

Ad vital mutuelles

Contrat Santé  
Conditions Générales  
N°377a

Valant notice d'information  
Concerne les Formules 1 à 4  
Et Plus Mutuelles F2 à F4

Pour les garanties n°5  
Minimut et Mut +  
Voir page 33 et suivantes

## **Votre contrat se compose des éléments suivants :**

Si vous\* êtes une personne physique et que vous\* avez souscrit dans le cadre fiscal de la **loi Madelin\*** :

- Vous\* vous engagez à fournir une copie de l'attestation reflet de votre carte Vitale et l'attestation de votre régime obligatoire\* vieillesse confirmant que vous\* êtes à jour du paiement de vos cotisations.
- **Vous\*** adhérez à un contrat de groupe à adhésion facultative dans le cadre de la loi du 11 février 1994 dite "**Loi Madelin\***", codifiée sous l'article 154 bis du Code Général des Impôts.
- Le contrat groupe est souscrit par une association. Vous\* pouvez demander ses statuts à tout moment à votre **Assureur Conseil\***.
- Votre adhésion au contrat et votre adhésion à l'association sont matérialisées par un **certificat d'adhésion\*** qui précise la date d'effet de l'adhésion, le nom et l'adresse de l'association souscriptrice, les personnes assurées ainsi que les garanties et services que vous\* avez choisis.
- La présente **notice d'information\*** définit les garanties et services pouvant être souscrits ainsi que les dispositions relatives à la vie de l'adhésion.

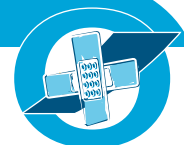
### **Dans les autres cas :**

- Vous\* souscrivez un contrat individuel.
- Votre souscription au contrat est matérialisée par des **conditions particulières\*** qui précisent la date d'effet du contrat, les personnes assurées ainsi que les garanties et services que vous\* avez choisis.
- Les présentes **conditions générales\*** définissent les garanties et services pouvant être souscrits ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat.

**Dans tous les cas, votre contrat satisfait aux dispositions de l'article 995-15 du Code Général des Impôts et, à ce titre, les cotisations ne supportent pas la taxe spéciale sur les conventions d'assurance : aucun questionnaire médical n'est requis, les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré\*.**

**Les conditions énoncées à l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale sont respectées. Ainsi, le contrat ne prend en charge, ni la participation forfaitaire\*, ni la franchise médicale\*, ni les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins coordonné\*.**

**Le contrat respecte également les conditions exigées pour ouvrir droit à l'aide au paiement d'une complémentaire santé si le souscripteur\* se voit attribuer ce droit par sa caisse d'assurance maladie\*.**



	<b>page</b>
<b>1. LEXIQUE</b> .....	p 4
<b>2. L'OBJET DE VOTRE CONTRAT</b> .....	p 7
<b>3. VOS GARANTIES</b> .....	p 8
3.1. L'hospitalisation* médicale, l'intervention chirurgicale et la maternité* .....	p 8
3.2. La médecine de ville .....	p 10
3.3. La pharmacie et les autres soins courants .....	p 10
3.4. Les soins et prothèses dentaires (remboursés par le régime obligatoire*) .....	p 11
3.5. L'optique .....	p 11
3.6. La médecine de pointe (non remboursée par le régime obligatoire*) .....	p 12
3.7. La prévention .....	p 13
<b>4. CE QUE VOTRE CONTRAT NE GARANTIT PAS</b> .....	p 14
4.1. Risques particuliers .....	p 14
4.2. Soins particuliers .....	p 14
4.3. Exclusions du régime obligatoire* .....	p 14
<b>5. LA GARANTIE D'ASSISTANCE SANTÉ COVÉA RISKS</b> .....	p 15
5.1. Les dispositions générales .....	p 15
5.2. Les garanties .....	p 15
5.3. La mise en jeu des garanties .....	p 20
<b>6. LA GARANTIE ACCOMPAGNEMENT MALADIE* GRAVE</b> .....	p 23
6.1. Objet de la garantie .....	p 23
6.2. Les garanties d'accompagnement .....	p 23
6.3. La prise en charge des prestations .....	p 25
6.4. La mise en jeu de la garantie .....	p 25
<b>7. LES SERVICES GPS SANTÉ</b> .....	p 26
<b>8. LA VIE DU CONTRAT</b> .....	p 27
8.1. La prise d'effet et la durée de votre contrat .....	p 27
8.2. La cotisation .....	p 27
8.3. Le règlement des prestations .....	p 28
8.4. Les déclarations que vous* devez faire .....	p 30
8.5. Médiation - Information : vos droits .....	p 30



**CE LEXIQUE A POUR BUT DE CLARIFIER LA LECTURE DE VOS CONDITIONS GÉNÉRALES AFIN D'ÉVITER TOUTE AMBIGUÏTÉ. CHAQUE FOIS QUE LE TEXTE DES CONDITIONS GÉNÉRALES (HORS CHAPITRE 5 LES GARANTIES D'ASSISTANCE) FERA APPEL À UN TERME DÉFINI AU LEXIQUE, IL SERA SUIVI D'UN ASTÉRISQUE (\*).**

**Accident\***

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

**Année d'assurance\***

Période d'au moins 10 mois comprise entre deux échéances anniversaires\* consécutives.

