

ASSURANCE PREVOYANCE

Document d'information sur le produit d'assurance



Concepteurs :

Mutuelle Bleue – Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, immatriculée en France sous le numéro SIREN 775 671 993
ADLP Assurances - courtier en assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°14001699 et immatriculée au RCS de Bobigny sous le n°799 342 118

Produit : AvoCotés Perte d'Autonomie

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de garantie sont détaillés dans la Notice d'information.

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

AvoCotés Perte d'Autonomie est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative destiné à garantir le versement d'un capital en cas d'Handicap invalidant ou Dépendance totale, doublé en cas de cause accidentelle, ainsi que le versement d'un capital forfaitaire en cas d'hospitalisation de plus de 7 jours consécutifs.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le montant des prestations figure dans la documentation contractuelle et varie en fonction du choix effectué par l'assuré.

Les garanties prévues sont les suivantes :

- ✓ Capital en cas de Dépendance totale ou de Handicap invalidant de l'assuré, consécutif à un Accident ou à une Maladie, d'un montant de deux mille cinq cents (2 500), quatre mille (4 000), six mille (6 000), dix mille (10 000) ou quinze mille (15 000) euros en fonction du choix effectué par l'assuré.
- ✓ Capital doublé si cause génératrice de la Dépendance totale ou du Handicap invalidant accidentelle
- ✓ Garantie « soins immédiats » : versement d'un capital forfaitaire immédiat de 500 euros en cas d'hospitalisation de plus de sept (7) jours consécutifs.
- ✓ Services d'assistance assurés par un assureur distinct à Mutuelle Bleue et définis par un document d'information sur le produit d'assurance dédié.

Les garanties précédées d'une coche signifient qu'elles sont systématiquement prévues au Contrat d'assurance.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les personnes voulant adhérer au Contrat ayant moins de 18 ans ou plus de 80 ans
- ✗ Les personnes ne résidant pas fiscalement et de façon permanente en France



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Les risques provenant d'une guerre étrangère ou d'une guerre civile, attentats, actes de terrorisme, détournements, prises d'otage
- ! Les tentatives de suicide
- ! Les conséquences de compétitions sportives (entraînements et épreuves) à titre professionnel

Pour la garantie « soins immédiats » :

- ! Les hospitalisations liées à une intervention chirurgicale à but esthétique ou de rajeunissement
- ! Les hospitalisations à domicile et les hospitalisations de jour

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Ne sont pas prises en charge, les suites et conséquences d'un Handicap ou d'un état de Dépendance totale déclaré ou survenu avant la date d'effet du contrat.
- ! Un délai de carence de vingt-quatre (24) mois à compter de la date d'effet du Contrat lorsque l'état de Dépendance totale, d'Handicap ou la mise en jeu de la garantie soins immédiats, est consécutif à une maladie.
- ! Le capital en cas de « soins immédiats » n'est versé qu'une fois en cas d'hospitalisation d'au-moins 7 jours consécutifs.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties sont acquises en France ainsi que dans le monde entier lors de séjours à l'étranger de moins de trois (3) mois.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de non garantie ou de résiliation :

- **A la souscription du contrat**
Compléter, dater et signer un bulletin d'adhésion ou satisfaire aux exigences requises lors d'une adhésion par téléphone,
Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cours de contrat**
Déclarer tout changement de situation personnelle pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et prestations,
Régler la cotisation mensuelle indiquée au contrat.
- **En cas de sinistre**
Déclarer le sinistre dès que vous en avez connaissance
Fournir tous documents justificatifs prévus au contrat et nécessaires au paiement des prestations prévues.
Se soumettre à tout contrôle médical.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement, par prélèvement automatique sur le compte à vue désigné à cet effet par l'Assuré.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à partir de la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation.

Le contrat est conclu pour une durée de douze (12) mois et se renouvelle ensuite d'année en année à la date anniversaire de l'adhésion par tacite reconduction.

Un délai de renonciation de 30 jours est ouvert à compter du moment où l'Assuré est informé que la souscription a pris effet.

Les modalités d'exercice du droit de renonciation sont détaillées dans le Contrat d'assurance.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter ADLP Assurances au 0974 75 01 75 (appel non surtaxé), du lundi au vendredi de 9h à 17h (sauf jours fériés).

Le contrat prend fin en cas de décès de l'assuré, de versement du capital au titre du Handicap invalidant ou de la Dépendance totale, de déménagement de l'assuré en dehors de la France, de démission de l'assuré à l'association ADPM et en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à Mutuelle Bleue.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au Contrat par lettre recommandée avec avis de réception ou tout autre support durable adressé à ADLP ASSURANCES, deux (2) mois avant la première date d'anniversaire du Contrat.

Et à tout moment, au-delà de la 1ère année d'adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à ADLP ASSURANCES, Dans cette hypothèse, la résiliation prend effet à la date d'échéance mensuelle qui suit la date de réception de la lettre de résiliation.

Vous pouvez également résilier le contrat en cas de modification de vos droits et obligations dans le délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle Notice d'Information.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter ADLP Assurances au 0974 75 01 75 (appel non surtaxé), du lundi au vendredi de 9h à 17h (sauf jours fériés).

Assurance Assistance Dépendance

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Filassistance International – Société anonyme régie par le Code des assurances

immatriculée en France - N° SIREN : 433012689

Produit : FIC20DEP0082



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

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

Les garanties du produit d'assistance dépendance ont pour vocation d'aider les bénéficiaires lors de la survenance de la dépendance.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds maximum qui varient en fonction de l'évènement qui donne droit à la garantie. Ils sont détaillés dans la notice d'information.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT INCLUSES

Assistance Dépendance

- ✓ **Dès l'adhésion** : informations juridique et vie pratique, renseignements sur la dépendance, recherche d'établissements spécialisés ou d'accueil temporaire, recherche et mise en relation si nécessaire avec les prestataires de services à domicile, accompagnement budgétaire et social Dépendance/Handicap, bilan situationnel par un ergothérapeute, bilan prévention autonomie, prévention des risques cardio-vasculaires, bilan prévention mémoire, bilan prévention et accompagnement de l'incontinence.
- ✓ **En cas d'hospitalisation de plus de 7 jours** : aide à domicile ou auxiliaire de vie ou portage de repas, venue d'un proche.
- ✓ **En cas de dépendance totale ou de handicap** : enveloppe de 16 services (aide à domicile, auxiliaire de vie, accompagnement dans les déplacements, portage de repas, préparation des repas, réalisation des courses, livraison de médicaments, coiffeur, esthéticienne, pédicure à domicile, collecte et livraison de linge repassé, visite de courtoisie, jardinage, petit bricolage, garde des enfants à domicile, conduite des enfants à l'école et activités extra-scolaires, garde des ascendants ou du conjoint à domicile, garde des animaux de compagnie), accompagnement psychologique.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Sinistres pour lesquels le fait générateur est né en dehors de la période de couverture ou était connu par le bénéficiaire avant l'adhésion



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Exclusions applicables à toutes les garanties

- ! Les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;
- ! Les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
- ! Les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- ! Les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
- ! Les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
- ! Les conséquences d'événements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysme naturel ;
- ! Les conséquences des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- ! Les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- ! Les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide du Bénéficiaire survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion.



Où suis-je couvert(e) ?



Les garanties assistance Dépendance sont acquises en France métropolitaine.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie l'assuré doit :

- payer la prime lors de l'adhésion et pendant toute la durée du contrat,
- déclarer le sinistre à **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** dans un délai de 5 jours à compter de sa survenance,
- obtenir l'accord préalable de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** avant d'entamer toute démarche.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les primes d'assistance sont prélevées en même temps que la prime d'assurance.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à partir de la date d'adhésion au contrat d'assurance **ADPM2001** distribué par ADLP ASSURANCES et souscrit par ADPM (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès de **MUTUELLE BLEUE**.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

La couverture prend fin :

- en cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance **ADPM2001** distribué par ADLP ASSURANCES et souscrit par ADPM (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès de **MUTUELLE BLEUE**,
- en cas de résiliation du contrat collectif d'assistance n° **FIC20DEP0082**.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation de l'adhésion au contrat d'assurance emporte la résiliation du contrat d'assistance.

Le Contrat « **AvoCotés Perte d'Autonomie** » est un contrat collectif à adhésion facultative n°ADPM2001 souscrit auprès de la **Mutuelle Bleue** par l'**Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste (ADPM)** – 49 bis, avenue André Maginot 37100 TOURS, et distribué exclusivement par **ADLP Assurances** - SAS au capital de 4 582 329 € inscrite au registre des intermédiaires en assurances sous le n° 14001699 (www.orient.fr), titulaire de la marque AvoCotés.

