

Néoliane  
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane  
**Autonomie+**

Versement d'un capital en cas  
de dépendance totale

**NOTICE  
D'INFORMATION**

DEP 04.2021

- + Conditions Générales d'Assistance
- + Statuts Mutuelle Bleue
- + Statuts GPST d'assistances

**mutuelle  
bleue**  
PRÉSENTS  
POUR VOUS

# INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Le contrat Néoliane Autonomie+ est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST) auprès de Mutuelle Bleue, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, située au 25 place de la Madeleine - 75008 Paris, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de Mutuelle Bleue.

Les droits et obligations de l'Assuré peuvent être modifiés par des avenants au contrat.

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction du capital choisi et de l'âge de l'Assuré à la date d'effet de l'adhésion par différence de millésime.

Le contrat prévoit (article 2.3 de la Notice d'information) le versement du capital garanti à l'Assuré en cas de dépendance totale telle que définie à l'article 2.1 de la Notice d'information survenant postérieurement à la date d'effet de la garantie et pendant la période de validité du Contrat. Le montant du capital garanti est celui figurant sur les Conditions particulières en vigueur à la date de déclaration de la dépendance. Ce capital est déterminé par l'Assuré dans sa demande d'adhésion pour un montant compris entre 5 000 euros et 50 000 euros par palier de 5 000 euros.

Le contrat prévoit une garantie optionnelle "Fracture Brûlure" qui a pour objet le versement d'un capital en cas de Fracture ou de Brûlure de l'Assuré, consécutif à un accident.

Le contrat prévoit également un service d'assistance fourni par Filassistance International.

### **Les exclusions prévues par le contrat sont celles prévues par l'article 3 de la présente Notice.**

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

La durée minimale de l'adhésion s'étend à compter de sa date d'effet et pendant un an jusqu'à sa date anniversaire, puis au 31 décembre de l'année suivante. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

La cotisation est payable d'avance par prélèvement automatique. L'Assuré peut opter pour un paiement mensuel ou trimestriel.

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

L'Assuré dispose d'un délai de trente (30) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. La demande de renonciation doit être adressée par écrit sur le site :

**[www.neoliane-sante.fr/service-client](http://www.neoliane-sante.fr/service-client)**

ou envoyée à l'adresse suivante :

**Néoliane Santé  
455 Promenade des Anglais - Immeuble Plaza  
06200 Nice**

et rédigée selon le modèle suivant :

**Nom, prénom :**

**Adresse :**

**N° du contrat :**

**Mode de paiement choisi :**

**Montant de la cotisation déjà acquitté :**

**Je soussigné(e) M. /Mme (nom, prénom, adresse, n° Adhérent) déclare renoncer à mon adhésion n°..... au Contrat «Néoliane Autonomie +» dont la date d'effet est fixée au ... /... /... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception du présent courrier.**

**Fait à ....., le ..... (Signature)**

Les relations précontractuelles et contractuelles avec Mutuelle Bleue sont régies par le droit français.

Mutuelle Bleue s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

En cas de difficultés liées à l'application de la présente Notice, l'Assuré peut contacter Mutuelle Bleue selon les modalités détaillées à l'article 9 de la présente Notice d'information, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice.

### **Réclamations et litiges**

L'Assuré peut adresser une réclamation à son interlocuteur habituel, à savoir : au Service Qualité de Néoliane Santé en écrivant à [qualite@neoliane.fr](mailto:qualite@neoliane.fr), ou 455 Promenade des Anglais – Nice Plaza 06200 Nice.

En cas de réponse non satisfaisante, l'Assuré peut adresser une réclamation par écrit, au Service Prévoyance de Mutuelle Bleue au 01 64 71 42 58 puis, le cas échéant, au Service Satisfaction Clients, 14 rue René Cassin – CS 70528 – 77014 Melun Cedex.

La Mutuelle et Néoliane Santé s'engagent à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

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

Par 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](http://www.mediateur-mutualite.fr)

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

# Notice d'information

Garantie NÉOLIANE AUTONOMIE+  
N° DEP 04.2021

## 1. LES INTERVENANTS AU CONTRAT

### Courtier

Néoliane Santé, 455 promenade des Anglais Immeuble Nice Plaza – 06200 NICE. Société par actions simplifiée à associé unique, enregistrée au Registre du Commerce de NICE sous le numéro 510 204 274, inscrit à l'Orias sous le numéro 09 050 488 (vérifiable sur [www.oriass.fr](http://www.oriass.fr)), au capital de 2 000 000 euros. Ci-après dénommée « Néoliane Santé » ou « le Courtier ».

### Assuré

Personne physique qui adhère au présent Contrat collectif d'assurance, et sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement garanti.

### Assureur

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

### Souscripteur

Personne morale signataire du Contrat collectif au profit de tout ou partie de ses membres. Le souscripteur du présent Contrat collectif est l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (GPST).

### Assistance

Filassistance International S.A. au capital de 3 500 000 euros entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NANTERRE au numéro 433 012 689 – Siège social : 108, bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD CEDEX.

## 2. OBJET ET EFFET DE LA GARANTIE

### 2.1 DÉFINITIONS

#### Accident

Événement entraînant toute atteinte corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Assuré.

Ne sont pas considérés comme accidentels, les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux (ex : l'apoplexie, l'infarctus du myocarde, les ruptures d'anévrisme, l'épilepsie et autres attaques similaires, l'hémorragie cérébrale).

#### Actes de la vie quotidienne

- Faire sa toilette : capacité de satisfaire, de façon spontanée et non incitée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.
- S'alimenter : capacité de se servir et de manger de la nourriture préalablement préparée et mise à disposition.
- S'habiller : capacité de s'habiller et de se déshabiller, avec recours éventuel à des vêtements adaptés.
- Se déplacer : capacité de se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés. Si l'assuré peut se déplacer seul à l'aide d'une canne ou d'une béquille ou de tout autre équipement adapté, il sera considéré comme capable de se déplacer seul.

#### Âge

L'âge de l'assuré est calculé par différence de millésime. La cotisation est calculée en fonction de l'âge de l'Assuré à la date d'effet de l'adhésion et du montant du capital garanti.

La cotisation est calculée en fonction de l'âge millésimé : selon la différence entre l'année de la prise d'effet de l'adhésion et l'année de naissance de l'adhérent.

#### Assuré

L'Adhérent est la personne physique désignée sur les Conditions Particulières (ci-après désigné « Assuré »), résidant en France métropolitaine, ayant demandé à adhérer au Contrat entre son quarantième (40<sup>e</sup>) et son quatre-vingtième (80<sup>e</sup>) anniversaire inclus.

#### Délai de carence du Contrat

Période pendant laquelle l'Assuré ne bénéficie pas de la garantie totale prévue au Contrat.

#### Délai de franchise

Le capital dépendance est versé à l'Assuré reconnu en état de dépendance, après expiration d'un délai de franchise de quatre-vingt-dix (90) jours.

#### Échéance annuelle

L'échéance principale est fixée au 31 décembre de chaque année.

#### État de dépendance totale

Est reconnu en état de dépendance totale, l'Assuré dont l'état de santé est consolidé, permanent et irréversible et qui satisfait aux conditions suivantes :

- L'Assuré est classé, par un professionnel de santé, dans les Groupes Iso-Ressources 1 ou 2 de la grille AGGIR, ET
- L'Assuré se trouve dans l'impossibilité permanente d'effectuer, sans l'assistance d'une tierce personne, au moins 3 des 4 actes de la vie quotidienne ci-dessus définis (Faire sa toilette, s'alimenter, s'habiller et se déplacer).

#### Groupes Iso-Ressources 1, 2 de la grille AGGIR

En vertu de l'article R232-3 du Code de l'action sociale et des familles, la grille nationale AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources), utilisée pour l'attribution de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), permet d'évaluer le degré de dépendance. Un niveau de dépendance correspond à un groupe dit « iso-ressources » (GIR). Le présent Contrat couvre l'état de dépendance correspondant aux groupes GIR 1 et GIR 2 :

- GIR 1 – ce groupe correspond aux personnes les plus dépendantes, comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- GIR 2 – ce groupe comprend deux sous-groupes de personnes âgées :
  - celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante;
  - celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

En outre, lorsque l'incapacité d'effectuer les actes de la vie quotidienne est d'origine neuropsychiatrique, celle-ci doit être constatée médicalement par un psychiatre ou par un neurologue à l'aide d'un score inférieur à 15 au test « Mini Mental State Examination » de Folstein.

#### Maladie

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale habilitée et qualifiée.

### 2.2. NATURE DU CONTRAT NÉOLIANE AUTONOMIE+

Le contrat n° GPST/MB/02 Néoliane Autonomie+ est un contrat collectif à adhésion facultative de dépendance, régi par le Code de la mutualité (ci-après dénommé « le Contrat »). Il est souscrit par l'Association GPST, association loi 1901, située au 38-40, avenue des Champs-Élysées 75008 Paris, au profit de ses membres dont vous faites parties. Il vous est proposé par Néoliane Santé, courtier en assurances. Les droits et obligations de l'Assuré peuvent être modifiés par des avenants au contrat conclus entre l'Association GPST et Mutuelle Bleue. Toute modification du Contrat sera aussitôt notifiée à l'Assuré.