**Assuré/Bénéficiaire\***

Toute personne assurée par le contrat et désignée comme **bénéficiaire** aux conditions particulières\*.

**Assureur\***

Les garanties sont assurées par :

Covéa Risks

SA à directoire et conseil de surveillance

Au capital de 168 452 216,75 euros

RCS Nanterre n° B 378 716 419

Siège social : 19-21, allées de l'Europe - 92616 Clichy Cedex

Entreprise régie par le Code des assurances

**Assureur Conseil\***

Intermédiaire entre l'assureur\* et le souscripteur\*. Son statut et sa profession sont réglementés par le Code des Assurances.

Le nom et les coordonnées de votre Assureur Conseil\* figurent sur vos conditions particulières\*.

**Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)\***

Tarifs de base utilisés par le régime obligatoire\* de l'assuré pour calculer ses remboursements. Ces tarifs sont définis par la Sécurité Sociale, soit conventionnellement avec les syndicats des praticiens et les établissements de soins (il s'agit alors du Tarif de Convention), soit d'autorité pour les actes pratiqués par des professionnels non conventionnés.

**Conditions générales/Notice d'information\***

C'est le présent document qui précise les garanties et services proposés ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat. Ce document est appelé notice d'information\* lorsque le contrat est souscrit dans le cadre de la loi Madelin\*.

**Conditions particulières/Certificat d'adhésion\***

Document que vous\* avez signé à la souscription ou en cas d'avenant et qui précise la date d'effet du contrat ou de la modification, les bénéficiaires ainsi que les garanties que vous\* avez choisies. Ce document est appelé Certificat d'adhésion\* lorsque le contrat est souscrit dans le cadre de la loi Madelin\*.

**Domicile\***

Lieu de résidence principale des assurés en France Métropolitaine.

**Échéance anniversaire\***

Date à laquelle votre cotisation annuelle doit être payée. Il s'agit de la date à laquelle votre contrat est reconduit pour une année.

**Forfait journalier\***

Forfait hospitalier fixé par les pouvoirs publics. Facturé par les établissements de santé pour tout séjour supérieur à 24 heures y compris le jour de sortie, il représente votre participation financière aux frais d'hébergement.

**Formule\***

Ensemble de garanties dont vous\* bénéficiez. Son niveau détermine le montant maximal d'indemnisation. La formule\* et le niveau que vous\* avez choisis figurent sur vos conditions particulières\*.

**Franchise médicale\***

Somme qui est déduite par le régime obligatoire\* préalablement à ses remboursements. Au 1<sup>er</sup> septembre 2008, elle concerne les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

**Hospitalisation\***

Séjour médicalement prescrit dans un établissement de soins public ou privé agréé par le ministère de la Santé ou à domicile\* ayant pour but un traitement médical ou chirurgical d'une maladie\*, d'un accident\* ou d'une maternité\*.

**Madelin\* (loi)**

La loi n° 94-126 du 11 février 1994 dans ses articles 24 et 41, les extensions des dispositions de ces articles et les textes pris pour leur application, codifiée sous l'article 154 bis du Code Général des Impôts. Elle concerne les travailleurs non salariés non agricoles.

**Maladie\***

Toute altération de la santé médicalement constatée.

Il est précisé que constituent des maladies\* :

- les conséquences d'un choc émotionnel ou d'un effort, les lombagos, sciatiques, ruptures et déchirures musculaires et tendineuses, hernies (pariétales, musculaires et discales), même d'origine traumatique ;
- les accidents\* cardiaques, cérébraux ou vasculaires, les syncopes et lésions qui peuvent en résulter.

**Maternité\***

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse volontaire ou non, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

**Nullité du contrat\***

Annulation pure et simple du contrat qui est alors censé n'avoir jamais existé suite à une fausse déclaration intentionnelle du souscripteur\*.

**Participation forfaitaire\***

Contribution prélevée par le régime obligatoire\* sur ses remboursements. Au 1<sup>er</sup> septembre 2008, elle concerne les remboursements effectués au titre des actes médicaux réalisés par les médecins et les actes de biologie et de radiologie.