Le Contrat « AvoCotés Perte d'Autonomie » est composé de la présente Notice d'Information et du Certificat d'adhésion qui vous est remis suite à votre adhésion.

Le Contrat relève des branches (1) Accident et (2) Maladie définies à l'article R. 211-2 du Code de la Mutualité. Il est régi par le Livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur. Les Tribunaux français sont compétents.

La présente Notice d'Information décrit les règles générales de fonctionnement de votre Contrat ainsi que le détail des garanties et des exclusions.

ARTICLE 1^{er} : OBJET ET FORME DU CONTRAT

Le Contrat AvoCotés Perte d'Autonomie a pour objet de garantir à l'Assuré le versement du capital garanti en cas de Dépendance totale ou de Handicap invalidant de l'Assuré, consécutif à un Accident ou à une Maladie, survenant postérieurement à la date d'effet de la garantie et pendant la période de validité du Contrat.

Le capital souscrit est doublé lors du versement si la Dépendance totale ou le Handicap invalidant est causé par un Accident.

Le Contrat prévoit également une garantie « soins immédiats » ayant pour objet le versement d'un capital forfaitaire immédiat de cinq cents (500) euros en cas d'hospitalisation de plus de sept (7) jours consécutifs survenus postérieurement à la date d'effet de la garantie et pendant la période de validité du Contrat.

Au titre du Contrat AvoCotés Perte d'Autonomie, l'assuré bénéficie également des services d'assistance dont les conditions sont présentées au sein des Conditions Générales de l'assisteur distinctes des présentes.

Les Conditions Générales de ces services sont remises à l'assuré lors de son adhésion.

Les services assurés par ce prestataire sont susceptibles d'être modifiés et/ou remis en cause par ce dernier.

ARTICLE 2 : DÉFINITIONS

Accident : Événement soudain provenant d'une action soudaine et inattendue d'une cause extérieure à l'Assuré, non intentionnel de sa part et générateur d'une atteinte corporelle.

Ne sont notamment pas considérés comme des accidents, les maladies chroniques ou aiguës telles que l'apoplexie, l'infarctus du myocarde, les ruptures d'anévrisme, l'épilepsie et les accidents vasculaires cérébraux ischémiques ou hémorragiques ainsi que les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

Actes de la vie quotidienne :

1. **Se laver** : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de se laver lorsque, en dépit des possibilités d'adaptation des sanitaires (lavabo, douche ou baignoire), il dépend entièrement de l'assistance d'une Tierce personne pour se laver tant le haut que le bas du corps.
2. **S'habiller** : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de s'habiller lorsqu'il dépend entièrement de l'assistance d'une Tierce personne pour mettre ou enlever les vêtements qu'il porte habituellement, le cas échéant adaptés à son Handicap ; si l'Assuré a besoin d'aide uniquement pour enfiler ou enlever ses bas, chaussettes ou chaussures, ou encore pour attacher ou détacher ses vêtements, il n'est pas considéré dans l'incapacité totale de s'habiller.
3. **Se déplacer** : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de se déplacer lorsque, en dépit du recours à des appareils auxiliaires (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant ou appareillages orthopédiques spécialisés), il dépend entièrement de l'assistance d'une Tierce personne pour se déplacer à l'intérieur de son logement sur une surface plane.
4. **S'alimenter** : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de s'alimenter lorsqu'il dépend entièrement de l'Assistance d'une Tierce personne

pour porter à la bouche les aliments et la boisson préalablement préparés et servis ; si l'Assuré a besoin d'aide uniquement pour couper la nourriture ou se servir, il n'est pas considéré dans l'incapacité totale de s'alimenter.

5. **Transfert lit/fauteuil** : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de réaliser un transfert lit/fauteuil lorsqu'il dépend entièrement de l'Assistance d'une Tierce personne pour se déplacer d'un lit à une chaise ou un fauteuil, ou inversement.

Assuré : Personne physique résidant en France métropolitaine ayant adhéré au Contrat et dont le nom est mentionné au Certificat d'adhésion. Il remplit les conditions d'adhésion énoncées par le Contrat et est couvert à ce titre pour les garanties objet de la présente Notice d'information. L'Assuré est le bénéficiaire des garanties couvertes par le Contrat. **Il acquiert la qualité de Membre participant de Mutuelle Bleue.**

Certificat d'adhésion : Certificat émis par ADLP Assurances confirmant l'adhésion au Contrat, les nom et prénom de l'Assuré, le montant du capital garanti en cas de Dépendance totale ou de Handicap invalidant et le montant du forfait de la garantie « soins immédiats ».

Contrat : Le Contrat AvoCotés Perte d'Autonomie n°ADPM2001 souscrit par l'Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste (ADPM) – 49 bis, avenue André Maginot 37100 TOURS, auprès de Mutuelle Bleue.

Délai de carence : Période commençant à la date d'effet de l'adhésion et pendant laquelle l'Assuré ne bénéficie pas de la garantie prévue au Contrat.

AUCUN DELAI DE CARENCE N'EST APPLIQUÉ POUR TOUT SINISTRE CONSECUTIF A UN ACCIDENT.

UN DELAI DE CARENCE DE 24 MOIS A COMPTER DE LA DATE D'EFFET DE L'ADHESION AU CONTRAT, TELLE QU'INDIQUEE DANS LE CERTIFICAT D'ADHESION, EST APPLIQUÉ EN CAS SINISTRE CONSECUTIF A UNE MALADIE.

UN ETAT DE DÉPENDANCE TOTALE OU DE HANDICAP INVALIDANT CONSECUTIF A UNE MALADIE CONSTATÉ MEDICALEMENT PENDANT LE DÉLAI DE CARENCE N'OUVRE PAS LE BÉNÉFICE DE LA GARANTIE ET ENTRAINE LA RÉSILIATION DU CONTRAT. LES COTISATIONS ÉVENTUELLEMENT PERÇUES SONT REMBOURSÉES.

ADLP Assurances : Courtier en assurance, titulaire de la marque AvoCotés, immatriculé à l'ORIAS sous le n°14001699 (www.orient.fr), située 3 rue Henri Rol Tanguy 93100 Montreuil, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n°799 342 118, qui propose le Contrat à la souscription de potentiels Assurés, ces derniers étant seuls responsables du paiement des Cotisations.

Dépendance totale : Est reconnu en état de Dépendance totale l'Assuré dont l'état de santé est consolidé, permanent et irréversible et satisfait aux deux (2) conditions suivantes :

- Etre dans l'impossibilité permanente physique ou psychique, médicalement constatée, d'effectuer, sans l'assistance d'une Tierce personne, au moins 4 des 5 actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer, s'alimenter, transfert Lit/Fauteuil) et
- Etre reconnu par le médecin de Mutuelle Bleue comme répondant aux critères ci-dessus.

Handicap invalidant : Toute atteinte corporelle ou psychique entraînant le classement par la Sécurité sociale en 3^{ème} catégorie d'invalidité (pour les assurés sociaux) ou la reconnaissance, par le médecin-conseil, d'un taux d'incapacité définitif d'au moins quatre-vingts (80) % établis conformément au guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées. Un taux de quatre-vingts (80) % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Cette autonomie individuelle est définie comme l'ensemble des actions que doit mettre en œuvre une personne, vis-à-vis d'elle-même, dans la vie quotidienne.

Dès lors qu'elle doit être aidée totalement ou partiellement, ou surveillée dans leur accomplissement, ou ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de quatre-vingts (80) % est atteint.

C'est également le cas lorsqu'il y a déficience sévère avec abolition d'une fonction.

L'état de Handicap invalidant permet notamment l'attribution d'une Carte Mobilité Inclusion (CMI) « Invalidité ».

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale habilitée et qualifiée, non consécutive à un Accident.

Tierce personne : Toute personne autre que l'Assuré. Il peut s'agir d'un membre du personnel paramédical, d'un parent, d'un ami... L'aide d'une Tierce personne peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide-ménagère comme les courses ou le ménage.

Organisme assureur : L'Organisme assureur du Contrat est Mutuelle Bleue, mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993, dont le siège social est sis 25 Place de la Madeleine – 75008 Paris.

Ci-après dénommée « Mutuelle Bleue ».

ARTICLE 3 : GARANTIES ASSUREES

3.1. Garantie Dépendance totale et Handicap invalidant

Le montant du capital garanti conformément à l'article 1^{er} de la présente Notice est fonction du choix effectué par l'Assuré lors de l'adhésion, parmi les montants suivants : deux mille cinq cents (2 500), quatre mille (4 000), six mille (6 000), dix mille (10 000) ou quinze mille (15 000) euros.

En cas de Dépendance totale ou de Handicap invalidant causé par un Accident, le capital souscrit est doublé lors de son versement.