Les services d'assistance inclus dans les garanties sont assurés par un prestataire dont les coordonnées figurent dans les conditions générales de l'Assistéur. Les conditions générales de ces services sont annexées à la présente Notice (Annexe 1).

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

### 2.3. OBJET DE LA GARANTIE

Le Contrat Néoliane Autonomie+ a pour objet le versement du capital garanti à l'Assuré en cas de dépendance totale telle que définie à l'article 2.1 des présentes survenant postérieurement à la date d'effet de la garantie et pendant la période de validité du Contrat. Le montant du capital garanti est celui figurant sur les Conditions Particulières du Contrat en vigueur à la date de déclaration de la dépendance. Ce capital est déterminé par l'Assuré dans sa demande d'adhésion pour un montant compris entre 5 000 € et 50 000 € par palier de 5 000 €.

### 2.4. CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, les Assurés doivent être membres de l'association GPST, et remplir les conditions suivantes :

- être âgés, à la date de prise d'effet du Contrat tel que stipulé dans les Conditions Particulières entre 40 et 80 ans inclus,
- être résidents, fiscalement et de façon permanente, en France métropolitaine.

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

- Régler la première périodicité de paiement indiquée sur la demande d'adhésion.
- Déclarer « ne pas avoir besoin d'un appareillage particulier ou d'une tierce personne pour effectuer un ou plusieurs des actes suivants : se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer, ne pas être sous tutelle ou sous curatelle et ne 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 APA ».

### 2.5. EFFET DE LA GARANTIE

La garantie prend effet :

- après un délai de carence de deux (2) ans à compter de la date d'effet du Contrat pour un état de dépendance lié à la Maladie,
- dès l'adhésion au contrat pour un état de dépendance consécutif à un Accident.
- dans tous les cas, après expiration d'un délai de franchise de quatre-vingt-dix (90) jours

- Les garanties sont accordées dans le monde entier, pour tout déplacement ne dépassant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs ou quatre-vingt-dix (90) jours non consécutifs sur une période de douze (12) mois.

Les Assurés admis au bénéfice de l'assurance acquièrent la qualité de membre participant de l'Assureur. Ils reçoivent à ce titre un exemplaire des statuts de l'Assureur transmis par le Courtier.

### 3. EXCLUSIONS

La garantie ne couvre pas les conséquences :

- de la tentative de suicide,
- d'accident, de blessure, de maladie ou de mutilations volontaires,
- de l'usage de stupéfiants ou de produits médicamenteux non prescrits par une autorité médicale compétente,
- les accidents de la route survenant alors que l'Assuré conduisait et avait un taux d'alcoolémie supérieur au maximum fixé par la législation, ou était sous l'emprise de stupéfiants hors de toute prescription médicale,
- de la participation active de l'Assuré à des rixes sauf cas de légitime défense, assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel,
- d'une explosion atomique ou des effets directs ou indirects de la radioactivité,
- des risques de guerre ainsi que les actes de Terrorisme,
- d'une catastrophe naturelle.

### 4. FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

#### 4.1. PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION AU CONTRAT

Sous réserve de l'encaissement de la première cotisation par l'Assureur, le Contrat prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion dûment remplie et signée (cachet de la Poste faisant foi ou date de remise en agence faisant foi ou, en cas de vente à distance, date figurant sur la demande d'adhésion faisant foi).

Cette date est précisée dans les Conditions Particulières.

#### 4.2. PRISE D'EFFET DES GARANTIES DU CONTRAT

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'application du délai de carence prévu à l'article 2.5 de la présente notice, à l'expiration du délai de renonciation sauf exécution immédiate (Cf. ci-après).

Il est à noter qu'un délai de franchise de quatre-vingt-dix (90) jours est applicable au Contrat.

#### 4.3. DURÉE DE L'ADHÉSION

Le contrat est fixé pour une durée indéterminée, sous réserve des cas de résiliation ci-après.

Le contrat se renouvelle par tacite reconduction au 31 décembre de chaque année.

#### 4.4. MODIFICATIONS DES GARANTIES

L'Assuré a la possibilité de demander la modification du montant du capital garanti, par palier de 5 000 euros dans les conditions suivantes :

- Toute demande de modification ne pourra être prise en compte qu'après douze (12) mois d'assurance à compter de la date d'effet ou de la dernière modification enregistrée.
- La demande de diminution du capital fait l'objet d'un avenant aux Conditions Particulières prenant effet le premier jour du mois qui suit la demande. La cotisation est réduite proportionnellement au nouveau capital mais reste fonction de l'âge de l'Assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.
- La demande d'augmentation de capital est considérée, pour la partie de capital complémentaire, comme un nouveau contrat prenant effet au premier jour du mois qui suit la demande. Les conditions d'adhésion définies au présent contrat sont applicables. L'Assuré doit faire

sa demande avant le 31 décembre de son quatre-vingtième(80<sup>e</sup>) anniversaire. Il doit par ailleurs attester « ne pas avoir besoin d'un appareillage particulier ou d'une tierce personne pour effectuer un ou plusieurs des actes suivants : se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer et ne pas être sous tutelle ou sous curatelle et ne pas recevoir, ni avoir fait de demande de prestation au titre de l'APA ou être en attente d'une demande de prestations APA ».

- La prise d'effet de l'augmentation du montant du capital est subordonnée à l'application du délai de carence mentionné à l'article 2.5 de la présente notice. Le cumul des capitaux garantis au titre de plusieurs contrats pour un même assuré ne pourra excéder 50 000 euros. La prise d'effet d'une modification des garanties à la hausse ou à la baisse est subordonnée à l'accord de l'Assureur concrétisé par l'émission d'un avenant aux Conditions Particulières précisant le nouveau montant du capital garanti.

#### 4.5. INFORMATIONS À COMMUNIQUER

L'Assuré devra communiquer, tout changement de domicile ou de domiciliation bancaire pour le prélèvement des cotisations à l'adresse suivante :

Mutuelle Bleue  
Service Gestion Prévoyance  
14 rue René Cassin – CS 70528  
77 014 Melun Cedex

À défaut d'information, les correspondances de Néoliane Santé et de l'Assureur seront valablement adressées à l'Assuré à son dernier domicile connu d'eux. Toute omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle portant sur les éléments constitutifs du risque ou du sinistre connu de l'Assuré entraîne la réduction d'indemnités ou la nullité de l'adhésion (articles L221-14 et L221-15 du Code de la mutualité).

#### 4.6. DROIT DE RENONCIATION

L'Assuré dispose d'un délai de trente (30) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Cette renonciation doit être faite par écrit à Néoliane Santé, 455 Promenade des Anglais – Imm Nice Plaza 06200 Nice. Elle peut être faite à l'aide du coupon détachable figurant en page 22, ou selon le modèle de lettre ci-après :

**Nom, prénom :**  
**Adresse :**  
**N° du contrat :**  
**Mode de paiement choisi :**  
**Montant de la cotisation déjà acquitté :**

**Je soussigné(e) M. /Mme (nom, prénom, adresse, n° Adhérent) déclare renoncer à mon adhésion n°..... au Contrat «Néoliane Autonomie +» dont la date d'effet est fixée au ... /... /... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception du présent courrier.**

**Fait à ....., le .....**  
**(Signature)**

La cotisation dont l'Assuré est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du Contrat avant l'expiration du délai de renonciation est égale au prorata de la cotisation annuelle, pour la période écoulée entre la conclusion du Contrat et l'éventuelle renonciation.

#### 4.7. CESSATION DU CONTRAT

Les garanties prennent fin à la date de résiliation du Contrat collectif n°GPST/MB/02 ou le jour du décès de l'Assuré.

## 5. COTISATIONS

### 5.1. CALCUL DU MONTANT DES COTISATIONS

La cotisation est déterminée en fonction du montant du capital garanti et de l'âge de l'Assuré à la date d'effet de l'adhésion par différence de millésime. Le montant de la cotisation dû au titre du présent Contrat est celui figurant sur les Conditions Particulières. Il est calculé en fonction de l'âge de l'Assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion. En cas de fractionnement, la cotisation est payable à terme échu par prélèvement mensuel ou trimestriel automatique effectué par Mutuelle Bleue, sur le compte à vue désigné à cet effet par l'Assuré. Le montant de la cotisation pourra être révisé annuellement par l'Assureur si une décision législative ou réglementaire venait modifier les engagements, ou si les résultats techniques le nécessitaient. L'Assureur se réserve alors la possibilité de modifier le barème des cotisations.

Les conditions et la fréquence de paiement des cotisations ont été choisies par l'Assuré dans la demande d'adhésion et figurent également dans les Conditions Particulières. Les cotisations sont payables dans les dix (10) jours suivant l'échéance de prélèvement automatique. L'Assuré a la possibilité, à tout moment, de modifier le fractionnement de la cotisation, en adressant une demande écrite au Service Prévoyance de Mutuelle Bleue (ou par adresse mail: [prevoyance@mutuellebleue.fr](mailto:prevoyance@mutuellebleue.fr)) :

Mutuelle Bleue  
Service Gestion Prévoyance  
14 rue René Cassin – CS 70528  
77 014 Melun Cedex

### 5.2. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée par l'Assuré dans les dix (10) jours de son échéance, l'Assureur adresse à l'Assuré une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe que le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner l'exclusion de l'Assuré du Contrat et la cessation des garanties. L'exclusion et la cessation des garanties interviendront, quarante jours (40) 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.