**Parcours de soins coordonné\***

Ensemble de soins médicaux d'un assuré social réalisés ou prescrits par son médecin traitant. Par extension, les soins médicaux autorisés par la Sécurité Sociale en accès direct sont considérés comme entrant dans le parcours de soins coordonné\*.

**Partenaire Santé Covéa Risks\***

Prestataire de service choisi par Covéa Risks pour la mise en œuvre de services spécialisés :

**Santéclair** - SA au capital de 3 834 030 euros immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 428 704 977

Siège social : 78 boulevard de la République - 92100 Boulogne-Billancourt

**Fidélia Assistance** - SA au capital de 16 212 800 € entièrement libéré immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro B 377 768 601

Siège social : 27, Quai Carnot - 92210 Saint-Cloud

Fidélia Assistance est également appelé **Covéa Risks Assistance**.

**Covéa Risks** se réserve à tout moment le droit de changer de partenaire ou d'assurer en direct les services.

**Régime obligatoire\***

C'est le régime social français d'assurance maladie\* maternité\* auquel sont affiliés les assurés du contrat.

**Souscripteur/Adhérent\***

Personne qui a conclu le contrat avec l'assureur\*. Il est appelé adhérent\* lorsque le contrat est souscrit dans le cadre de la loi Madelin\*.

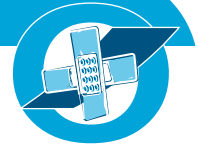
**Suspension de garantie\***

Période pendant laquelle les garanties ne donnent plus lieu à un remboursement sans que le contrat soit pour autant résilié ou frappé de nullité (par exemple en cas de non-paiement de la cotisation).

**Vous\***

“Vous\*” désigne dans le présent document toute personne ayant la qualité d'assuré au contrat, sauf pour les dispositions relatives à la vie du contrat : dans ce cas, “vous\*” désigne le souscripteur\* ou l'adhérent\*.

## 2. L'objet de votre contrat



**Le contrat Assurance Santé de Covéa Risks s'adresse aux personnes ayant une résidence fiscale en France Métropolitaine et relevant d'un régime obligatoire\* français.**

Le contrat Assurance Santé de Covéa Risks vous\* assure le remboursement des dépenses médicales occasionnées par la **maladie\***, l'**accident\*** et la **maternité\*** :

- qui ont fait l'objet d'une participation par votre **régime obligatoire\*** et qui sont restées à votre charge après son intervention. L'assurance est dans ce cas valable dans le monde entier ;
- ou qui ne sont pas couvertes par votre **régime obligatoire\*** mais qui sont expressément couvertes par la **formule\*** que vous\* avez choisie. **Dans ce cas, seuls sont pris en charge les frais médicaux qui ont été engagés auprès de professionnels de santé habilités à exercer en France Métropolitaine ou d'établissements de santé situés et agréés en France Métropolitaine.**

La garantie d'assistance est valable dans le monde entier.

**Seules les dépenses médicales liées à des soins ayant débuté à compter de la date d'effet du contrat et durant la période garantie sont prises en charge. Les hospitalisations\* en cours au jour de la date d'effet du contrat ne peuvent donner lieu à aucun remboursement même après cette date.**

**Le cumul des remboursements du régime obligatoire\* et du contrat Assurance Santé de Covéa Risks ne peut jamais dépasser les dépenses réelles de l'assuré.**

**Si vous\* bénéficiez de garanties de même nature auprès de plusieurs organismes assureurs\*, vous\* pouvez obtenir le paiement des prestations en vous\* adressant à l'organisme de votre choix.**

## 3. Vos garanties complémentaires santé



Les dispositions du présent chapitre viennent préciser les conditions d'application de toutes les garanties.

**Les garanties qui vous\* sont acquises sont celles qui apparaissent dans vos conditions particulières\*. Leur niveau ou montant maximal d'indemnisation y est également indiqué.**

**La période transitoire en cas d'hospitalisation\* suite à maladie\* ou maternité\* et les plafonds évolutifs sur les soins et prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire\* s'appliquent à tous les contrats quelle que soit la formule\* souscrite.**

**Les Bonus Fidélité s'appliquent si la garantie à laquelle ils se rapportent vous\* est acquise.**

Les taux indiqués s'entendent dans le cadre du **parcours de soins coordonné\***. Ils comprennent les prestations du **régime obligatoire\***.

Covéa Risks calcule les prestations sur la base et selon les modalités d'application de la **Base de Remboursement de la Sécurité Sociale\***.