3.2. Garantie « soins immédiats »

Un forfait de cinq cents (500) euros est versé à l'Assuré s'il est hospitalisé pour plus de sept (7) jours consécutifs sous condition des dispositions de l'article 7.2.

Cette garantie s'applique sous réserve du Délai de carence de 24 mois en cas de Maladie mentionné à l'article 2, et ne s'applique qu'une seule fois pendant la vie du Contrat.

ARTICLE 4 : CONDITIONS ET MODALITES D'ADHESION

4.1. Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer au Contrat les Assurés âgés de dix-huit (18) ans à quatre-vingt (80) ans inclus à la date du bulletin d'adhésion.

L'Assuré doit être résident, fiscalement et de façon permanente, en France Métropolitaine (hors DROM-COM).

Un déménagement en dehors de la France met fin à la couverture et à la présente adhésion.

L'Assuré, à la date d'adhésion :

- ne doit pas avoir besoin d'une Tierce personne pour effectuer un ou plusieurs des actes suivants : se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer,
- ne doit pas être sous tutelle ou sous curatelle,
- ne doit pas recevoir, ni avoir fait de demande de prestation au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou être en attente d'une demande de prestations d'APA.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité, le Contrat est

nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion par Mutuelle Bleue, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

4.2. Modalités d'adhésion

L'adhésion au Contrat est matérialisée :

- soit par la signature manuscrite d'un bulletin d'adhésion ;
- soit par la signature électronique d'un bulletin d'adhésion ;
- soit dans le cadre d'une vente par téléphone, par l'enregistrement téléphonique de la conversation (sauf si la vente est consécutive à un appel sortant non-sollicité auprès d'une personne non déjà cliente, auquel cas le Contrat est matérialisé par la signature électronique ou manuscrite d'un bulletin d'adhésion lors d'un second appel).

Dans tous les cas, l'adhésion est confirmée par l'envoi d'un Certificat d'adhésion indiquant le montant du capital souscrit, la date d'effet du Contrat, le montant de la cotisation, la périodicité et le mode de paiement de celle-ci.

En cas de contestation, les enregistrements informatiques ou vocaux, ou leur reproduction sur un support informatique ou papier, constitueront la preuve de la réception par l'Assuré des informations portées à sa connaissance par ADLP Assurances et l'Organisme assureur, ainsi que la preuve de son consentement à la réalisation de l'opération.

Par conséquent, les enregistrements informatiques ou vocaux, ou leur reproduction sur un support informatique ou papier, pourront être utilisés dans le cadre de toute procédure judiciaire ou autre et seront, bien entendu, opposables entre les Parties.

Seuls les Assurés ayant pu répondre favorablement à l'ensemble des conditions visées à l'article 4.1. susvisé relatives à la finalisation de la souscription au Contrat AvoCotés Perte d'Autonomie pourront adhérer au Contrat.

Dans l'hypothèse où l'Assuré n'a pas pu répondre de manière favorable à l'ensemble des questions, Mutuelle Bleue ne donnera pas suite au bulletin d'adhésion.

Les informations et documents contractuels peuvent être transmis à l'Assuré sur un support durable autre que le papier. Sauf à ce que le service fourni soit de nature exclusivement électronique, l'Assuré peut s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation ou à n'importe quel moment.

ARTICLE 5 : PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

5.1. Prise d'effet de l'adhésion

En cas d'adhésion par la signature manuscrite d'un bulletin d'adhésion, la date d'effet du Contrat est fixée au plus tôt à la date de réception dudit bulletin par ADLP Assurances, sous réserve du paiement de la première cotisation.

En cas d'adhésion par la signature électronique d'un bulletin d'adhésion, la date d'effet du Contrat est fixée au plus tôt à la date de signature dudit bulletin, sous réserve du paiement de la première cotisation.

En cas d'adhésion dans le cadre d'une vente par téléphone, la date d'effet du Contrat est fixée au plus tôt sept (7) jours ouvrés après la date de l'adhésion téléphonique, sous réserve du paiement de la première cotisation.

En tout état de cause, la date d'effet du Contrat est mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

Le Certificat d'adhésion, transmis par ADLP Assurances à l'Assuré, est accompagné de la présente Notice d'information, de la Fiche Informations et Conseil et du Document d'Information sur le Produit d'Assurance.

5.2. Prise d'effet des garanties

Les garanties sont ouvertes à la date de prise d'effet de l'adhésion, sous réserve du Délai de carence.

5.3. Renonciation

L'Assuré dispose d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires à compter de la date d'effet de l'adhésion (ou, en cas de vente à distance, à compter du jour où l'Assuré reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le Contrat est entré en vigueur).

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre (24) heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

En cas de renonciation, l'Assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à ADLP Assurances – 3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex.

Elle peut être faite selon le modèle de lettre de renonciation ci-après :

« Je soussigné(e) M/Mme (Nom, prénom, adresse), déclare renoncer au Contrat de prévoyance AvoCotés Perte d'Autonomie que j'ai 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 ».

Mutuelle Bleue, par le biais d'ADLP Assurances, procède alors au remboursement des cotisations versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception dans les conditions visées par l'article L. 221-18-1 du Code de la Mutualité. Des intérêts légaux courent de plein droit à l'expiration de ce délai.

5.4. Durée de l'adhésion

Sous réserve des cas de résiliation visés à l'article 11, l'adhésion au Contrat dure douze (12) mois et se renouvelle ensuite d'année en année à la date d'anniversaire de l'adhésion par tacite reconduction. La première date anniversaire est un (1) an après le jour de la prise d'effet de l'adhésion, la deuxième date anniversaire est deux (2) ans après l'adhésion, etc.

5.5. Bonus de fidélité

Le capital garanti en cas de Dépendance totale ou de Handicap invalidant de l'Assuré est augmenté comme suit en fonction de l'ancienneté d'adhésion de l'Assuré :

- Ancienneté de 5 ans : + 10%,
- Ancienneté de 10 ans : + 15%,
- Ancienneté de 15 ans : + 20%.

ARTICLE 6 : COTISATIONS

6.1. Montant des cotisations

Le montant de la cotisation due au titre du Contrat est celui figurant sur le Certificat d'adhésion. Il est calculé en fonction de l'âge de l'Assuré à la date d'adhésion, du niveau de capital choisi et des conditions tarifaires en vigueur à la date de l'adhésion.

Cette cotisation est fixée à la date d'adhésion de l'Assuré et n'augmente pas avec l'âge.

Le montant de la cotisation est fixé en euros et intègre les taxes applicables au Contrat d'assurance.

La cotisation est appelée par ADLP Assurances. Toute modification ultérieure des taxes applicables à un produit d'assurance sera répercutée, dans un sens comme dans l'autre, dès lors que la loi n'interdit pas la récupération du prélèvement par l'Organisme assureur.

Tout mois commencé est dû.

6.2. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables mensuellement, par prélèvement automatique sur le compte à vue désigné à cet effet par l'Assuré dans les conditions définies au Certificat d'adhésion.

Par dérogation à ce qui précède, dans le cas d'une offre promotionnelle sur le Contrat, la première cotisation est prélevée à l'issue de la période promotionnelle qui suit la date de conclusion de l'adhésion, période pendant laquelle la cotisation n'est pas due par l'Assuré.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert au nom de l'Assuré en France métropolitaine.

6.3. Défaut de paiement des cotisations

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les dix (10) jours de son échéance, ADLP Assurances adressera à l'Assuré une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception par laquelle il l'informe que le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation de son adhésion et la cessation des garanties.

La résiliation et la cessation des garanties interviendront, quarante (40) jours après l'envoi de la lettre recommandée précisant les conséquences du non-paiement, à moins que la cotisation n'ait été versée dans l'intervalle.

Lorsque la résiliation est la conséquence du non-paiement de ses cotisations, l'Assuré reste redevable de la part de cotisation restant due jusqu'à la date effective de résiliation.

ARTICLE 7 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

7.1 Garantie Dépendance totale et Handicap invalidant

Sous réserve de l'application du Délai de carence mentionné à l'article 2 en cas de Maladie, en cas de survenance de Dépendance totale ou handicap invalidant avéré de l'Assuré pendant la période de garantie, Mutuelle Bleue règle à l'Assuré, ou à son représentant légal, le capital souscrit.

Le capital garanti est dû à la date de survenance de la Dépendance totale ou du Handicap invalidant attesté par l'autorité médicale compétente et reconnue par Mutuelle Bleue, à condition que l'Assuré soit en vie (présentation sur demande de Mutuelle Bleue ou ADLP Assurances, d'un certificat de vie) à cette date et qu'il est fourni l'ensemble des documents requis au traitement de la demande.

La date de survenance de la Dépendance totale ou du Handicap invalidant sera réputée être la date déterminée par le Médecin Conseil de Mutuelle Bleue, sur la base des documents médicaux en sa possession.