L'Assuré est exonéré du paiement des cotisations à la date de reconnaissance de son état de dépendance retenue par l'Assureur. L'Assuré non reconnu dépendant reste couvert en contre partie du versement de la cotisation correspondante.

## 6. SINISTRE

### 6.1. DÉCLARATION DE SINISTRE

En cas de survenance d'un état de dépendance couvert par le présent Contrat, il appartient à l'Assuré ou à une personne de son entourage dans un délai de trente (30) jours suivant la survenance de l'état de dépendance, d'informer l'Assureur et d'adresser le dossier de sinistre à l'adresse suivante :

Mutuelle Bleue  
Service Gestion Prévoyance  
14 rue René Cassin – CS 70528  
77 014 Melun Cedex

La demande de prestation dépendance figurant dans le dossier sinistre, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-Conseil de l'Assureur.

### 6.2. DOCUMENTS À FOURNIR

Le dossier de sinistre doit comporter la demande de prestation dépendance comportant la notification du rattachement de l'Assuré au Groupe Iso-Ressources (GIR), à mettre sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-Conseil de l'Assureur. Le cas échéant, le procès-verbal de police ou de gendarmerie constatant l'Accident devra également être joint au dossier.

Le Médecin-Conseil de l'Assureur aura toujours la possibilité de faire vérifier l'état de dépendance de l'Assuré par le médecin de son choix et de faire pratiquer

les examens médicaux qu'il jugera nécessaires.

Par ailleurs il devra être fourni les éléments suivants :

- un RIB du représentant légal sur le compte duquel doit être viré le capital garanti,
- tout autre document demandé par l'Assureur.

Les pièces mentionnées ci-dessus devront être adressées à l'adresse suivante :

Mutuelle Bleue  
Service Gestion Prévoyance  
14 rue René Cassin – CS 70528  
77 014 Melun Cedex

### 6.3. RECOURS

Dans le cas où l'Assuré (ou son représentant légal) ainsi que le médecin traitant de l'Assuré seraient en désaccord avec la décision du Médecin-Conseil de l'Assureur, il sera procédé à la désignation d'un médecin expert ayant pour mission de départager les parties.

Ce médecin sera choisi sur la liste des experts auprès des Tribunaux parmi les spécialistes en gérontologie. À défaut d'entente sur ce choix, l'expert sera désigné par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré qui statuera à la requête de la partie la plus diligente. Les honoraires et frais relatifs à l'intervention de cet expert seront supportés à charges égales par les deux parties, celles-ci s'interdisant d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise n'aura pas eu lieu.

### 6.4. VERSEMENT DU CAPITAL GARANTI

Le capital garanti est dû à partir du quatre-vingt-onzième (91<sup>e</sup>) jour suivant la date de survenance de la dépendance attestée par l'autorité médicale compétente et reconnue par l'Assureur, à condition que l'Assuré soit en vie au moment de chaque échéance de versement.

Après expiration du délai de franchise, le capital est versé par virement sur le compte de l'Assuré en trois (3) fois :

- 40 % du capital au 91<sup>e</sup> jour suivant la date de survenance de la dépendance,
- 30 % du capital au 274<sup>e</sup> jour suivant la date de survenance de la dépendance,
- 30 % du capital au 361<sup>e</sup> jour suivant la date de survenance de la dépendance.

## 7. RÉSILIATION DU CONTRAT

Le Contrat peut être résilié dans les cas suivants :

**Par l'Assuré :**

- à chaque échéance annuelle du Contrat par lettre recommandée adressée, au plus tard, deux (2) mois avant la date d'échéance, à Mutuelle Bleue Service Gestion Prévoyance 14 rue René Cassin – CS 70528 – 77014 Melun Cedex,
- en cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou l'augmentation du montant de la cotisation, l'Assuré peut, dans ce cas, résilier son Contrat dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.

**Par l'Assureur, de plein droit :**

- en cas de non-paiement de la cotisation conformément aux dispositions figurant à l'article 4 de la présente notice.
- le jour de la reconnaissance de l'état de dépendance de l'Assuré par l'Assureur donnant lieu au paiement du capital à l'Assuré,
- le jour du décès de l'Assuré,
- en cas de dépendance consécutive à une maladie, ayant débuté pendant le délai de carence.

## 8. DISPOSITIONS DIVERSES

### 8.1 BASE JURIDIQUE DU CONTRAT

Le présent Contrat d'assurance est régi par la législation française, les dispositions du Code de la mutualité, ainsi que par les présentes conditions générales et les Conditions Particulières.

La langue utilisée est la langue française. Il est établi sur la base des déclarations de l'Adhérent.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous

réserve des dispositions de l'article L221-14 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 l'Assureur.

### 8.2. PRESCRIPTION

#### Définition de la prescription

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

#### 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;

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

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

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, l'Assuré n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Adhérent décédé. Pour les Contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre participant.

#### Interruption de la prescription

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

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

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en

référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;

- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

#### 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.

### 8.3 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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

Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du Contrat d'assurance dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales (sauf opposition).

Elles sont destinées à la Mutuelle et au le Courtier en tant que responsables du traitement et, éventuellement, aux mandataires, partenaires de la Mutuelle et, le cas échéant, au réassureur de la Mutuelle. Ces données sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un contrat de prestation. La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du Contrat d'assurance. Toute autre base légale est inscrite aux contrats, bulletins d'adhésion, conditions générales d'utilisation ou tout autre document contractuel que l'Assuré est tenu de respecter.

La Mutuelle et le Courtier 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 le concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité.

L'Assuré peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.

L'Assuré peut exercer ces droits en s'adressant : Mutuelle Bleue - Délégué à la protection des données - 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex ou par courriel à [dpo@mutuellebleue.fr](mailto:dpo@mutuellebleue.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 à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris.

## 9. RÉCLAMATIONS

L'Assuré peut adresser une réclamation à son interlocuteur habituel, à savoir : au Service Qualité de Néoliane Santé en écrivant à [qualite@neoliane.fr](mailto:qualite@neoliane.fr), ou 455 Promenade des Anglais – Nice Plaza 06200 Nice.

En cas de réponse non satisfaisante, l'Assuré peut adresser une réclamation par écrit, au Service Prévoyance de Mutuelle Bleue au 01 64 71 42 58 puis, le cas échéant, au Service Satisfaction Clients, 14 rue René Cassin – CS 70528 – 77014 Melun Cedex.

La Mutuelle et Néoliane Santé s'engagent à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

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

Par 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](http://www.mediateur-mutualite.fr)

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

## 10. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT

## DU TERRORISME

L'Assureur et le Courtier s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

A ce titre, ils sont tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans leurs livres ou les opérations portant sur des sommes dont ils savent, soupçonnent ou ont de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou sont liées au financement du terrorisme.

## 11. DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Conformément aux dispositions de l'article L.223-1 du code de la consommation, l'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, 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.

Pour plus d'information : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr) ou OPPOSETEL- Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES

## 12. SUBROGATION

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée, à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions de l'Assuré envers les tiers responsables de dommages causés à lui-même. À cet effet, l'Assuré doit informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un Accident mettant en cause un tiers afin de permettre à la Mutuelle d'exercer son recours contre celui-ci ou contre son assureur.

## 13. SANCTIONS

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

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par le Bénéficiaire, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, le Bénéficiaire, 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 le Membre participant (article L. 221-15 du Code de la Mutualité).

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

La résiliation est notifiée à l'Assuré par lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au dernier domicile connu. Elle prendra effet au jour de la première présentation du courrier par la Poste. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de Tiers Payant, ou de tout autre document mentionnant ses droits aux prestations, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte.

L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un Assuré non à jour de ses cotisations agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations garanties par la Mutuelle lorsque les garanties sont suspendues ou ne sont plus en vigueur.

## 14. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Assureur et le Courtier sont soumis au contrôle administratif de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), situé au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.



# Option FRACTURE et BRÛLURE

NOTICE D'INFORMATION de l'option Fracture et Brûlure par accident

## PRÉAMBULE

Lors de l'adhésion au contrat collectif Néoliane Autonomie+, l'Assuré peut faire le choix de souscrire également à la garantie optionnelle fracture et brûlure aux conditions définies ci-après. En cas d'adhésion à la garantie fracture et brûlure, les conditions générales ci-après complètent les modalités prévues à la garantie principale Dépendance.

## 1. DÉFINITIONS

### Fracture

La fracture est une lésion du squelette résultant d'un accident. Cette fracture s'accompagne ou non d'un déplacement des fragments osseux. Le diagnostic de cette fracture est effectué à l'aide d'une radiographie.

### Brûlure

La brûlure est une lésion de la peau et / ou des voies aériennes ou digestives provoquée par un agent causal. L'étendue de la brûlure est déterminée par la règle des 9 de Wallace permettant de définir en pourcentage la surface brûlée par rapport à la surface corporelle totale.