**Si le montant maximal de remboursement par bénéficiaire et par année d'assurance\* est exprimé en euros et que vous\* n'avez pas atteint ce montant au cours de l'année d'assurance\*, le reliquat n'est pas reporté l'année suivante.**



### 3.1. L'HOSPITALISATION\* MÉDICALE, L'INTERVENTION CHIRURGICALE ET LA MATERNITÉ\*

#### 3.1.1. L'hospitalisation\* non psychiatrique

*En cas d'hospitalisation\* en établissement ou service psychiatrique ou neuropsychiatrique voir article 3.1.2.*  
Cette garantie vous\* rembourse

- en cas d'**hospitalisation\*** pour **accident\***, **maternité\*** ou **maladie\*** non psychiatrique,
- ou d'intervention chirurgicale médicalement prescrites et prises en charge par votre **régime obligatoire\*** :
- **les honoraires hospitaliers** : il s'agit des frais des soins dispensés pendant une **hospitalisation\***, une intervention chirurgicale ou une hospitalisation\* à domicile\*. La garantie complète le remboursement du **régime obligatoire\*** dans la limite du taux indiqué aux **conditions particulières\***.
- **les frais de séjour, hors chambre particulière et dépenses personnelles de confort** :
  - **en établissement conventionné** : la garantie indiquée aux conditions particulières\* pour l'hospitalisation\* complète le remboursement du **régime obligatoire\*** jusqu'à la dépense réellement engagée.
  - **en établissement non conventionné** : la prise en charge est limitée dans tous les cas à 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale\*.
- **le forfait journalier\***,
- **la chambre particulière\*** et **les frais de télévision** facturés au titre de l'**hospitalisation\***, dans la limite du montant indiqué aux **conditions particulières\***,
- **le lit d'accompagnant** facturé par l'établissement en cas d'**hospitalisation\*** de l'**assuré**, pendant **15 jours maximum par année d'assurance\***, dans la limite du montant indiqué aux **conditions particulières\***.



### 3.1.2. L'hospitalisation\* psychiatrique

Quelle que soit la **formule\*** choisie, Covéa Risks vous\* rembourse **en cas d'hospitalisation\* en établissement ou en service psychiatrique ou neuropsychiatrique** prise en charge par votre **Régime obligatoire\*** :

- **les honoraires hospitaliers** : la garantie complète le remboursement du **régime obligatoire\*** dans la limite de **100 % de la BRSS pour toute la durée du contrat**.
- **les frais de séjour, hors chambre particulière et dépenses personnelles de confort** :
  - **en établissement conventionné** : la garantie indiquée aux **conditions particulières\*** pour l'**hospitalisation\*** complète le remboursement du **Régime obligatoire\*** jusqu'à la dépense réellement engagée.
  - **en établissement non conventionné** : la prise en charge est limitée dans tous les cas à **100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale\***.
- **le forfait journalier\* psychiatrique, pendant une durée maximum par assuré de** :
  - **60 jours pendant la première année d'assurance\***,
  - **90 jours la deuxième année d'assurance\***,
  - **120 jours la troisième année d'assurance\***,sans limitation de durée à partir de la quatrième **année d'assurance\***.
- **la chambre particulière et les frais de télévision** facturés au titre de l'**hospitalisation\***, dans la limite du montant indiqué aux **conditions particulières\*** pour l'**hospitalisation\***, à concurrence de **30 jours maximum par assuré et par année d'assurance\***.

### 3.1.3. Le forfait nouveau-né

Un forfait nouveau-né vous\* est versé **sous réserve que l'enfant soit désigné comme bénéficiaire à partir de sa date de sa naissance**.

Un seul forfait nouveau-né est versé par enfant. En cas de naissance multiple, le forfait est versé pour chaque nouveau-né inscrit au contrat.

L'adoption d'un enfant mineur est assimilée à une naissance.

### 3.1.4. La période transitoire en cas d'hospitalisation\* suite à maladie\* ou maternité\*

Quelle que soit la **formule\*** que vous\* avez souscrite, pendant les **6 premiers mois** suivant la date d'effet du contrat :

- **les honoraires hospitaliers sont remboursés à hauteur de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale\*** pendant les **6 premiers mois** du contrat ;
- **la chambre particulière et les frais de télévision ne sont pas pris en charge pendant les 6 premiers mois du contrat même si la formule\* prévoit leur remboursement ;**
- **le lit d'accompagnant n'est pas pris en charge pendant les 6 premiers mois du contrat même si la formule\* prévoit son remboursement ;**
- **le forfait nouveau-né n'est pas versé si la naissance ou l'adoption intervient au cours des 6 premiers mois suivant la date d'effet du contrat même si la formule\* prévoit son versement.**

Cette période transitoire ne s'applique :

- ni aux frais de séjour,
- ni au **forfait journalier\***,
- ni en cas d'**hospitalisation\*** suite à un **accident\***.

Elle se décompte depuis la date d'effet du contrat.