7.1.1 Déclaration de sinistre

En cas de survenance d'un état de Dépendance totale ou de Handicap invalidant couvert par le Contrat, il appartient à l'Assuré ou, le cas échéant, à son représentant légal, d'informer ADLP Assurances dans un délai raisonnable, en déclarant le sinistre par téléphone, courrier ou courrier électronique aux adresses ou numéro de téléphone figurant au 14.1. Suite à cette déclaration il conviendra d'adresser le dossier de sinistre à ADLP Assurances sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de Mutuelle Bleue à l'adresse suivante : ADLP Assurances – Service Sinistres AvoCotés Perte d'Autonomie – 3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex.

Il est rappelé que les cotisations restent dues tant que le Médecin conseil de Mutuelle Bleue n'a pas reconnu l'état de Dépendance totale ou de Handicap invalidant de l'Assuré.

7.1.2 Pièces à fournir en cas de Dépendance totale

Le dossier de sinistre doit comporter :

- un certificat médical du médecin traitant ou hospitalier, exposant l'état de Dépendance totale de l'Assuré et sa date de survenance, en précisant l'origine accidentelle ou pathologique, la date de début de la ou des affections, leur(s) nature(s), l'état clinique actuel de l'Assuré, le caractère définitif de la Dépendance, ainsi que l'obtention définitive de la Tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Ce certificat sera à retourner, par l'Assuré, sous pli confidentiel à

l'attention du médecin-conseil de Mutuelle Bleue, à l'adresse suivante : ADLP Assurances – Service Sinistres AvoCotés Perte d'Autonomie – 3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex,

- le cas échéant, le procès-verbal de police ou de gendarmerie constatant l'Accident devra également être joint au dossier,
- tout autre document demandé par le contrôle médicale de Mutuelle Bleue lui permettant d'apprécier si la demande de prestation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie. De plus, L'Assuré pourra être sollicité par le médecin conseil de Mutuelle Bleue pour fournir des informations médicales complémentaires si les éléments fournis paraissent insuffisants.

Le Médecin-Conseil de Mutuelle Bleue aura toujours la possibilité de faire vérifier l'état de Dépendance totale de l'Assuré par le médecin de son choix et de faire pratiquer les examens médicaux qu'il jugera nécessaires. Ces examens et contrôles sont réalisés au frais de Mutuelle Bleue. L'Assuré qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés par le Médecin Conseil de Mutuelle Bleue ne pourra pas bénéficier des prestations.

Par ailleurs il devra être fourni les éléments suivants : un RIB-IBAN du compte sur lequel doit être viré le capital garanti ou tout autre document demandé par ADLP Assurances.

7.1.3 Pièces à fournir en cas de Handicap invalidant

Le dossier de sinistre doit comporter :

- un certificat médical du médecin traitant ou hospitalier, exposant l'état de Handicap de l'Assuré et sa date de survenance, en précisant l'origine accidentelle ou pathologique, la date de début de la ou des affections, leur(s) nature(s), l'état clinique actuel de l'Assuré, le caractère définitif du Handicap, ainsi que l'obtention définitive de la Tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.
Ce certificat sera à retourner, par l'Assuré, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de Mutuelle Bleue, à l'adresse suivante : ADLP Assurances – Service Sinistres AvoCotés Perte d'Autonomie – 3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex,
- le cas échéant, le procès-verbal de police ou de gendarmerie constatant l'Accident devra également être joint au dossier.
- le cas échéant, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de 3ème catégorie avec majoration pour Tierce personne au titre de son régime propre d'assurance maladie, ou tout justificatif attestant d'un taux d'incapacité d'au moins quatre-vingt (80)% définitif.
- tout autre document demandé par le contrôle médical de Mutuelle Bleue lui permettant d'apprécier si la demande de prestation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

7.2 Garantie « Soins immédiats »

7.2.1 Déclaration de sinistre

En cas de survenance d'une hospitalisation de plus de sept (7) jours continus de l'Assuré couvert par le Contrat, il appartient à ce dernier ou, le cas échéant, à son représentant légal, d'informer ADLP Assurances dans un délai raisonnable, en déclarant le sinistre par téléphone, courrier papier ou courrier électronique aux adresses ou numéro de téléphone figurant au 14.1 et en adressant le dossier de sinistre à ADLP Assurances.

7.2.2 Pièces à fournir en cas de « soins immédiats »

Le dossier de sinistre doit comporter le certificat d'hospitalisation mentionnant plus de sept (7) jours d'hospitalisation consécutif de l'Assuré, émis par l'établissement hospitalier dans lequel a été hospitalisé l'Assuré.

Tout autre document peut être demandé par le contrôle médical de Mutuelle Bleue lui permettant d'apprécier si la demande de prestation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

7.2.3 Versement du capital garanti

Le versement du forfait « soins immédiats » est dû à la date de réception du certificat d'Hospitalisation de l'Assuré, sous condition d'avoir respecté les conditions d'octroi de cette prestation.

ARTICLE 8 : CONTROLE MEDICALE ET ARBITRAGE

8.1. Contrôle médical

Les décisions de reconnaissance d'un état de Dépendance ou de Handicap invalidant prises par tout organisme dont dépend l'Assuré, ou par son médecin-traitant, ne s'imposent pas à Mutuelle Bleue.

Cette dernière se réserve le droit de faire apprécier la réalisation du risque de Dépendance ou de Handicap invalidant ainsi que le niveau de l'invalidité et son caractère définitif par tout médecin-expert de son choix qui évaluera l'état de santé de l'Assuré.

Les frais engagés pour l'expertise médicale sont à la charge de Mutuelle Bleue.

Si l'Assuré 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 Mutuelle Bleue, et qui procédera à une contre-expertise.

Les frais occasionnés par cette contre-expertise sont à la charge de l'Assuré.

8.2. Arbitrage

En cas de désaccord entre les conclusions des deux médecins-experts, l'Assuré ou Mutuelle Bleue 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'Assuré.

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'Assuré et Mutuelle Bleue conservent la faculté d'exercer un recours en justice.

ARTICLE 9 : CHANGEMENT ET MODIFICATION

Pour toute demande de changement ou de modification, merci de vous adresser à ADLP Assurances aux adresses et numéro de téléphone figurant au 14.1.

9.1. Modification des garanties

9.1.1 Diminution du capital garanti

L'Assuré a la possibilité de demander à ADLP Assurances la diminution du montant du capital garanti en cours d'adhésion.

Dans ce cas, la demande de diminution du capital garanti fera l'objet d'un avenant au Certificat d'adhésion prenant effet à l'échéance mensuelle qui suit la demande.

La cotisation est réduite proportionnellement au nouveau capital garanti.

9.1.2 Augmentation du capital garanti

L'Assuré a la possibilité de demander à ADLP Assurances l'augmentation du montant du capital garanti en cours d'adhésion.

Dans ce cas, l'Assuré doit adresser à ADLP Assurances un bulletin d'adhésion, qui fera l'objet d'un autre Certificat d'adhésion comportant le montant du capital choisi. Le montant du capital choisi vient en complément du(des) capital(aux) déjà souscrit(s).

Le cumul des capitaux souscrits doit respecter le montant maximum de vingt mille (20 000) euros.

9.2. Changement de situation de l'Assuré

L'Assuré devra communiquer en cours d'adhésion, par courrier ou par téléphone à ADLP Assurances, tout changement dans sa situation personnelle (par exemple, son domicile, sa domiciliation bancaire, tutelle/curatelle) pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par Mutuelle Bleue. A défaut d'information, les correspondances de Mutuelle Bleue ou d'ADLP Assurances seront valablement adressées à l'Assuré à son dernier domicile connu d'eux.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie.

ARTICLE 10 : EXCLUSIONS

Dans tous les cas, les suites et conséquences d'un état de Dépendance totale, d'un Handicap invalidant ou d'une hospitalisation, déclaré ou survenu avant la date d'effet du Contrat, sont exclues de la garantie.