## 2. OBJET ET ÉTENDUE DE LA GARANTIE

### 2.1. OBJET

À l'adhésion, l'Assuré peut choisir la garantie optionnelle Capital Fracture et Brûlure par accident. L'option prévoit le versement d'un capital en cas de Fracture ou de Brûlure de l'Assuré, consécutif à un accident. L'option fracture et brûlure ne peut être souscrite seule.

### 2.2. CONDITION D'ADHÉSION

L'âge limite pour la souscription de la garantie fracture et brûlure est fixée à quatre-vingt (80) ans inclus.

En tout état de cause, le bénéfice de cette option cesse à l'âge de quatre-vingt cinq (85) ans.

La souscription à l'option ne pourra se faire que concomitamment à l'adhésion au Contrat Néoliane Autonomie+.

Elle se fait au moyen de la demande d'adhésion au Contrat en cochant la case prévue à cette effet sur la Demande d'adhésion.

L'option devra être conservée pendant une période effective de douze (12) mois minimum.

### 2.3. L'ÉTENDUE DES GARANTIES

#### EN CAS DE FRACTURE :

- col du fémur, bassin, colonne vertébrale (plus d'une vertèbre) : 500 €
- tout autre type de fracture : 250 €
- crâne, genou, calcanéum, cheville : 200 €
- mâchoire inférieure, coude, épaule, jambe (tibia, péroné) : 125 €
- vertèbre, omoplate, sternum, poignet, main (carpe), pied (tarse), fémur : 100 €
- mâchoire supérieure, coccyx : 75 €
- côte, clavicule, avant bras, bras : 50 €
- orteils, doigts, nez : 40 €

#### EN CAS DE BRÛLURE DE 2° OU 3° DEGRÉ

(surface de brûlure estimée par la règle des neuf)

- sur 27 % ou plus de la surface du corps : 375 €
- sur 18 % ou plus de la surface du corps : 250 €
- sur 9 % ou plus de la surface du corps : 125 €

Le capital versé est plafonné à 500 € par année civile en cas de fractures multiples lors d'un même événement, le capital garanti est limité à l'indemnité forfaitaire la plus élevée. Les prestations décrites ci-dessus sont réduites de moitié à partir du soixante-quinzième (75<sup>e</sup>) anniversaire de l'Assuré.

## 3. EXCLUSIONS

La garantie ne couvre pas les conséquences :

- des faits volontaires et intentionnels de l'Assuré (mutilation, tentative de suicide,...)
- d'une intervention chirurgicale qui ne soit pas la conséquence certaine directe et exclusive de l'évènement accidentel déclaré et/ou qui soit survenue avant la date de prise d'effet du contrat.

## 4. COTISATION

La cotisation de l'option fracture et brûlure est uniforme quel que soit l'âge de la personne assurée sauf application des revalorisations annuelles par l'Assureur, notamment en cas de décision législative ou réglementaire impactant le tarif en vigueur.

Le tarif est révisable en cas de dérive globale du risque.

## 5. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

L'option fracture et brûlure par accident prend effet à la date figurant sur les Conditions Particulières du Contrat.

## 6. VERSEMENT DU CAPITAL

Le capital est versé à l'Assuré à réception des pièces suivantes dans un délai de trente (30) jours suivant la survenance de l'accident :

- un courrier détaillant les circonstances de l'Accident,
- un certificat médical constatant la fracture ou le degré de brûlure,
- en cas de fracture : la copie du compte rendu radiographique.

L'Assureur se réserve le droit de demander tout autre pièce justificative. Les documents sont à adresser sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'Assureur.

Mutuelle Bleue  
Médecin du conseil  
14 rue René Cassin – CS 70528  
77 014 Melun Cedex

**Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L221-15 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 l'Assureur.**

## 7. CESSATION DES GARANTIES

La garantie Fracture et Brûlure par accident cesse à la date de reconnaissance de l'état de dépendance de l'Assuré, et en tout état de cause en cas de cessation de la garantie Néoliane Autonomie+, notamment dans les conditions prévues à l'article 6 de la notice d'information Néoliane Autonomie+ N° DEP 05.2021

## 8. CONTRÔLE

Le Médecin Conseil de l'Assureur peut à tout moment procéder à des contrôles permettant de vérifier l'exactitude des informations fournies par l'Assuré.



# Annexe 1

## CONDITIONS GÉNÉRALES DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

N° F 14 D 0385

Les prestations d'assistance du contrat d'assurance dépendance Néoliane Autonomie+ définies ci-après, sont assurées par Filassistance International S.A. au capital de 3 500 000 euros entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NANTERRE au numéro 433 012 689 – Siège social : 108, bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD CEDEX.

L'Assuré peut bénéficier des prestations d'assistance dès son adhésion au contrat d'assurance dépendance Néoliane Autonomie+ et aussi longtemps qu'il est assuré à ce titre sauf après la réduction de ses garanties pour non-paiement de cotisation.

### Adhérent

Toute personne physique, ayant adhéré au contrat d'assurance dépendance Néoliane Autonomie+.

### Animaux de compagnie

Animaux considérés usuellement comme « familiers », tels que chiens et chats.

### Bénéficiaires

L'Adhérent ou ses proches parents peuvent bénéficier des prestations d'assistance, sous réserve des cas particuliers propres à chacune d'elles.

### Brûlure

On entend par « brûlure », toute brûlure de 2° ou 3° degré au sens du contrat d'assurance.

### France

France métropolitaine.

### Fracture

On entend par « fracture » la rupture violente d'un os, avec ou sans déplacement de fragment osseux, au sens du contrat d'assurance. Sont exclues les fissures, fêlures et entorses graves. La garantie « Fracture » intervient avant toute survenance de dépendance, lorsque l'Adhérent est hospitalisé pour une durée supérieure à 4 jours en raison d'une fracture immobilisante située dans l'une ou l'autre des parties du corps suivantes : rachis, clavicule, hanche, bassin, épaule, coude, bras, avant-bras, poignet, jambe, cuisse, genou, cheville.

### Hospitalisation

Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un hôpital ou une clinique.

### Proches parents

Ascendants et descendants au 1er degré, conjoint ou partenaire ayant conclu un PACS ou concubin notoire.

### Sinistre

Tout événement justifiant l'intervention de Filassistance International.

### Titre de transport

Pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1<sup>ère</sup> classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe touriste.

## COMMENT BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS ?

Filassistance International est accessible du lundi au vendredi de 9h à 18h (et 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 en cas de nécessité urgente) et délivre les prestations en France métropolitaine.

Pour bénéficier des prestations d'assistance, il est indispensable de contacter Filassistance International au 09 77 40 21 85 afin d'obtenir un numéro de dossier qui seul justifiera une mise en oeuvre des prestations.

Pour ce faire, il convient de rappeler le n° de contrat d'assistance F 14D 0385.

Les informations transmises par Filassistance International sont des informations d'ordre général et communiquées dans le respect de la déontologie médicale. Seuls les professionnels de santé traitants sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostic ou thérapeutique personnalisées.

Les prestations d'informations sont uniquement téléphoniques et ne font en aucun cas l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique est alors pris sous 48 heures.

Filassistance International décline toute responsabilité dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de Filassistance International, le bénéficiaire ou la personne ayant engagée les frais doit obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que Filassistance International jugerait utile (notamment, certificats médicaux, attestation APA).

Toute fraude, falsification ou faux témoignage entraîne automatiquement la nullité de cette garantie d'assistance.

Dans le cas où il s'avérerait a posteriori que Filassistance International ait été amenée à déclencher une intervention alors que la personne assistée n'était plus ou pas bénéficiaire, les frais engagés lui seraient facturés, de même si la personne assistée avait volontairement fourni de fausses informations sur les causes l'amenant à demander l'intervention de Filassistance International, alors que les faits réels n'auraient pas dû donner droit à l'intervention d'assistance.

## LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES DÈS L'ADHÉSION

### PRESTATION « INFORMATIONS ET PRÉVENTION » SERVICE DE RENSEIGNEMENT GÉNÉRAL

À la demande de l'Adhérent et sur simple appel téléphonique de celui-ci Filassistance International recherche et lui communique :

- des solutions adaptées et des intervenants adéquats (par exemple : professionnels de santé, établissements de santé, fournisseurs en équipements santé et services associés, ambulanciers),
- des renseignements concernant les voies de recours possibles après refus de prise en charge par le Régime Obligatoire,
- des renseignements sur les formalités administratives liées à la prise en charge,
- des renseignements concernant la vie pratique et notamment :
  - l'habitation et le logement,
  - les salaires,
  - les assurances sociales, les allocations et les retraites,
  - les services publics,
  - le droit des consommateurs,
  - l'hygiène de vie (par exemple : alimentation),
  - la préparation aux voyages (précautions sanitaires et comportementales),
  - les effets secondaires des médicaments,
  - les vaccinations,
  - les informations générales sur les pathologies, la nutrition et les traitements.