## 3.2. LA MÉDECINE DE VILLE

Cette garantie vous\* rembourse les frais ayant donné lieu préalablement à un remboursement de votre **régime obligatoire\*** :

- **les consultations, visites et autres actes médicaux des médecins généralistes et spécialistes**, ainsi que les déplacements et majorations prévus dans la **Base de Remboursement de la Sécurité Sociale\*** ;
- **les actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues...)** ;
- **les frais de transport** ;
- **les analyses et examens de laboratoire** ;
- **les actes de radiologie**.

Les remboursements complètent ceux du **régime obligatoire\*** dans la limite du taux indiqué aux **conditions particulières\***.

## 3.3. LA PHARMACIE ET LES AUTRES SOINS COURANTS

### 3.3.1. Les médicaments prescrits médicalement et remboursés partiellement par le régime obligatoire\*

Cette garantie vous\* rembourse les médicaments prescrits médicalement qui ont préalablement donné lieu à une prise en charge par votre **régime obligatoire\***. Le remboursement complète celui du régime obligatoire\* dans la limite de 100 % de la **Base de Remboursement de la Sécurité Sociale\***.

### 3.3.2. L'automédication

Cette garantie vous\* rembourse certains médicaments définis par Covéa Risks et non remboursés par votre **régime obligatoire\***. Ces médicaments doivent être délivrés en officine. Le remboursement s'effectue sur la base des factures délivrées par la pharmacie. **Le remboursement ne peut pas dépasser le montant indiqué aux conditions particulières\*, par bénéficiaire et par année d'assurance\***.

Ce montant fait l'objet d'une majoration indiquée aux conditions particulières\* dans le réseau des pharmacies du **Partenaire Santé Covéa Risks\*(1)**.

La liste des médicaments qui peuvent être remboursés au titre de cette garantie au jour de l'achat est disponible auprès de votre **Assureur Conseil\***.

### 3.3.3. Les soins de pédicurie et de podologie non remboursés par le régime obligatoire\*

Cette garantie vous\* rembourse les soins effectués par un pédicure podologue diplômé.

**Le montant maximum de remboursement par année d'assurance\* et par bénéficiaire figure aux conditions particulières\***.

### 3.3.4. L'appareillage

Cette garantie vous\* rembourse les appareillages et prothèses (telles que les prothèses auditives par exemple) prescrits médicalement et qui ont préalablement donné lieu à une prise en charge par votre **régime obligatoire\***.

Le remboursement complète celui du **régime obligatoire\*** dans la limite du taux indiqué aux conditions particulières\*.

### 3.3.5. Les cures thermales

Cette garantie vous\* rembourse les frais de séjour et de transport liés à des cures thermales prescrites médicalement qui ont préalablement donné lieu à une prise en charge par votre régime obligatoire\*.

(1) Santéclair.

## Le montant maximum de remboursement par année d'assurance\* et par bénéficiaire\* figure aux conditions particulières\*.

Les soins et honoraires dispensés pendant une cure thermale sont pris en charge au titre des soins et honoraires en médecine de ville.



### 3.4. LES SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES (REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE)

#### 3.4.1. La garantie

Cette garantie vous\* rembourse les frais ayant donné lieu préalablement à un remboursement de votre **régime obligatoire\*** :

- **les soins dentaires ;**
- **l'orthodontie ;**
- **les prothèses dentaires** (par exemple une couronne).

Le remboursement complète celui du **régime obligatoire\*** dans la limite du taux indiqué aux **conditions particulières\***.

#### 3.4.2. Le Renfort conseil Partenaire Santé Covéa Risks\*<sup>(1)</sup> sur prothèses dentaires

Cette garantie augmente la prise en charge pour les prothèses dentaires qui ont fait l'objet d'une évaluation **préalable** par le **Partenaire Santé Covéa Risks\*<sup>(1)</sup>**. Cette évaluation se fait, soit sur la base du devis que vous\* remet votre dentiste et que vous\* envoyez au **Partenaire Santé Covéa Risks\*<sup>(1)</sup>**, soit sur la demande de prise en charge formulée directement par un dentiste du réseau du **Partenaire Santé Covéa Risks\*<sup>(1)</sup>**.

Le taux maximal de prise en charge supplémentaire figure aux **conditions particulières\***.