LA GARANTIE NE COUVRE PAS :

- LA DEPENDANCE PARTIELLE

LA GARANTIE NE COUVRE PAS L'ETAT DE DEPENDANCE TOTALE, DE HANDICAP OU ET LES HOSPITALISATIONS DUS AUX CONSEQUENCES :

- D'ACCIDENTS SURVENUS AVANT LA DATE D'EFFET DE L'ADHESION
- DE LA TENTATIVE DE SUICIDE,
- DE COMPETITIONS SPORTIVES (ENTRAIEMENTS ET EPREUVES) A TITRE PROFESSIONNEL,
- D'ACCIDENT, DE BLESSURE, DE MALADIE OU DE MUTILATION RESULTANT DE FAITS INTENTIONNELS DE L'ASSURE,
- DE L'USAGE DE STUPEFIANTS OU DE PRODUITS MEDICAMENTEUX OU PHARMACEUTIQUES NON PRESCRITS PAR UNE AUTORITE MEDICALE COMPETENTE,
- DE CONSEQUENCES DE L'ETAT D'IVRESSE, D'ETHYLISME OU D'ALCOOLEMIE (TAUX CONSTATE EGAL OU EXCEDANT LE TAUX PREVU PAR LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR LORS DU SINISTRE).
- D'INFRACTIONS AU CODE DE LA ROUTE,
- DE LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE A DES RIXES SAUF CAS DE LEGITIME DEFENSE, ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER OU D'ACCOMPLISSEMENT DU DEVOIR PROFESSIONNEL,
- D'UNE EXPLOSION ATOMIQUE OU DES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS DE LA RADIOACTIVITE,
- DE CONSEQUENCES DE LA MODIFICATION DE STRUCTURE DU NOYAU ATOMIQUE OU DE TOUTE AUTRE SOURCE DE RAYONNEMENTS IONISANTS,
- DE FAITS DE GUERRE CIVILES OU ETRANGERES, MOUVEMENTS POPULAIRES, D'EMEUTES, D'INSURRECTIONS, D'ATTENTATS, DETOURNEMENTS, PRISE D'OTAGES ET D'ACTE DE TERRORISME, QUELS QU'EN SOIT LE LIEU ET LES PROTAGONISTES.

LA GARANTIE « SOINS IMMEDIATS » NE COUVRE PAS :

- LES HOSPITALISATIONS DUES A UNE CONVALESCENCE OU UN SEJOUR EN MAISON DE REPOS, D'HEBERGEMENT, DE PLEIN AIR, DE CONVALESCENCE, DE RETRAITE, LES ETABLISSEMENTS THERMAUX ET CLIMATIQUES, HOSPICES, CLINIQUES OU HOPITAUX PSYCHIATRIQUES, INSTITUTS MEDICO-PEDAGOGIQUES, LES ETABLISSEMENTS DE CURE, SERVICE PSYCHIATRIQUE D'UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER, EN ETABLISSEMENT DE CURES THERMALES, MARINES, DE RAJEUNISSEMENT, D'AMAIGRISSEMENT, TRAITEMENTS DIETETIQUES QUEL QUE SOIT LE MOTIF,
- L'HOSPITALISATION A DOMICILE ET L'HOSPITALISATION DE JOUR,
- LES HOSPITALISATIONS LIEES A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE A BUT ESTHETIQUE OU DE RAJEUNISSEMENT, AINSI QUE LEURS SUITES ET CONSEQUENCES, ET A UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE,
- LES HOSPITALISATIONS LIEES A L'ETAT DE GROSSESSE ET SES CONSEQUENCES.

ARTICLE 11 : RESILIATION DU CONTRAT

L'adhésion au Contrat peut être résiliée dans les cas suivants :

11.1. Résiliation à l'initiative de l'Assuré

L'Assuré peut mettre fin à son adhésion deux (2) mois au moins avant la date d'anniversaire du Contrat, le délai étant décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre (cachet de la Poste faisant foi), dans ce cas, la résiliation prendra effet à la date d'anniversaire du Contrat. L'Assuré peut dans ce cas notifier son souhait de résilier son Contrat par lettre, par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité.

L'Assuré peut également mettre fin à son adhésion à tout moment, au-delà de la première (1ère) année d'adhésion, dans ce cas, la résiliation prendra effet à la date d'échéance mensuelle qui suit la date de réception de la lettre de résiliation. La date d'échéance mensuelle du Contrat est déterminée par le jour de la date d'effet du Contrat. A défaut de quantième identique, la date d'échéance mensuelle sera déterminée par le dernier jour du mois. L'Assuré doit dans ce cas notifier son souhait de résilier son Contrat par lettre recommandée avec avis de réception adressée à ADLP Assurances à l'adresse figurant au 14.1.

En cas de modification de ses droits et obligations, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, l'Assuré 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.

11.2. Résiliation à l'initiative de Mutuelle Bleue

En cas de non-paiement de la cotisation par l'Assuré, Mutuelle Bleue peut résilier le Contrat dans les conditions prévues à l'article 6.3 de la présente Notice.

Article 12 : CESSATION DES GARANTIES

D'une façon générale, les garanties assurées prennent fin :

- à la date de résiliation de l'adhésion dans les conditions prévues à l'article 11,
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 6.3,
- en cas de démission de l'Assuré de l'Association ADPM,
- en cas de déménagement en dehors de la France,
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à Mutuelle Bleue, conformément à l'article L. 211-9 et R. 212-22-2 du Code de la Mutualité ;
- en cas de décès de l'Assuré,
- en cas de versement du capital au titre de l'entrée en Handicap invalidant et/ou de l'entrée en Dépendance totale,
- en cas d'entrée en Handicap invalidant et/ou en Dépendance totale consécutive à une maladie pendant le délai de carence.

ARTICLE 13 : TERRITORIALITE

Les garanties sont acquises en France ainsi que dans le monde entier lors de séjours à l'étranger de moins de trois (3) mois.

ARTICLE 14 : DISPOSITIONS DIVERSES

14.1. Contacts

Pour toute demande concernant votre contrat AvoCotés Perte d'Autonomie, vous pouvez contacter ADLP Assurances :

- Par courrier : ADLP Assurances – AvoCotés Perte d'Autonomie – 3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex.
- Par téléphone au 0974 750 175 (appel non surtaxé)
- Par courrier électronique à serviceclients@adlpassurances.fr

14.2. Droit d'opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la Consommation, l'Assuré est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret 10000 Troyes ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet à l'Assuré de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur 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.

14.3. Réclamations - Médiation

En cas de réclamation, l'Assuré peut contacter : ADLP Assurances – Service réclamation :

- Par courrier au 3 avenue de Chartres 60507 Chantilly Cedex
- Par courriel à reclamation@adlp-assurances.fr.

ADLP Assurances 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. Le traitement de réclamation est effectué conformément aux bonnes pratiques recommandées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) en matière de traitement des réclamations.

Après épuisement de toutes les procédures internes d'ADLP Assurances, si un désaccord subsiste, et que l'Assuré n'a pas saisi les tribunaux, il aura la faculté de faire appel au Médiateur de la consommation de la Mutualité Française dont les coordonnées sont les suivantes :

- Courrier : Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) - Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française - 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15
- Site internet : www.mediateur-mutualite.fr

La proposition du Médiateur de la consommation de la Mutualité Française sera communiquée à Mutuelle Bleue, écrite et motivée. La proposition rendue n'exclue pas la possibilité d'un éventuel recours devant la juridiction compétente.

14.4. Prescription

14.4.1. Définition de la prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant de la présente Notice d'information sont prescrites dans les délais et termes des articles L221-11 et suivants du Code de la Mutualité.

14.4.2. 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 Mutuelle Bleue 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'Assuré contre Mutuelle Bleue 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'Assuré, ou a été indemnisé par celui-ci.

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.

14.4.3. 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 Mutuelle Bleue à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Assuré, 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).

14.4.4. 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.

14.5. Sanctions

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

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fausse, d'omission ou de déclaration inexacte par l'Assuré, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'Assuré 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, Mutuelle Bleue peut également procéder à la résiliation du Contrat.

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

14.6. Protection des données personnelles

Les informations recueillies dans le cadre de l'adhésion et la gestion du Contrat font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par Mutuelle Bleue et ADLP Assurances pour la gestion de leur relation avec l'Assuré et l'exécution du Contrat.

Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du Contrat 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 par ADLP Assurances (sauf opposition).

Elles sont destinées à Mutuelle Bleue et ADLP Assurances en tant que responsables du traitement et, éventuellement, leurs mandataires, sous-traitants ou partenaires, ou encore aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées. 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. Toute autre base légale est inscrite au Contrat, bulletin d'adhésion, sites Internet ou tout autre document contractuel que l'Assuré est tenu de respecter.

Vos données à caractère personnel pourront éventuellement faire l'objet de transfert vers des destinataires établis dans des pays situés hors de

l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées.

Mutuelle Bleue et ADLP Assurances 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'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données les 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, y compris à des fins de prospection.

L'Assuré peut exercer ses droits auprès d'ADLP Assurances en s'adressant à :

- Par courrier au 3 avenue de Chartres 60507 Chantilly Cedex
- Par courriel à dpo@adlp-assurances.fr.

En outre, l'Assuré 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'Assuré peut introduire une réclamation auprès de la CNIL concernant la protection de ses données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris.

Pour en savoir plus sur la politique des données personnelles d'ADLP Assurances, nous vous invitons à consulter la rubrique sur le site www.avocotes.fr.