La prestation de renseignement est inhérente à une équipe de chargés d'informations qui répondent à toute question d'ordre réglementaire et juridique, ainsi qu'aux demandes d'informations du domaine de la vie pratique. La responsabilité de Filassistance International ne peut en aucun cas être recherchée par l'Adhérent dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

### AIDE À LA RECHERCHE D'ACTIVITÉS

Filassistance International aide l'Adhérent dans la recherche d'activités et le cas échéant le met en relation :

- avec des associations, clubs, entités dédiées au bien-être et au confort des seniors,
- ou des structures favorisant le maintien des capacités intellectuelles : notamment cours liés aux nouvelles technologies, cours de langues, d'informatique, de dessin.

Les frais engagés sont à la charge de l'Adhérent.

### RECHERCHE DE PROFESSIONNELS DE L'HABITAT

Filassistance International communique à l'Adhérent (du lundi au vendredi de 9h à 18h et 24h/24 en cas d'urgence) les numéros de téléphone des entreprises les plus proches de votre domicile dans les domaines suivants :

- plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie,
- peinture, tapisserie,
- réparation TV, électroménager,
- entretien divers.

Les frais engagés auprès de prestataires ou d'organismes sont à la charge de l'Adhérent.

### AIDE À LA RECHERCHE D'UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ

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

Toutefois, en dehors de situations d'urgence, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, Filassistance International apporte son aide à l'Adhérent, en l'absence de son médecin traitant, pour trouver un médecin de garde sur le lieu où survient l'accident ou la maladie (en France métropolitaine).

En aucun cas la responsabilité de Filassistance International ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible.

De plus, Filassistance International peut intervenir pour rechercher une infirmière ou un intervenant paramédical. Les frais de visite ou autres restent à la charge de l'Adhérent.

### BILAN PRÉVENTION – BILAN DE PRÉVENTION AUTONOMIE

À la demande de l'Adhérent (ou à celle des proches parents), l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance International composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés... réalise un « bilan prévention autonomie ».

Le bilan prévention autonomie de Filassistance International 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) et est à la disposition de l'Adhérent afin de favoriser son maintien à domicile et préserver sa qualité de vie.



L'équipe de Filassistance International délivre des conseils et des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'Adhérent (ou accompagner ses proches parents) dans les démarches de maintien à domicile. Une solution en téléassistance pourra également être envisagée avec une prise en charge des frais de mise en service.

En fonction des besoins recensés par notre équipe et à sa demande, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) pourra réaliser un diagnostic plus complet au domicile de l'Adhérent, sur l'aménagement de son habitat et de son environnement et proposer ainsi des solutions de prévention (pour éviter les hospitalisations ou les rechutes, rééducation, réadaptation afin d'améliorer votre indépendance, proposition d'aide spécifique au handicap, ...) en synergie avec l'équipe de Filassistance International et de différents intervenants locaux (tels que des spécialistes dans l'aménagement du domicile, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules, ...).

Les frais engagés sont à la charge de l'Adhérent (ou à celle de ses proches parents).

Le recours au médecin traitant sera systématiquement conseillé pour aborder l'approche médicale/dépendance (reconnaissance et prise en charge thérapeutique).

De plus, lors de ses entretiens téléphoniques, l'équipe de Filassistance International aide l'Adhérent (ainsi que ses proches parents) à constituer un dossier perte d'autonomie/dépendance, 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 de l'Adhérent, l'équipe de Filassistance International le conseille (ainsi que ses parents) sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, ...), l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux. Les informations transmises par notre équipe sont communiquées dans le respect de la déontologie médicale et des professionnels de santé traitants qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostic ou thérapeutique personnalisées. Filassistance International décline toute responsabilité dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignement(s) communiqué(s).

## BILAN PRÉVENTION MÉMOIRE

L'équipe pluridisciplinaire de Filassistance International réalise une évaluation médico-psycho-sociale. En cas de plainte amnésique objectivée, la personne est orientée vers une filière de prise en charge (évaluation spécialisée des fonctions cognitives, orientation vers les structures proposant une stimulation cognitive, écoute, information, accompagnement).

En cas de vieillissement normal des fonctions cognitives, elle peut bénéficier d'un programme d'entraînement et d'un accompagnement personnalisé.

## BILAN PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT DE L'INCONTINENCE

L'équipe pluridisciplinaire de Filassistance International composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, est à la disposition de l'Adhérent 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 conseils et des informations (éventuellement sous forme de fiches pratiques sur des sujets tels que l'incontinence urinaire, les symptômes, l'échographie vésicale...) pour accompagner l'Adhérent dans ses démarches.

Si nécessaire, l'équipe médico-psycho-sociale pourra orienter l'Adhérent vers son médecin traitant afin que soit réalisé un examen complet par des professionnels compétents.

Filassistance International pourra également lui indiquer les coordonnées de médecins spécialistes, de professionnels de santé (kinésithérapeutes, stomathéra-

peutes...), d'établissements hospitaliers ou associations les plus proches de son domicile.

## ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE DÉPENDANCE D'UN PROCHE PARENT « L'AIDE À L'AIDANT » SERVICE DE RENSEIGNEMENT SUR LA DÉPENDANCE

Filassistance International communique à l'Adhérent toutes les informations dont il aurait besoin dans le cadre de la survenance de la dépendance d'un proche parent, notamment ses droits et les démarches à effectuer. De même, Filassistance International, le cas échéant et sur demande, met en contact l'Adhérent avec les organismes concernés.

## AIDE À LA CONSTITUTION DE DOSSIER

Sur simple appel téléphonique et 7 jours sur 7, Filassistance International aide l'Adhérent dans la constitution du dossier lié à la dépendance d'un proche parent devenu dépendant (par exemple pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée).

## RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS

Sur simple appel téléphonique et 7 jours sur 7, Filassistance International recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir les proches parents de l'Adhérent, en état de dépendance, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.

Si l'Adhérent le souhaite, Filassistance International réserve un lit en établissement spécialisé 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.

## RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS TEMPORAIRES

Sur simple appel téléphonique et 7 jours sur 7, Filassistance International recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir temporairement les proches parents dépendants de l'Adhérent, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.

Si l'Adhérent le souhaite, Filassistance International réserve un lit en établissement spécialisé 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.

## ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Sur simple appel de l'Adhérent, lors de la survenance de la dépendance d'un proche parent, Filassistance International peut le mettre en relation avec sa plateforme d'écoute médico-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, ... destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

## SERVICES D'ASSISTANCE « À LA CARTE »

Filassistance International recherche et organise (sous réserve des disponibilités locales) des prestations pour :

- assurer la livraison de repas, de courses, de médicaments,
- trouver une aide-ménagère, un accompagnateur pour les déplacements,
- trouver une auxiliaire de vie, des professionnels paramédicaux,
- trouver un coiffeur, un pédicure, une esthéticienne, une dame de compagnie, un service « blanchisserie »,
- mettre en place la garde du domicile (vigile ou télésécurité),
- garder les petits enfants, les animaux de compagnie,
- préparer l'adaptation du logement (ergothérapeute ou autre),
- et tout autre service de proximité.

Les frais engagés sont à la charge de l'Adhérent.

## PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS DE DÉPENDANCE TOTALE

### ADAPTATION DU DOMICILE

Filassistance International organise et prend en charge (à hauteur de 460 euros maximum par Adhérent) l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement. Il est à la disposition de l'Adhérent dans les domaines suivants :

- conseils sur l'adaptation du logement,
- aide et conseil sur l'interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés,
- renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicules, associations.

### SERVICES DE PROXIMITÉ

#### ACHEMINEMENT DE MÉDICAMENTS LA NUIT, LES SAMEDIS, DIMANCHES ET JOURS FÉRIÉS

Sur appel de l'Adhérent, la nuit, les samedis, dimanches et jours fériés, Filassistance International organise l'acheminement de médicaments à son domicile, si celui-ci est dans l'incapacité physique de se déplacer, le tout médicalement constaté et attesté, et s'il s'agit de médicaments indispensables au traitement immédiat de l'Adhérent selon la prescription médicale. Cette garantie s'applique si l'Adhérent ne peut faire intervenir aucun membre de son entourage. Les frais engagés (portage et médicaments) restent à la charge de l'Adhérent.

#### PORTAGE DES REPAS

Filassistance International organise (recherche et met en relation avec le prestataire) pour le compte de l'Adhérent des services de portage de repas. Les frais engagés (portage et repas) restent à la charge de l'Adhérent.

#### AIDE-MÉNAGÈRE

Filassistance International organise : soit après la reconnaissance de la dépendance par l'Assureur (la prise en charge se limite à une seule intervention par contrat), la venue d'une aide-ménagère pour le soulager, d'une partie des tâches ménagères qui lui incombent habituellement et qu'il ne peut plus assumer, et prend en charge sa rémunération jusqu'à 30 heures, réparties sur 10 jours ouvrés avec un maximum de 4 heures par jour.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou la situation de famille de l'Adhérent, par le service médical de Filassistance International. L'Adhérent doit justifier (certificats médicaux, justificatifs d'hospitalisation, etc.) son recours aux services de Filassistance International.

