration, sont joints à la convocation. Cette convocation peut également mentionner la date à laquelle la seconde Assemblée sera convoquée en cas de non atteinte du quorum.

Les convocations peuvent être adressées par courriel dès lors que le membre ne s'y est pas opposé formellement auprès de l'Association.

Des projets de résolutions peuvent être présentés au vote de l'Assemblée Générale, par le dixième des adhérents au moins, ou par cent (100) adhérents si le dixième est supérieur à cent. En ce cas, ces projets doivent avoir été communiqués au Conseil soixante (60) jours avant la date de ladite Assemblée.

10.2. Quorum et majorité

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille (1000) adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont fait usage du droit de vote par correspondance.

Seront réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité, les adhérents qui participent à l'Assemblée Générale par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant l'identification de chaque adhérent et garantissant leur participation effective.

A défaut, une deuxième Assemblée Générale est convoquée et délibère valablement, sans exigence de quorum.

Les résolutions sont adoptées à la majorité simple des membres présents, représentés ou ayant fait usage du droit de vote par correspondance.

10.3. Modalités de vote

Chaque membre dispose d'une (1) voix et a la faculté, en cas d'indisponibilité, de se faire représenter à l'Assemblée Générale par un autre membre disposant d'un pouvoir écrit. Chaque membre ne peut disposer que d'un (1) seul mandat.

De même, chaque membre a la possibilité de participer au vote des résolutions par correspondance, conformément aux modalités définies dans le règlement de vote.

10.4. Compétence de l'Assemblée Générale

10.4.1. Assemblée Générale Ordinaire

L'Assemblée Générale Ordinaire a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles des contrats d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation souscrits par l'Association, comme prévu par les dispositions légales et réglementaires.

Conformément à l'article R. 141-6 du Code des Assurances, les dispositions essentielles du contrat d'assurance de groupe sont les suivantes :

- la définition des garanties offertes,
- la durée du contrat,
- les modalités de versement des primes,
- les frais et indemnités de toute nature prélevés par l'entreprise d'assurance, à l'exception des frais pouvant être supportés par une unité de compte,
- le taux d'intérêt garanti et la durée de cette garantie, les garanties de fidélité et les modalités de calcul et d'attribution de la participation aux bénéfices,
- la liste des supports en unités de compte, sauf lorsque la modification est autorisée ou prévue par le contrat,
- les conditions dans lesquelles la liste des supports en unités de compte peut évoluer,
- les modalités de rachat, de transfert ou de versement des prestations du contrat,
- la faculté de procéder à des avances consenties par l'entreprise d'assurance.

L'Assemblée Générale peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolution(s) et pour une durée maximale de dix-huit (18) mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenant(s), dont la résolution définit l'objet, relatif(s) à des dispositions non essentielles du contrat d'assurance de groupe.

Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale. En cas de signature d'un ou plusieurs avenant(s), il en fait rapport à la plus prochaine Assemblée Générale.

De même, l'Assemblée Générale Ordinaire est seule compétente pour :

- Approuver le rapport de gestion du Conseil d'Administration exposant la situation de l'Association,
- Entendre le rapport financier présenté par le Trésorier,
- Approuver les comptes de l'exercice écoulé,
- Elire et révoquer les membres du Conseil d'Administration,
- Adopter, conformément à l'article R. 141-10 du Code des assurances, les règles déontologiques auxquelles seront tenus les membres du Conseil d'Administration,
- Ratifier les nominations effectuées à titre provisoire par le Conseil d'Administration.

10.4.2. Assemblée Générale Extraordinaire

L'Assemblée Générale Extraordinaire est seule compétente pour :

- Modifier les Statuts de l'Association,
- Prononcer la dissolution de l'Association et statuer sur la dévolution des biens,
- Décider de la fusion de l'Association avec une autre association ayant un objet de même nature similaire,
- Décider de la transformation de l'Association.

10.5. Procès-verbaux

Les procès-verbaux de l'Assemblée Générale sont signés par le Président et le Secrétaire de séance et sont tenus à disposition de tout membre qui en ferait la demande.

Le registre des procès-verbaux est consultable par tout membre au siège de l'Association, sous réserve qu'il en fasse préalablement la demande par écrit trente (30) jours auparavant.

ARTICLE 11 : DISSOLUTION

L'Assemblée Générale, dans le cadre d'une réunion extraordinaire, est seule compétente pour prononcer la dissolution de l'Association et statuer sur la dévolution de ses biens.

Elle délibère selon les conditions prévues à l'article 10 des Statuts.

L'Assemblée Générale désignera un ou plusieurs liquidateur(s) auquel(auxquels) elle donnera tout mandat nécessaire à la liquidation, conformément à la loi.

ARTICLE 12 : MODIFICATION DES STATUTS

Les Statuts sont modifiés par l'Assemblée Générale Extraordinaire.

ARTICLE 13 : REGLEMENT INTERIEUR

Le Conseil d'Administration établira un règlement intérieur régissant le fonctionnement pratique de l'Association et, notamment, le montant des cotisations et droits d'entrée.

ARTICLE 14 : EXEMPLAIRE DES STATUTS

Un exemplaire des présents Statuts sera fourni à tout membre qui en fera la demande.

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901
Siège social : 49 bis avenue André Maginot 37100 Tours
Déclarée à la Préfecture d'Indre-et-Loire le 17 mars 1999