14.7. Modification de la Notice d'information

La présente Notice d'information peut être modifiée dans les conditions prévues dans les Statuts de Mutuelle Bleue.

Ces modifications sont portées à la connaissance des Membres Participants de Mutuelle Bleue.

Les modifications portant sur les taux de cotisations et/ou les montants de prestations sont applicables de plein droit à compter de leur notification.

14.8. Loi applicable

La loi applicable aux présentes dispositions est la loi française conformément à l'article L. 225-2 du Code de la Mutualité. Lorsque des dispositions législatives et réglementaires viennent à modifier la portée des engagements de Mutuelle Bleue, cette dernière peut procéder à la révision du Contrat. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les conditions antérieures s'appliquent sauf lorsque les nouvelles dispositions sont d'ordre public et, de ce fait, d'application immédiate. En ce dernier cas, Mutuelle Bleue pourra être amenée à aménager les garanties et les tarifs.

Ce Contrat est assujéti au régime fiscal français.

Tous impôts, taxes, prélèvements et contributions qui pourraient s'appliquer à l'adhésion au Contrat sont à la charge de l'Assuré selon le cas et ce, notamment lorsqu'une nouvelle législation est adoptée postérieurement à la date de souscription du Contrat.

14.9. Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Mutuelle Bleue s'engage 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, elle est tenue 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.

14.10. Désignation de l'organisme de contrôle

Mutuelle Bleue exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise : 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ADPM - Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste – 49 bis, avenue André Maginot 37100 TOURS

ADLP Assurances, 3 rue Henri Rol-Tanguy, 93100 Montreuil, SAS au capital de 4 582 329 €, RCS Bobigny 799 342 118, immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 14001699. Entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des assurances.

Mutuelle Bleue, mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993, dont le siège social est sis – 25 Place de la Madeleine 75008 Paris. Entreprise soumise au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION AVOCOTES PERTE D'AUTONOMIE CONTRAT COLLECTIF n° FIC20DEP0082

ADLP ASSURANCES, Société par actions simplifiée, au capital de 4 582 329 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous le numéro 799 342 118, inscrite au Registre National des Intermédiaires sous le n° 14001699, dont le siège social se situe 3 rue Henri Rol Tanguy, 93100 Montreuil a souscrit le contrat collectif n° **FIC20DEP0082**, au bénéfice des adhérents couverts par le contrat d'assurance ADPM2001 distribué par **ADLP ASSURANCES** et souscrit par **ADPM** (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès de la **MUTUELLE BLEUE**.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Téléphone	09 77 40 85 46 (depuis la France) + 33 9 77 40 85 46 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Courriel	assistance.personnes@filassistance.fr

1 OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

Les garanties d'assistance du Contrat, **sauf stipulations contraires expressément prévues à l'article III. TABLEAU DES GARANTIES**, ne sont dues qu'à compter du moment où le fait générateur a lieu en France métropolitaine.

Sauf stipulations contraires, les garanties ne sont délivrées qu'en France métropolitaine.

2 QUELLE EST LA PERIODE DES GARANTIES ?

Les garanties du présent Contrat suivent le sort du contrat d'assurance **ADPM2001** distribué par **ADLP ASSURANCES** et souscrit par **ADPM** (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès de la **MUTUELLE BLEUE**, auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile, avenant, suspension, résiliation, etc.).

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Évènement à l'origine de la demande d'assistance survient postérieurement à la date d'adhésion et durant la période de validité du présent Contrat.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance ADPM2001 souscrit par ADPM (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès de MUTUELLE BLEUE ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° FIC20DEP0082.

I. DEFINITIONS

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule.

Accident : Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent : Toute personne physique domiciliée en France métropolitaine, ayant adhéré au contrat d'assurance **ADPM2001** distribué par **ADLP ASSURANCES** et souscrit par **ADPM** (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès de la **MUTUELLE BLEUE** et assurée au titre du contrat collectif n° **FIC20DEP0082**.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

Animaux de compagnie : Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Auxiliaire de vie : Intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers), dans le but de maintenir la personne à son Domicile.

Bénéficiaire : L'Adhérent.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° **FIC20DEP0082**.

Dépendance totale : Est reconnu en état de Dépendance totale l'Adhérent dont l'état de santé est consolidé, permanent et irréversible et satisfait aux 2 conditions suivantes :

- Etre dans l'impossibilité permanente physique ou psychique, médicalement constatée, d'effectuer, sans l'assistance d'une tierce personne, au moins 4 des 5 actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer, s'alimenter, transfert Lit/Fauteuil) et
- Etre reconnu par le médecin de **MUTUELLE BLEUE** comme répondant aux critères ci-dessus.

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Equipe médicale : Médecin de **FILASSISTANCE**.

Equipe médico-psycho-sociale : Médecins de **FILASSISTANCE**, assistantes sociales, psychologues ou conseillers en économie sociale et familiale de **FILASSISTANCE**.

Etablissements de soins publics ou privés : Hôpitaux, cliniques, établissements de convalescence, établissements de soins de suite et de

réadaptation (SSR), centres de rééducation, établissements d'HAD (Hospitalisation à domicile), etc... au sein desquels le Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une Autorité médicale.

Evènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE** et notamment le Handicap, la Dépendance totale, l'Hospitalisation.

Handicap : Toute atteinte corporelle ou psychique entraînant le classement par la Sécurité sociale en 3^{ème} catégorie d'invalidité (pour les assurés sociaux) ou la reconnaissance, par le médecin-conseil, de **MUTUELLE BLEUE** d'un taux d'incapacité définitif d'au moins quatre-vingts (80) % établis conformément au guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées. Un taux de quatre-vingts (80) % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle.

Hospitalisation : **Sauf stipulation contraire**, tout séjour d'une durée **supérieure à 24 heures**, dans un Etablissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident ou une Maladie.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une Autorité médicale compétente.

Proche parent : les ascendants et descendants du 1er degré et/ou le Conjoint de l'Adhérent tel que défini ci-dessus.

Titre de transport : **Dans la limite des disponibilités**, pour les trajets dont la durée est **inférieure à 5 heures** en train, il est remis un billet de train, 1^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion classe économique. A défaut de précision spécifique pour une garantie donnée, le Titre de transport se définit comme un billet aller/retour.

II. DETAIL DES PRESTATIONS GARANTIES

En cas de difficulté de compréhension du tableau synoptique ci-avant, il convient de faire prévaloir la rédaction des garanties détaillées ci-après.

1. PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHESION

Dans le cadre des garanties de cet article IV.1, il faut entendre par Bénéficiaire : l'Adhérent.

(Si, en raison de son Handicap ou sa Dépendance, l'Adhérent n'est pas en mesure de demander lui-même les prestations ci-dessous énoncées, elles peuvent dans ce cas, être mises en œuvre par son proche parent en son nom et pour son compte).

a. Informations juridiques et vie pratique

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

- Informations juridiques
 - Justice / défense / recours,
 - Assurances sociales / allocations / retraites,
 - Impôts / fiscalité,
 - Famille,
 - Travail,
 - Protection sociale,
 - Sociétés,
 - Retraite,
 - Handicap,
 - Dépendance
- Informations vie pratique
 - Handicap,
 - Dépendance,
 - Habitation / logement,
 - Consommation,
 - Vacances / loisirs,
 - Formalités / cartes / permis,
 - Les services publics,
 - Enseignement / formation

b. Renseignements sur le Handicap ou la Dépendance

FILASSISTANCE communique au Bénéficiaire toutes les informations dont il aurait besoin dans le cadre de la survenance du Handicap ou de la Dépendance, notamment ses droits et les démarches à effectuer et met en contact le Bénéficiaire avec les organismes concernés.

Les frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire.

c. Recherche d'établissements spécialisés ou d'accueil temporaire

FILASSISTANCE recherche et indique au Bénéficiaire les établissements spécialisés ou d'accueil temporaire qui peuvent recevoir le Bénéficiaire en état de Handicap ou de Dépendance de façon permanente.

Si le Bénéficiaire le souhaite, **FILASSISTANCE** réserve un lit dans l'établissement le plus proche du Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.**

Le coût du lit est à la charge du Bénéficiaire.

d. Recherche et mise en relation si nécessaire avec les prestataires de services à Domicile

FILASSISTANCE recherche et met en relation le Bénéficiaire avec les prestataires de service à domicile suivants :

- Acheminement de repas, de courses, de médicaments,
- Réalisation de courses, préparation de repas,
- Gardiennage du Domicile,
- Aide à domicile, auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux,
- Entretien du domicile et autres travaux (jardinage, petit bricolage...),
- Accompagnateur dans les déplacements,
- Coiffeur, pédicure,
- Collecte et livraison de linge repassé,
- Déménagement,
- Professionnels de l'habitat (plombier, menuisier, électricien ...).