### SERVICE SOUTIEN DE LA MÉMOIRE

En complément du bilan prévention mémoire, en cas de vieillissement normal de sa mémoire, la personne peut bénéficier d'un programme d'entraînement de la mémoire et d'un accompagnement personnalisé. Ce programme, d'une durée de 6 mois basé sur la réalisation d'exercices spécifiques conçus et réalisés par Filassistance International avec l'appui de partenaires reconnus, a plusieurs objectifs :

- s'approprier le « pourquoi je dois entretenir ma mémoire et comment le faire »,
- stimuler ses fonctions intellectuelles et lui permettre d'acquiescer des stratégies de mémorisation afin de les utiliser dans la vie quotidienne,
- repenser son hygiène de vie, vis à vis des différents facteurs de risque de survenue d'une maladie neurodégénérative.

La prestation prévention et soutien de la mémoire s'inscrit dans une démarche déontologique, en respectant les choix des personnes et sans se substituer aux professionnels de santé.

### TÉLÉASSISTANCE

Filassistance International met à la disposition de l'Adhérent un appareil de téléassistance tel que défini ci-dessus, et prend en charge les 3 premiers mois d'abonnement (ou 3 mois d'abonnement si l'appareil est déjà installé chez l'Adhérent).

## ACCOMPAGNEMENT DANS LES DÉPLACEMENTS

Filassistance International recherche pour le compte de l'Adhèrent des services d'aide au déplacement (à la banque, à La Poste, dans un établissement de soins, etc.) et organise le cas échéant la venue d'un accompagnateur. La responsabilité de Filassistance International ne peut en aucun cas être recherchée par l'Adhèrent dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements(s) communiqué(s) concernant ces services.

Les frais engagés sont pris en charge par Filassistance International au plus 4 fois par année civile (avec un maximum annuel de 460 euros).

## AUXILIAIRE DE VIE

À la demande de l'Adhèrent, Filassistance International recherche et organise la venue d'une auxiliaire de vie pour lui venir en aide.

Les frais engagés restent à la charge de l'Adhèrent.

## MISE À DISPOSITION D'UN COIFFEUR À DOMICILE

Filassistance International peut rechercher et prendre en charge la venue d'un coiffeur à domicile pour l'Adhèrent dépendant. La prise en charge ne peut excéder 6 visites par année civile (avec un maximum de 500 euros pour toute la durée du contrat).

## MISE À DISPOSITION DU MATÉRIEL ADAPTÉ AUX HANDICAPÉS

Filassistance International peut prendre en charge en complément des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, le matériel adapté aux handicapés (lit, chaise roulante, etc.) avec un maximum de 770 euros, pour une seule intervention pour toute la durée du contrat.

## ASSISTANCE DÉMÉNAGEMENT EN CAS DE DÉPART DANS UN ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ

Filassistance International organise le déménagement de l'Adhèrent dépendant si son changement de domicile est indispensable, ou s'il doit être hébergé dans un établissement spécialisé.

Les frais engagés restent à la charge de l'Adhèrent.

## SUIVI DE LA QUALITÉ DE VIE DE L'ADHÉRENT EN CAS DE DÉPART DANS UN ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ

À la demande de l'Adhèrent, Filassistance International peut le contacter périodiquement (au maximum tous les mois pendant une période de 6 mois) afin de maintenir un contact avec l'extérieur et de connaître son ressenti quant aux conditions dans lesquelles il se trouve dans le cadre de son nouvel hébergement.

## PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 4 JOURS DE L'ADHÉRENT, CONSÉCUTIVE À UNE FRACTURE OU BRÛLURE

Les prestations suivantes sont accessibles uniquement si l'Assuré adhère à l'option Fracture ou Brûlure par accident.

## PLAN D'AIDE À LA CONVALESCENCE

Pendant l'hospitalisation ou lors du retour à domicile de l'Adhèrent, l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance International réalise un entretien téléphonique avec l'Adhèrent ou sa famille pour évaluer sa situation médico-psycho-sociale et établir un plan d'aide à la convalescence.

Objectif : faciliter la vie de la famille pendant et après l'hospitalisation.

Thèmes abordés :

- identification des besoins pour le maintien à domicile,
- informations sur les droits et démarches administratives : constitution de dossiers, recherche de financements (aides financières publiques, ...),
- les aides techniques favorisant sa convalescence (mise en relation avec des distributeurs de matériel médical).

## SERVICES D'ASSISTANCE « À LA CARTE »

Filassistance International recherche et organise (sous réserve des disponibilités locales) des prestations pour :

- assurer la livraison de repas, de courses, de médicaments,
- trouver une aide-ménagère, un accompagnateur pour les déplacements,
- trouver une auxiliaire de vie, des professionnels paramédicaux,
- trouver un coiffeur, un pédicure, une esthéticienne, une dame de compagnie, un service « blanchisserie »,
- mettre en place la garde du domicile (vigile ou télésécurité),
- garder les petits enfants, les animaux de compagnie,
- préparer l'adaptation du logement (ergothérapeute ou autre),
- et tout autre service de proximité.

Les frais engagés sont à la charge de l'Adhèrent.

## ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Sur simple appel de l'Adhèrent, lors de la survenance de l'hospitalisation consécutive à une fracture ou brûlure, Filassistance International peut le mettre en relation avec sa plate-forme d'écoute médico-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, ... destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

## PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de l'Adhèrent, suite à une fracture ou brûlure, Filassistance International organise et prend en charge les frais de transport aller/retour et d'hébergement d'un proche, à hauteur de 50 €/nuit et de 250 € max. par séjour.

Les frais de restauration ne sont pas à la charge de Filassistance International.

## OU

## GARDE MALADE À DOMICILE POUR LA CONVALESCENCE DE L'ADHÉRENT

À la demande de l'Adhèrent, en cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de l'Adhèrent, suite à une fracture ou brûlure, Filassistance International recherche et organise la venue d'une garde malade à domicile pour lui venir en aide pendant sa convalescence, et prend en charge sa rémunération jusqu'à 15 heures.

## AIDE-MÉNAGÈRE

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de l'Adhèrent, suite à une fracture ou brûlure, Filassistance International organise la venue d'une aide-ménagère pour le soulager, d'une partie des tâches ménagères qui lui incombent habituellement et qu'il ne peut plus assumer, et prend en charge sa rémunération jusqu'à 15 heures, réparties sur 10 jours ouvrés avec un maximum de 4 heures par jour (et dans la limite de 30 heures max. par année civile). La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou la situation de famille de l'Adhèrent, par le service médical de Filassistance International.

L'Adhèrent doit justifier (certificats médicaux, justificatifs d'hospitalisation, etc.) son recours aux services de Filassistance International.

## ACCOMPAGNEMENT DANS LES DÉPLACEMENTS

Filassistance International recherche pour le compte de l'Adhèrent des services d'aide au déplacement (à la banque, à La Poste, dans un établissement de soins, etc.) et organise le cas échéant la venue d'un accompagnateur. La responsabilité de Filassistance International ne peut en aucun cas être recherchée par l'Adhèrent dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements(s) communiqué(s) concernant ces services.

Les frais engagés sont pris en charge par Filassistance International au plus 2 fois par événement (avec un maximum de 60 euros TTC par année civile).

## TÉLÉASSISTANCE

Filassistance International met à la disposition de l'Adhèrent un appareil de téléassistance et prend en charge les frais de mise en service et un mois d'abonnement.

## QUELLES SONT LES EXCLUSIONS ?

### EXCLUSIONS COMMUNES

Filassistance International ne peut intervenir pour l'organisation des premiers secours, qui restent à la charge des autorités locales. Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Adhèrent lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de Filassistance International les conséquences :

- de tentative de suicide de l'Adhèrent,
- des états résultant de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit,
- d'un état d'alcoolémie supérieur au taux légal de tolérance,
- de la pratique d'un sport à titre professionnel, à titre de loisir dans le cadre d'une compétition ou d'une tentative de record et leurs essais, et d'une manière générale, les conséquences de la pratique d'un sport aérien, marin ou entraînant l'utilisation d'engins motorisés,
- des infractions à la législation en vigueur en France, commises de façon volontaire (notamment faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Adhèrent, la participation à un crime ou un délit).

Sont également exclus les frais de restauration, de taxi ou d'hôtel engagés à l'initiative de l'Adhèrent sans l'accord préalable de Filassistance International (sauf en cas de force majeure).

### EXCLUSIONS DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Cependant, Filassistance International ne peut pas être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués :

- par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non,
- par la mobilisation générale,
- par réquisition des hommes et du matériel par les autorités,
- par tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées,
- par les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc,
- par les cataclysmes naturels,
- par les effets de la radioactivité,
- par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat,
- par les interdictions décidées par les autorités légales.

## INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire avant l'adhésion à la convention d'assistance puis lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement informatique.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite « informatique et libertés », modifiée par la loi n° 2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à Filassistance – Correspondant CNIL, 108 bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD. Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

## TITRE I

FORMATION – DÉNOMINATION – DURÉE – OBJET  
COMPOSITION – SIÈGE SOCIAL

### Article 1. Constitution

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, les articles L141-7 et R141-1 à R141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts.

Elle prend la dénomination de « GPST » (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous). Elle est constituée pour une durée illimitée.