#### 3.4.3. Les plafonds évolutifs

**Quels que soient la formule\* et le niveau souscrits, l'ensemble des remboursements dentaires Covéa Risks, y compris le Renfort conseil Partenaire Santé Covéa Risks\*<sup>(1)</sup> sur prothèses dentaires, ne peut excéder par bénéficiaire :**

- **500 euros la première année d'assurance\*,**
- **1 000 euros la deuxième année d'assurance\*,**
- **1 500 euros la troisième année d'assurance\*.**

Ces plafonds disparaissent à compter de la quatrième **année d'assurance\*** sauf si vous\* optez pour un niveau de **formule\*** supérieur à celui en vigueur. Dans ce cas :

- si le changement de niveau intervient au cours des trois premières **années d'assurance\*** : le plafond en vigueur est reconduit pour une nouvelle période, allant jusqu'à la fin d'une **année d'assurance\***, puis il continue d'évoluer normalement.
- si le changement de niveau intervient à partir de la quatrième **année d'assurance\***, le plafond de 1 500 euros s'applique pendant une **année d'assurance\*** à compter de la date d'effet du changement.

Le plafond applicable est le même pour tous les **bénéficiaires** du contrat.

Une fois par an, **Covéa Risks** vous\* communique le montant de votre plafond applicable à votre **échéance anniversaire\***. Vous\* pouvez également le demander à votre **Assureur Conseil\***.



### 3.5. L'OPTIQUE

#### 3.5.1. Les lunettes et les lentilles prescrites médicalement

Cette garantie **vous\*** rembourse les frais de lunettes équipées de verres correcteurs (verres et montures) et de lentilles correctrices, médicalement prescrites, qu'il y ait eu ou non prise en charge préalable par votre **régime obligatoire\***.

(1) Santclair.

**Le montant maximum de remboursement par année d'assurance\* et par bénéficiaire\* figure aux conditions particulières\*. Ce montant se rajoute au montant versé par votre régime obligatoire\*.**

### 3.5.2. Le Bonus Fidélité - Optique

Si aucune prestation ne lui a été versée au titre de cette garantie "optique" au cours d'une **année d'assurance\***, chaque **bénéficiaire\*** peut bénéficier l'année suivante d'un bonus de fidélité. Ce bonus de fidélité peut aboutir à un doublement du montant figurant aux **conditions particulières\*** si la garantie n'intervient pas pendant **3 années d'assurance\*** de suite.

Le bonus de fidélité ne porte pas sur le Renfort conseil **Partenaire Santé Covéa Risks\*<sup>(1)</sup>**.

En cas de versement de prestations au titre de l'optique au cours d'une **année d'assurance\***, le montant garanti reste ou revient au montant figurant aux **conditions particulières\***.

Ce bonus de fidélité est calculé pour chaque **bénéficiaire\***.

Covéa Risks vous\* communique le montant de votre Bonus Fidélité une fois par an. Vous\* pouvez également le demander à votre Assureur Conseil\*.

### 3.5.3. Le Renfort conseil Partenaire Santé Covéa Risks\*<sup>(1)</sup>

Cette garantie supplémentaire augmente votre prise en charge de frais de lunettes équipées de verres correcteurs (verres et monture) et de lentilles correctrices, médicalement prescrites, qui ont fait l'objet d'une évaluation préalable par le **Partenaire Santé Covéa Risks\*<sup>(1)</sup>**. L'évaluation se fait, soit sur la base du devis que vous\* remet votre opticien et que vous\* envoyez au **Partenaire Santé Covéa Risks\*<sup>(1)</sup>**, soit sur la demande de prise en charge formulée directement par un opticien du réseau du **Partenaire Santé Covéa Risks\*<sup>(1)</sup>**.



## 3.6. LA MÉDECINE DE POINTE (NON REMBOURSÉE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE)

La médecine de pointe recouvre différents frais de soins engagés auprès de professionnels habilités à exercer en France Métropolitaine, même s'ils ne sont pas remboursés par le **Régime obligatoire\***.

### 3.6.1. Les médicaments prescrits médicalement

Cette garantie vous\* rembourse les médicaments bénéficiant d'une Autorisation de Mise sur le Marché français (AMM), qui ne donnent lieu à aucun remboursement de votre **régime obligatoire\***, et qui ont fait l'objet d'une prescription médicale.

**Le montant maximum de remboursement par année d'assurance\* et par bénéficiaire\* figure aux conditions particulières\*.**

### 3.6.2. Les soins et prothèses dentaires, orthodontie et parodontologie

Cette garantie **vous\*** rembourse :

- les frais de soins dentaires,
- l'orthodontie,
- les prothèses dentaires (par exemple une couronne),
- la parodontologie,

qui ne font l'objet d'aucun remboursement de votre **régime obligatoire\***.

**Le montant maximum de remboursement par année d'assurance\* et par bénéficiaire\* figure aux conditions particulières\*.**

### Le bonus fidélité - Dentaire

Si aucune prestation ne lui a été versée au titre de cette garantie "soins et prothèses dentaires, orthodontie et parodontologie" au cours d'une **année d'assurance\***, chaque **bénéficiaire\*** peut

(1) Santclair.

bénéficier l'année suivante d'un bonus de fidélité. Ce bonus de fidélité peut aboutir à un doublement du montant garanti figurant aux **conditions particulières\*** si la garantie n'intervient pas pendant **3 années d'assurance\*** de suite.