Les frais engagés restent à la charge du Bénéficiaire.

e. Accompagnement budgétaire et social Dépendance / Handicap

Le Bénéficiaire peut contacter **FILASSISTANCE** pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- Une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de **FILASSISTANCE**,
- Une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie du Bénéficiaire,
- Une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé.

f. Bilan situationnel par un ergothérapeute

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au Domicile du Bénéficiaire.

L'ergothérapeute évalue la situation du Bénéficiaire dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie).

A la fin de l'intervention de l'ergothérapeute, un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du Domicile sera remis au Bénéficiaire.

Le bilan situationnel par un ergothérapeute est limité à un seul bilan par Bénéficiaire et par année civile.

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du Domicile du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** met le Bénéficiaire en relation avec une structure qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour apporter une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de son logement :

- Envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les travaux,
- Etablissement par ces prestataires de devis et diagnostic portant sur les travaux à effectuer,
- Vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis,
- Suivi des travaux, des coûts, des délais,
- Contrôle du procès-verbal de fin de travaux.

Le coût des travaux est à la charge du Bénéficiaire.

g. Bilan prévention autonomie

À la demande du Bénéficiaire, l'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** réalise un « bilan prévention autonomie » du Bénéficiaire en état de Handicap / Dépendance.

Le bilan prévention autonomie de **FILASSISTANCE** aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (notamment l'isolement social, l'entretien du Domicile, les déplacements, la préparation des repas, la

toilette, l'habillage) dans le but de favoriser le maintien à Domicile du Bénéficiaire en état de Handicap / Dépendance et de préserver sa qualité de vie.

L'équipe de **FILASSISTANCE** délivre des recommandations pour accompagner le Bénéficiaire dans les démarches de maintien à Domicile. En fonction des besoins recensés par l'Equipe médico-psycho-sociale, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) réalise un diagnostic plus complet par téléphone sur l'aménagement de l'habitat et de l'environnement du Bénéficiaire en état de Handicap / Dépendance. Ce spécialiste proposera ainsi des solutions de prévention (pour éviter les Hospitalisations ou les rechutes, rééducation, réadaptation afin d'améliorer l'indépendance, etc.) en synergie avec l'équipe de **FILASSISTANCE** et des différents intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du Domicile, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules, etc.

Les éventuels frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire.

Le recours au médecin traitant sera systématiquement conseillé pour aborder l'approche médicale du Handicap ou de la Dépendance (reconnaissance et prise en charge thérapeutique).

De plus, lors de ses entretiens téléphoniques, l'équipe de **FILASSISTANCE** aide le Bénéficiaire à constituer un dossier perte d'autonomie/Dépendance ou de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé, à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière.

Selon la situation du Bénéficiaire, l'équipe de **FILASSISTANCE** le renseigne sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, etc.), l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.

h. Prévention des risques cardio-vasculaires

FILASSISTANCE informe le Bénéficiaire sur les risques cardio-vasculaires qu'il encourt. Il peut ainsi acquérir des connaissances sur les facteurs de risques qu'il présente et être sensibilisé aux bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie.

Dans cette optique, le Bénéficiaire bénéficie d'informations de prévention et d'accompagnement en fonction des facteurs de risque détectés qui lui sont propres.

i. Bilan prévention mémoire

L'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** réalise une évaluation médico-psycho-sociale du Bénéficiaire en état de Handicap ou de Dépendance.

En cas de plainte mnésique objectivée, le Bénéficiaire en état de Dépendance est orienté vers une filière de prise en charge (évaluation spécialisée des fonctions cognitives, orientation vers les structures proposant une stimulation cognitive, écoute, information, accompagnement).

Les éventuels frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire.

En cas de vieillissement normal des fonctions cognitives, **FILASSISTANCE** délivrera au Bénéficiaire en état de Dépendance ou de Handicap un programme d'entraînement et d'accompagnement personnalisé.

j. Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence

L'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** est à la disposition du Bénéficiaire pour l'écouter, l'informer sur ce qu'est l'incontinence, ses principales formes, les traitements possibles ainsi que sur les prises en charges publiques.

Elle délivre également des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques sur des sujets tels que l'incontinence urinaire, les symptômes, l'échographie vésicale...) pour accompagner le Bénéficiaire dans ses démarches.

Si cela est nécessaire, l'Equipe médico-psycho-sociale orientera le Bénéficiaire vers son médecin traitant afin que soit réalisé un examen complet par des professionnels compétents.

FILASSISTANCE lui indiquera également les coordonnées de médecins spécialistes, de professionnels de santé (kinésithérapeutes, stomathérapeutes...), d'établissements hospitaliers ou associations les plus proches de son Domicile.

2. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 7 JOURS DE L'ADHÉRENT

Dans le cadre des garanties de cet article IV.2, il faut entendre par Bénéficiaire : l'Adhérent.

(Si en raison de son Hospitalisation, l'Adhérent n'est pas en mesure de demander lui-même les prestations ci-dessous énoncées, elles peuvent dans ce cas, être mises en œuvre par son proche parent en son nom et pour son compte)

a. Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans en France métropolitaine, afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat justifiant de la réalité de l'Evènement devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 10 heures maximum réparties sur les 10 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation et dans la limite d'une fois par année civile.

Cette garantie n'est pas cumulable avec les garanties suivantes :

- IV.2.b Auxiliaire de vie,
- IV.2.c Portage de repas.

b. Auxiliaire de vie

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Auxiliaire de vie afin de le maintenir à son Domicile.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 10 heures maximum réparties sur les 10 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation et dans la limite d'une fois par année civile.

Cette garantie n'est pas cumulable avec les garanties suivantes :

- IV.2.a Aide à domicile,
- IV.2.c Portage de repas.

c. Portage de repas

FILASSISTANCE prend en charge le portage de repas au Domicile.

La prise en charge est limitée à 2 repas maximum par jour dans la limite de 5 jours consécutifs et à 1 mise en œuvre maximum par année civile.

Le coût des repas reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette garantie n'est pas cumulable avec les garanties suivantes :

- IV.2.a Aide à domicile,
- IV.2.b Auxiliaire de vie.

d. Venue d'un proche

FILASSISTANCE met à disposition d'un proche désigné par le Bénéficiaire

1 Titre de transport maximum par Evènement, afin que ce dernier se rende au chevet du Bénéficiaire.

3. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉPENDANCE TOTALE OU DE HANDICAP

Dans le cadre des garanties de cet article IV.3, il faut entendre par Bénéficiaire : l'Adhérent.

(Si en raison de son Handicap ou sa Dépendance totale, l'Adhérent n'est pas en mesure de demander lui-même les prestations ci-dessous énoncées, elles peuvent dans ce cas, être mises en œuvre par son proche parent en son nom et pour son compte).

a. Enveloppe de services

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une enveloppe de services à choisir parmi ceux proposés dans le tableau ci-dessous.

Chaque service a une valeur en nombre d'unités et le Bénéficiaire peut utiliser les services de son choix dans la limite de **30 unités par Evènement**. Ces services peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins.

Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord au Bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'un ou plusieurs services et que ceux-ci auront débuté.

La valeur en unités de chaque service est la suivante :

Services	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide à domicile	1 heure	1 unité
Auxiliaire de vie (Aide à la toilette, aide aux repas, aide aux transferts)	1 heure	2 unités
Accompagnement dans les déplacements	1 transport aller <u>ou</u> retour	3 unités
Portage de repas	1 repas livré	1 unité
Préparation de repas	1 heure	1 unité
Réalisation de courses	1 heure	1 unité
Livraison de médicaments	1 livraison	4 unités
Coiffeur, esthéticienne, pédicure à Domicile	La prestation	2 unités
Collecte et livraison du linge repassé	1 heure	1 unité
Visite de courtoisie	1 visite	2 unités
Jardinage	1 heure	2 unités
Petit bricolage	1 heure	2 unités
Garde des enfants à Domicile	1 heure	2 unités
Conduite à l'école, aux activités extrascolaires	1 transport aller <u>ou</u> retour par jour	3 unités
Garde des ascendants ou du Conjoint à Domicile	1 heure	2 unités
Garde des Animaux de compagnie :		
- Visite à Domicile	2 passages par jour	2 unités
- Garde à l'extérieur	1 jour de garde	1 unité

b. Accompagnement psychologique

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec son Equipe médico-sociale pour lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 3 entretiens maximum par Evènement**.

III. EXCLUSIONS

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Exclusions générales

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de FILASSISTANCE :

- Les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;
- Les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
- Les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- Les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;

- Les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
- Les conséquences d'événements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysme naturel ;
- Les conséquences des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- Les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- Les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide du Bénéficiaire survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion.