### Article 2. Objet

L'Association GPST a pour objet :

- d'étudier les questions relatives aux régimes de retraite et de prévoyance obligatoires et complémentaires par secteurs d'activité professionnelle dont relèvent ses adhérents, personnes physiques et morales, de les conseiller et de leur donner toutes les informations possibles,
- de souscrire, au profit de ses adhérents, des contrats collectifs d'assurance auprès de tout organisme assureur,
- de promouvoir toutes les actions publiques ou collectives pouvant favoriser la réalisation de ses objectifs ou ayant un but entrant dans le cadre de son objet social,

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

### Article 3. Membres

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

- les membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Conseil d'Administration ;
- les membres fondateurs, dont la liste initiale figure en Annexe des statuts, qui ne paient pas de cotisation ;
- et les membres adhérents, qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

La qualité de membre de l'Association s'acquiert par adhésion aux présents Statuts. Elle se perd par démission, décès, radiation sur décision du Conseil d'Administration pour non règlement des cotisations ou pour motifs graves.

La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale.

La décision est rendue en dernier ressort par le Conseil d'Administration et n'a pas à être motivée.

Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

### Article 4. Siège social

Le Siège Social est fixé 38-40, avenue des Champs-Élysées – 75008 Paris. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration, qui est alors autorisé à modifier le présent article en conséquence.

## TITRE II

ADMINISTRATION

### Article 5. Composition du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se compose de 2 membres au moins et de 7 membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents.

En tout état de cause, plus de la moitié des membres du Conseil d'Administration ne doivent pas détenir ou avoir détenus au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe ni recevoir ou avoir reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être choisis parmi les membres de l'Association ou en dehors et être soit des personnes physiques, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Les Administrateurs sont élus pour une durée de 5 ans et sont rééligibles.

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé à son remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du conseil à ses administrateurs.

Le président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration. Il informe également l'Assemblée Générale de toute rémunération versée par l'entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du Conseil d'Administration et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil d'Administration pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire.

### Article 6. Membres du Bureau

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres ou ses représentants un président qui est également le Président de l'Association.

Il peut également désigner pour constituer le Bureau un ou deux Vice-Présidents, un Secrétaire et un Trésorier, ces deux derniers pouvant être choisis en dehors des Administrateurs.

Le Président réunit et préside le Conseil d'Administration et le Bureau. Il assure la gestion courante de l'Association, applique et fait appliquer les décisions du Conseil d'Administration. Il peut déléguer, sur avis du Bureau, ses pouvoirs à un autre membre du Bureau.

Les attributions des membres du Bureau et le fonctionnement de ce dernier sont déterminés par le Règlement Intérieur.

### Article 7. Fonctionnement du Conseil d'Administration

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un Secrétaire Général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil d'Administration et du Bureau avec voix consultative.

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Les Administrateurs peuvent participer aux réunions du Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions précisées le cas échéant par le Règlement Intérieur. Ils sont alors réputés effectivement présents pour le calcul du quorum et de la majorité.

Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil d'Administration.

### Article 8. Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour décider toutes les opérations ayant pour but la réalisation de l'objet de l'Association.

Le Conseil d'Administration signe avec un ou plusieurs assureurs tout nouveau contrat d'assurance de groupe.

Si l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration, dans les conditions de l'article 15, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance, le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Le Conseil d'Administration établit chaque année un rapport sur le fonctionnement des contrats souscrits par l'Association ; le rapport est tenu à la disposition des adhérents. Le contenu de ce rapport est précisé par le Règlement Intérieur.

### Article 9. Représentation en justice

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-Président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil d'Administration.

## TITRE III

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES  
ET EXTRAORDINAIRES

### Article 10. Composition des Assemblées

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à leur conjoint, ou, si l'auteur de la convocation l'a prévu, de voter par correspondance, notamment par voie électronique et par internet, selon les modalités prévues par le Règlement Intérieur.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

Tous les pouvoirs en blanc retournés à l'Association donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

### Article 11. Convocation – Quorum

L'Assemblée Générale est convoquée par le président du Conseil d'Administration, au moins une fois par an. Les adhérents devront se munir, pour participer à l'assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'assemblée les projets de résolutions qui lui ont été communiqués soixante jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent.

La convocation aux assemblées générales est individuelle : cette convocation précède de trente jours au moins la date fixée pour la réunion de l'assemblée. Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiqué à l'Association lorsqu'il sera invité à le faire.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum exigé au dernier alinéa. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

L'Assemblée Générale ne peut pas délibérer sur une question qui ne figurait pas à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet). Si, lors de la première convocation, l'assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

### Article 12. Composition du bureau de l'Assemblée Générale

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil d'Administration. L'Assemblée Générale entend le rapport

du Conseil d'Administration sur la situation morale et financière de l'Association.

### Article 13. Procès-verbal

Il est tenu une feuille de présence à l'Assemblée.

Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

### Article 14. Assemblée Générale Extraordinaire

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée, d'au moins 10 % des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire peut apporter, sur proposition de son Bureau ou d'au moins 10 % des membres de l'Association, des modifications aux Statuts. Elle peut également décider la prorogation, la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions devront être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

### Article 15. Assemblée Générale Ordinaire

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votants. Chaque membre dispose d'une voix.

L'Assemblée Générale Ordinaire élit les Administrateurs. Elle approuve les comptes de l'Association pour l'exercice écoulé au plus tard dans les six mois de sa clôture, c'est-à-dire au plus tard le 30 juin. Elle approuve le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations de chacune des catégories de membres.

L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation prévue à l'article 8.

### Article 16. Règlement Intérieur

Un règlement intérieur peut être établi et modifié par le Conseil d'Administration sous réserve de la ratification de la plus prochaine Assemblée Générale.

## TITRE IV

### RESSOURCES – DÉPENSES – COMPTES

### Article 17. Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

- des droits d'adhésion et cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du

Conseil d'Administration ;

- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ; et
- des revenus ou bénéfices sur réalisation des valeurs provenant de l'emploi de ses fonds.

### Article 18. Dépenses

Les dépenses de l'Association sont constituées, en dehors des frais d'administration et de gestion, par :

- toutes les sommes destinées à faire face aux charges résultant de son fonctionnement ;
- toutes sommes engagées pour la réalisation de son objet social et notamment les cotisations et subventions aux organismes poursuivant des buts en rapport avec cet objet social.

Les dépenses sont engagées par le Président, par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

### Article 19. Comptes annuels

Il est tenu une comptabilité faisant apparaître annuellement un compte d'exploitation générale et un Bilan.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

### Article 20. Commissaires aux comptes

L'Assemblée Générale Ordinaire peut nommer, pour une durée de six exercices, un ou plusieurs commissaires aux comptes titulaires et un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants.

Le(s) commissaire(s) aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit et présente chaque année à l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

## TITRE V

### DISSOLUTION – DIVERS

### Article 21. Dissolution de l'Association

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale, délibérant ainsi qu'il est dit ci-dessus, désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à reprendre tout ou partie de leurs apports et l'emploi qui sera fait de l'actif net, après paiement des charges de l'Association et des frais de sa liquidation, conformément à la loi.

# STATUTS MUTUELLE BLEUE

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 et du 16 mai 2019. 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 ainsi que les présents Statuts et Règlements Mutualistes. Conformément à l'article L. 110-1 du Code de la Mutualité et à l'article 1er 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.

À 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 :

La Mutuelle peut :

- 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 :

- de participer à la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité en application de l'article L. 611-20 du Code de la Sécurité sociale et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'Etat ou d'autres collectivités publiques ;
- 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 essentiellement de membres participants et, éventuellement, 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. À 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. Les 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 Pacte Civil de Solidarité 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 28e 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, la personne vivant sous le toit de l'assuré et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux.

##### SECTION II - ADHÉSION

##### Article 7. Engagements réciproques

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

##### Article 8. Modalités d'adhésion

Aucune limitation d'âge n'est fixée pour l'adhésion, sous réserve des exceptions prévues aux Règlements Mutualistes de la Mutuelle. Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion et reçoit copie des Statuts et du Règlement Mutualiste de la Mutuelle correspondant à la garantie souscrite. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions statutaires et des droits et obligations définis par les Règlements Mutualistes.

Par dérogation aux alinéas précédents, les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

##### SECTION III - RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION

##### Article 9. Résiliation faite auprès de la Mutuelle

###### A) Opérations individuelles

La résiliation de l'adhésion est opérée dans les conditions, formes et délais fixés par les Règlements Mutualistes. Sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, la résiliation de l'adhésion à la garantie entraîne, à la date d'échéance fixée au Règlement, la perte de la qualité de membre participant.

Toute cotisation versée par l'adhérent reste acquise à la Mutuelle, sous réserve des dispositions de l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité. La démission n'exonère pas l'adhérent du paiement des cotisations émises en cours d'année, sans possibilité d'exiger le paiement prorata temporis.