En cas de versement de prestations au titre de cette garantie au cours d'une **année d'assurance\***, le montant garanti reste ou revient au montant figurant aux **conditions particulières\***.

Ce bonus de fidélité est calculé pour chaque **bénéficiaire\***.

Covéa Risks vous\* communique le montant de votre Bonus Fidélité une fois par an. Vous\* pouvez également le demander à votre Assureur Conseil\*.

### 3.6.3. La chirurgie réfractive de l'œil

Cette garantie vous\* rembourse les frais de chirurgie réfractive de l'œil effectuée par un praticien habilité et qui ne font l'objet d'aucun remboursement de votre **régime obligatoire\***.

**Le montant maximum de remboursement par année d'assurance\* et par bénéficiaire\* figure aux conditions particulières\*.**

### 3.6.4. Les soins alternatifs

Cette garantie **vous\*** rembourse les actes et soins médicaux qui ne font l'objet d'aucun remboursement de votre **régime obligatoire\*** et qui sont réalisés par les professionnels de santé suivants, diplômés :

- masseurs-kinésithérapeutes,
- ergothérapeutes,
- ostéopathes,
- chiropracteurs.

**Ces actes et soins sont remboursés dans la limite de 4 séances par année d'assurance\* et par bénéficiaire\*. Chacune de ces 4 séances est prise en charge dans la limite du montant figurant aux conditions particulières\*.**



## 3.7. LA PRÉVENTION

### 3.7.1. Les actes de prévention

Quelle que soit la **formule\*** que vous\* avez souscrite, **vous\*** bénéficiez de la prise en charge de deux actes de prévention par **bénéficiaire\*** et par **année d'assurance\*** à hauteur de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale conformément à l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

### 3.7.2. Les vaccins prescrits médicalement non remboursés par votre régime obligatoire\*

Cette garantie **vous\*** rembourse les vaccins et rappels médicalement prescrits et les honoraires liés à leur administration non remboursés par votre **régime obligatoire\***.

Il s'agit par exemple des vaccins suivants :

- vaccin anti-grippe,
- vaccins obligatoires pour les voyages à l'étranger.

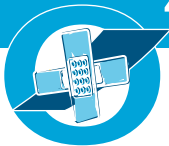
**Le montant maximum de remboursement par année d'assurance\* et par bénéficiaire\* figure aux conditions particulières\*.**

### 3.7.3. Les certificats médicaux

Cette garantie vous\* rembourse les frais d'établissement de certificats médicaux d'aptitude à la pratique d'un sport ou à un voyage établis par un professionnel de santé habilité et qui n'ont donné lieu à aucun remboursement préalable de votre **régime obligatoire\***.

**Le montant maximum de remboursement par année d'assurance\* et par bénéficiaire\* figure aux conditions particulières\*.**

## 4. Ce que votre contrat ne garantit pas



### 4.1. RISQUES PARTICULIERS

En plus des exclusions éventuelles prévues pour chaque garantie, votre contrat Assurance Santé de Covéa Risks ne couvre pas :

- les dommages résultant de votre participation à une rixe (sauf cas de légitime défense), un délit intentionnel, un crime, une émeute ou un mouvement populaire ;
- les dommages occasionnés par la guerre ;
- les dommages d'origine nucléaire et les dommages causés par toute source de rayonnements ionisants ;
- les dépenses médicales pour les personnes résidant hors de France Métropolitaine ;
- les suites et conséquences des actes intentionnels de l'assuré\* ;
- le sport pratiqué à titre professionnel ;
- la participation à des courses de vitesse, d'une compétition ou de ses essais avec un véhicule terrestre, nautique ou aérien à moteur, ou comportant l'utilisation d'animaux ;
- les phénomènes naturels à caractère catastrophique.

### 4.2. SOINS PARTICULIERS

Certains types de frais de soins ou d'hospitalisation\* sont exclus du champ d'application des garanties :

- les cures de rajeunissement, les soins, traitements et opérations esthétiques non justifiés médicalement et leurs conséquences ;
- les frais relatifs à la désintoxication alcoolique ou pour toxicomanie ;
- les séjours :
  - en milieu hospitalier de personnes dépendantes ou dus à un état morbide considéré comme consolidé et non améliorable selon l'état des connaissances médicales de l'époque ;
  - en maison de retraite, gériatrie ou établissements sociaux même s'ils disposent d'une section médicalisée ;
  - en centre de rééducation professionnelle et ceux pris en charge par le régime obligatoire\* selon les critères de "long séjour".