IV. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

1. DELIVRANCE DES PRESTATIONS

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (**hors jours fériés**).

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat **FIC20DEP0082**. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie ne peuvent donner lieu au versement d'une indemnité compensatoire.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

2. REGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de **FILASSISTANCE**, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que **FILASSISTANCE** jugerait utile.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

3. CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de **FILASSISTANCE**, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'équipe médicale de FILASSISTANCE.

Afin de permettre à l'équipe médicale de **FILASSISTANCE** de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de **FILASSISTANCE**.

4. CONDITIONS SPECIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. **En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.**

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un **délai maximal de 72 heures**.

La responsabilité de **FILASSISTANCE** ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),
- Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

Les prestations d'information juridique dispensées par **FILASSISTANCE** ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.

La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. **FILASSISTANCE** ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

V. TABLEAU SYNOPTIQUE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX BENEFICIAIRES DES L'ADHESION Peut bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent.	
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Renseignements sur la Dépendance	Informations téléphoniques
Recherche d'établissements spécialisés ou d'accueil temporaire	Mise en relation
Recherche et mise en relation si nécessaire avec les prestataires de services à Domicile	Mise en relation
Accompagnement budgétaire et social Dépendance / Handicap	Informations téléphoniques
Bilan situationnel par un ergothérapeute - Bilan - Mise en relation avec des professionnels du bâtiment	1 bilan par Bénéficiaire et par année civile Mise en relation
Bilan prévention autonomie	Informations téléphoniques
Prévention des risques cardio-vasculaires	Informations téléphoniques
Bilan prévention mémoire	Informations téléphoniques
Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence	Informations téléphoniques
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 7 JOURS DE L'ADHÉRENT Peut bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent.	
Aide à domicile	10 heures maximum réparties sur les 10 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation et dans la limite d'une fois par année civile
OU Auxiliaire de vie	10 heures maximum réparties sur les 10 jours ouvrés consécutifs suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation et dans la limite d'une fois par année civile
OU Portage de repas	2 repas maximum par jour dans la limite de 5 jours consécutifs 1 mise en œuvre maximum par année civile
Venue d'un proche	1 Titre de transport par Evènement
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉPENDANCE TOTALE OU DE HANDICAP Peut bénéficier des garanties suivantes : l'Adhérent.	
Choix parmi une enveloppe de 16 services : - Aide à domicile - Auxiliaire de vie (Aide à la toilette, aide aux repas, aide aux transferts) - Accompagnement dans les déplacements - Portage de repas - Préparation des repas - Réalisation des courses - Livraison de médicaments - Coiffeur, esthéticienne, pédicure à Domicile - Collecte et livraison de linge repassé - Visite de courtoisie - Jardinage - Petit bricolage - Garde des enfants à Domicile - Conduite des enfants à l'école et activités extra-scolaires - Garde des ascendants ou du Conjoint à Domicile Garde des Animaux de compagnie	Chaque service a une valeur définie en nombre d'unités. L'Adhérent peut utiliser les services de son choix dans la limite de 30 unités par Evènement
Accompagnement psychologique	3 entretiens maximum par Evènement

VI. CLAUSES REGLEMENTAIRES

1. SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, **FILASSISTANCE** est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer **FILASSISTANCE** de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

2. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE** et ses prestataires. Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de **FILASSISTANCE**, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données de l'Adhérent seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 Décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

L'Adhérent dispose notamment d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

L'Adhérent dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions réglementaires, l'Adhérent peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

L'Adhérent peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (**FILASSISTANCE** INTERNATIONAL - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

L'Adhérent peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

L'Adhérent pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, l'Adhérent a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

3. RESPONSABILITE

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente notice. A ce titre, **FILASSISTANCE** est tenue d'une obligation de

moyens dans la délivrance et la réalisation des prestations d'assistance. Il appartiendra à l'Adhérent, de prouver la défaillance de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis de l'Adhérent, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, **FILASSISTANCE** sera responsable des seuls dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard de l'Adhérent, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de **FILASSISTANCE** et un préjudice de l'Adhérent.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et apprécié par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

4. AUTORITE DE CONTROLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

5. RECLAMATIONS

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps :

- Auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- Par courrier à l'adresse suivante : **FILASSISTANCE** - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- Par mail à qualite@filassistance.fr,
- Sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée à l'Adhérent dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date de réception de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont l'Adhérent sera informé.

Si le désaccord persiste, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra soit saisir les tribunaux compétents, soit saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance en adressant sa demande :

Par courrier à l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,

Sur le site internet www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

6. 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 du Code des assurances :

- Délai de prescription

Article L.114-1 : Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2) en cas de sinistre, 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'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

- Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2 : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

- Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3 : Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les Parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

- Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil.

- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

- Demande en justice

Article 2241 du Code civil : La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil : L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

- Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil : Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

- Etendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 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 interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

- Causes de report et de suspension de la prescription

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

Article 2233 du Code civil : La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;

2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;

3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil : La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil : Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par annuités ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil : Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil : Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil : La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil : La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée. Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

- Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

7. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

La présente notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

ADLP Assurances, 3 rue Henri Rol-Tanguy, 93100 Montreuil, SAS au capital de 4 582 329 €, RCS Bobigny 799 342 118, immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 14001699.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL, 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex, Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689. Entreprises régies par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. RC professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des assurances.

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 et du 7 octobre 2020. 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 ;

- 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 ;
- 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 définies 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 de 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 être, au jour de l'élection ou du renouvellement des délégués :

- rattaché à sa section
- âgé d'au moins dix-huit (18) ans
- à jour du paiement de ses cotisations
- membre participant depuis un (1) an

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 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 lesdélégations 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-huit (18) 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 à bulletins secrets par l'Assemblée Générale, au scrutin uninominal majoritaire à un (1) tour.

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 à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à un (1) tour 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 I^{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 élus au Comité Social et Economique, conformément à l'article L. 114-16 du Code de la Mutualité et à l'article 51 des Statuts.

Article 51 : Élection des représentants du Comité Social et Economique pour participation au Conseil d'Administration

Le Comité Social et Economique, nouvellement élu, élit parmi ses membres, pour quatre (4) ans, les deux (2) personnes chargées de représenter les salariés au Conseil d'Administration :

- l'une représente les employés ;
- l'autre représente les cadres et techniciens.

A défaut d'élection par le Comité Social et Economique, les représentants des salariés sont élus à bulletin secret par les seuls salariés de la Mutuelle, à la majorité relative à un (1) seul tour, pour une durée de quatre (4) ans à compter de la date de leur élection.

Tout salarié majeur ayant au moins une (1) année d'ancienneté peut se présenter et se porter candidat à titre individuel, mais ne peuvent participer à ces élections que les salariés ayant au moins six (6) mois d'ancienneté. Le scrutin doit avoir lieu tous les quatre (4) ans dans le mois qui précède l'expiration du mandat des représentants en fonction. En cas de démission ou de décès de l'un d'entre eux, il sera procédé à son remplacement dans les six (6) mois de la cessation de fonction.

Le représentant nouvellement nommé ne demeurera que pendant la durée du temps restant à courir du mandat confié à son prédécesseur.

Ce scrutin est annoncé au moins trente (30) jours pleins avant la date des élections par un avis affiché dans les locaux de la Mutuelle. 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 du scrutin. Les bureaux électoraux sont composés en accord avec les délégués du personnel. Le vote a lieu à bulletins secrets dans une urne déposée à cet effet. Les salariés mettront leur bulletin dans une enveloppe qui leur sera remise au moment du scrutin.

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, et sauf lorsque le Conseil d'Administration est réuni pour procéder à l'arrêté des comptes annuels et à l'établissement du rapport de gestion, 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 quelque 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 de frais 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 parcimètre et de péage

Dans tous les cas, les frais de parking, de péage ou de parcimètre 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 70528 - 77014 Melun Cedex

ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE MUTUALISTE

STATUTS

Mis à jour par les Assemblées Générales des 29 juin 2018 et 24 septembre 2020

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 1er juillet 1901 et le Décret du 16 août 1901, 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 3e 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, conformément à l'article 8, 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 : DEMISSION - DECES - RADIATION

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 du ou des administrateur(s) nommé(s) prend fin à la plus prochaine Assemblée Générale suivant sa/leur nomination.

Cette Assemblée Générale procèdera 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.

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 et le lieu de la réunion du Conseil d'Administration.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par tous les administrateurs participant à la réunion.

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.

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.

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, ainsi que la date et le lieu de la tenue 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 ou du vote électronique.

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 ou du vote électronique.

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 ou par voie électronique, 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,
- 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 Maginot 37100 Tours
Déclarée à la Préfecture d'Indre-et-Loire le 17 mars 1999