###### B) Opérations collectives

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

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

##### Article 10. Radiation

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

# STATUTS

## Suite

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

### SECTION IV - RÈGLEMENTS MUTUALISTES

#### Article 14. Les règlements mutualistes

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

## TITRE II

### Administration de la mutuelle

#### CHAPITRE 1 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

#### Article 15. Composition de l'Assemblée générale

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

#### Article 16. Définition des collèges et des Sections de vote ou de désignation

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

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

Les trois (3) collèges sont les suivants :

- Le collège individuel, constitué de membres participants adhérant à la Mutuelle à titre individuel, à l'intérieur duquel il est procédé à l'élection, dans le cadre d'une section de vote unique, de trente-quatre (34) délégués titulaires et de trente-quatre (34) délégués suppléants se répartissant comme suit :  
> un délégué titulaire et un délégué suppléant par tranche de deux mille cinq cents (2 500) membres participants pour un effectif compris entre un (1) et quatre vingt deux mille cinq cents (82 500) membres ;

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

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

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

L'effectif à prendre en compte pour la détermination du nombre de délégués titulaires et de délégués suppléants à élire dans le cadre de la section de vote du collège individuel est celui

des membres participants inscrits à l'effectif au trente et un (31) octobre de l'année précédant l'élection des délégués. Le règlement de vote définit notamment les critères objectifs qui permettent de désigner les délégués de chaque collège collectif.

#### Article 17. Élection et désignation des délégués

##### 17.1. Modalités d'élection des délégués

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

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

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

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

À 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 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 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. À 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 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'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 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

Après la clôture du scrutin, les membres de la Commission 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 dissolution de la Mutuelle ;
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
- la création d'une mutuelle ou d'une union ;
- la nomination des commissaires aux comptes ;
- la définition des principes que doivent respecter les

délégations de gestion accordées par la Mutuelle ;

- toute question relevant de sa compétence en application des textes légaux en vigueur.

#### Article 25. Bureau de vote

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

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

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

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

#### Article 26. Déroulement des travaux

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

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

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

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

#### Article 27. Opérations de vote

##### 27.1. Principes

Les votes portant sur les questions relevant de la compétence de l'Assemblée Générale, conformément à l'article 24 des Statuts, ont lieu à main levée ou par appel nominatif des délégués, au choix du Président de séance. Les délégués titulaires, non présents à l'Assemblée Générale, peuvent cependant voter par procuration, dans les conditions définies à l'article 19.3 des Statuts.

Cependant, la majorité des délégués, présents ou représentés, peut demander un vote à bulletins secrets sur des questions importantes engageant l'avenir de la Mutuelle, à savoir : - le transfert de portefeuille au profit d'un autre groupement ; - la fusion, scission ou la dissolution de la Mutuelle.

##### 27.2. Modalités de vote à bulletin secret

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

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

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

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

sincérité du scrutin.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Article 28. Modalités de délibération

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

- révoquer un ou plusieurs membres 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

# STATUTS

## Suite

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 de minimum dix (10) et maximum vingt (20) 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.

#### 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 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 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, ils présentent dans les trois (3) mois leur démission ou, à l'expiration de ce délai, 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'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (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-dessus 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'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (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<sup>er</sup> 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 intervenants 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 rester 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.

À 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 (article 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'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 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 de 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 MUTUELLES

#### 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'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (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 Directeur 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 oeuvre. 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 intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration. 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.

### 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'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (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.

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.

## 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.

# 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 16,80 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 20km)**

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 le STIF, 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. À défaut, ne lui est versée que la seule indemnité

# ANNEXES AUX STATUTS

## Suite

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 parcètre et de péage

Dans tous les cas, les frais de parking, de péage ou de parcètre 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 : 54 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. La limite où les délais de route l'imposent selon les conditions suivantes :

##### 4.5.1. Nuitée

Découcher avec petit-déjeuner inclus : 148 euros maximum.

##### 4.5.2. Repas

Déjeuner ou dîner : 35 euros maximum.



**Renonciation à votre adhésion**

Si vous renoncez à votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous.

**Conditions :**

Compléter et signer ce formulaire.

L'envoyer à l'adresse suivante : Néoliane Santé – 455 Promenade des Anglais – 06200 NICE

L'expédier au plus tard le 30<sup>e</sup> (trentième) jour soit à compter de la date de signature de votre contrat, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

Date et signature le :

« Je soussigné(e)  M.  M<sup>me</sup>

Nom : ..... Prénom : .....

Demeurant : .....

Code Postal :      Ville : .....

Date de l'adhésion : .....

Numéros d'adhérent : .....

déclare renoncer à mon adhésion au contrat susvisé et demande le remboursement des cotisations versées. »

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 garanties sont détaillés dans la notice d'information.

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

La garantie Néoliane Autonomie + est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative qui a pour but le versement du capital garanti à l'Assuré en cas de dépendance totale ainsi que le versement d'un capital en cas de fracture ou de brûlure de l'assuré consécutif à un accident, lorsque ce dernier a souscrit à l'option.



### QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

Le montant des prestations figure dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

#### LA GARANTIE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ Le versement d'un capital en cas de dépendance totale, consécutive à une maladie ou un accident. Le montant du capital garanti est compris entre 5 000 et 50 000 euros par paliers de 5 000 euros, choisi par l'adhérent au moment de l'adhésion.

#### LA GARANTIE OPTIONNELLE :

- un capital en cas de fracture ou de brûlure consécutive à un accident.  
Le montant du capital en cas de fracture, pouvant aller de 40 à 500 euros, est déterminé selon la nature de la fracture,  
Le montant du capital en cas de brûlure, pouvant aller de 125 à 375 euros, est déterminé selon la surface de brûlure estimée par règle des neufs.

#### LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✓ Garanties d'assistance en cas :
  - de dépendance totale ;
  - de fracture ou brûlure entraînant une hospitalisation.

« Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat ».



### QU'EST CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ L'état de dépendance partielle
- ✗ Les brûlures de 1er degré, pour la garantie optionnelle fracture/brûlures
- ✗ Ne sont pas garanties les dépendances liées à une maladie survenant dans le délai de carence de deux ans à compter de la date d'effet du contrat
- ✗ L'état de dépendance survenu pendant le délai de franchise de 90 jours



### Y-A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

La garantie ne couvre pas les conséquences :

- ! De la tentative de suicide,
- ! D'accident, de blessure, de maladie ou de mutilations volontaires,
- ! De l'usage de stupéfiants ou de produits médicamenteux non prescrits par une autorité médicale compétente,
- ! Les accidents de la route survenant alors que l'Assuré conduisait et avait un taux d'alcoolémie supérieur au maximum fixé par la législation, ou était sous l'emprise de stupéfiants hors de toute prescription médicale,
- ! De la participation active de l'Assuré à des rixes sauf cas de légitime défense, assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Le capital garanti en cas de dépendance totale est dû à partir du 91ème jour suivant la date de survenance de la dépendance attestée par l'autorité médicale compétente et reconnue par l'Assureur, à condition que l'Assuré soit en vie au moment de chaque échéance de versement.
- ! Le capital versé en cas de fracture ou de brûlure est plafonné à 500 euros par année civile
- ! Le capital versé en cas de fracture ou de brûlure est réduit de moitié lorsque l'assuré atteint l'âge de 75 ans

Cette liste n'est pas exhaustive.



## OÙ SUIS-JE COUVERT ?

La garantie Néoliane Autonomie + est accordé dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs ou quatre-vingt-dix (90) jours non consécutifs sur une période de douze (12) mois.



## QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine de non garantie ou de résiliation :

A la souscription du contrat :

- Etre membre de l'association GPST ;
- Etre âgés, à la date de prise d'effet du contrat entre 40 et 80 ans inclus ;
- Etre résidents, fiscalement et de façon permanente, en France métropolitaine (un déménagement en dehors de la France met fin à la couverture Néoliane Autonomie+);
- Régler la première périodicité de paiement indiquée sur la demande d'adhésion ;
- Compléter, dater et signer la demande d'adhésion

En cours de contrat :

- Déclarer toutes circonstances nouvelles pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (exemples : changement de domicile ou de domiciliation bancaire) ;
- Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au Contrat.

En cas de sinistre :

- Déclarer le sinistre ;
- 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 paiements des cotisations sont effectués par prélèvement bancaire automatique.  
La périodicité de prélèvement peut être mensuelle ou trimestrielle.



## QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Le contrat prend effet le 1er jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion dûment remplie et signée.

Les garanties prennent fin :

- En cas de résiliation du contrat par la Mutuelle, l'Association ou l'adhérent
- En cas de décès de l'adhérent
- Au 31 décembre de l'année du 85ème anniversaire pour la garantie optionnelle fracture/brûlure
- Un déménagement en dehors de la France métropolitaine

Un délai de renonciation de 30 jours calendaires est ouvert soit à compter de la date de signature de votre contrat, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.



## COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À chaque échéance annuelle du contrat par lettre recommandée adressée, au plus tard, deux mois avant la date d'échéance, à Mutuelle Bleue Service Gestion Prévoyance 14 rue René Cassin – CS 70528 – 77014 Melun Cedex,
- En cas de désaccord suite à une modification de vos droits et obligations ou l'augmentation du montant de la cotisation, dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.



# Néoliane Autonomie+

Versement d'un capital en cas  
de dépendance totale

Réf. DEP-04-2021

**Néoliane**  
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Géré et assuré par **MUTUELLE BLEUE**, (Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993).  
Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 Paris. Service Prévoyance : 14 rue René Cassin CS 70528 - 77014 Melun Cedex.

Distribué par **Néoliane Santé**  
455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5<sup>e</sup> - 06200 Nice  
SAS au capital de 2 000 000 € RCS Nice 510 204 274  
Immatriculation ORIAS : 09 050 488 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 75436 Paris Cedex 09.