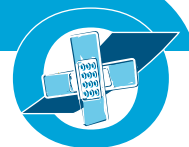
Ces exclusions définies aux articles 4.1 et 4.2 ne s'appliquent pas en ce qui concerne les consultations, la pharmacie et les analyses médicales lorsque vous\* respectez le **parcours de soins coordonné\***.

### 4.3. EXCLUSIONS DU RÉGIME OBLIGATOIRE\*

Votre contrat Assurance Santé de Covéa Risks ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire\* restant à la charge des assurés pour certains actes médicaux et consultations de médecins ;
- la franchise médicale\* opérée par le régime obligatoire\* sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires ;
- la diminution du remboursement du régime obligatoire\*, les dépassements d'honoraires appliqués, pour certains actes et consultations de médecins, spécifiquement aux assurés\* ne respectant pas le parcours de soins coordonné\*.

# 5. Les garanties d'assistance de l'Assurance Santé de Covéa Risks



## 5.1. LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Objet

Les assurés bénéficient chacun des garanties exposées ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont liées aux garanties complémentaires santé souscrites et suivent le même sort que ces dernières en matière de prise d'effet, de suspension ou de résiliation quel qu'en soit le motif.

### Territorialité

Les garanties d'assistance au domicile s'exercent en France Métropolitaine. Seules les garanties déplacement s'appliquent dans le monde entier.

## LEXIQUE ASSISTANCE

Pour les garanties d'assistance, les définitions retenues sont :

### ● Conjoint

Le conjoint ou le compagnon en cas de concubinage notoire ou le partenaire dans le cadre d'un PACS.

### ● Hospitalisation

Tout séjour d'une **durée supérieure à 48 heures** à caractère urgent et imprévisible dans un hôpital ou une clinique consécutif à une maladie non chronique ou à un accident corporel.

### ● Immobilisation au domicile

L'état consécutif à une maladie soudaine ou à un accident entraînant une incapacité à se déplacer pour plus de **4 jours**.

### ● Invalidité

L'assuré est considéré comme invalide s'il est titulaire de la carte d'invalidité attribuée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

### ● Maladie

Toute altération soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique) de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident corporel, ni un état physiologique.

### ● Nouveau-né

Est considéré comme nouveau-né l'enfant de la naissance jusqu'à 28 jours.

### ● Proches

Les ascendants et descendants au premier degré, le conjoint, les frères, les sœurs, le beau-père, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle sœur de l'assuré ou, à défaut, un proche désigné par l'assuré.

### ● Titre de transport

Un billet aller-retour en train première classe pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures. Un billet d'avion classe touriste pour les trajets dont la durée est supérieure à 5 heures.



## 5.2. LES GARANTIES

### 5.2.1. Les garanties au domicile\* sans limite d'âge pour les assurés

#### 5.2.1.1. En cas d'hospitalisation\* de plus de 48 heures ou d'immobilisation au domicile\* plus de 4 jours :

##### 5.2.1.1.1. Aide Ménagère à domicile :

Si vous êtes hospitalisé plus de 48 heures ou immobilisé au domicile **plus de 4 jours**, Covéa Risks Assistance organise et prend en charge :

- la recherche d'une aide ménagère dans la limite des disponibilités locales,
- les frais de sa prestation, en fonction de votre état de santé et de vos besoins (nombre d'heures habituelles pour faire votre ménage), avec un maximum de **2 heures par jour pendant 5 jours**.

La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, vaisselle, courses) au domicile du bénéficiaire.

La durée d'application de cette garantie sera déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'assuré par le service médical de Covéa Risks Assistance.

#### 5.2.1.1.2. Garde des enfants de moins de 15 ans

Si vous êtes hospitalisé **plus de 48 heures** ou immobilisé au domicile **plus de 4 jours**, Covéa Risks Assistance organise et prend en charge :

Soit :

- la recherche d'une personne pour garder à votre domicile, vos enfants âgés de moins de 15 ans,
- des frais de garde **pendant 5 jours**, à concurrence de **10 heures par jour**. A votre demande, la garde peut se poursuivre au delà de ces 5 jours ; dans ce cas, les frais supplémentaires sont à votre charge.

Soit :

- **un titre de transport** pour le transfert aller-retour de vos enfants de moins 15 ans chez une personne de votre choix qui réside en France Métropolitaine.

Si aucun proche n'est disponible, Covéa Risks Assistance envoie une hôtesse pour emmener les enfants et les confier à la garde de la personne qui lui aura été désignée.

Soit :

- un titre de transport pour une personne de votre choix, qui réside en France Métropolitaine, afin qu'elle se rende à votre domicile pour prendre soin de vos proches, enfants de moins de 15 ans, handicapés ou autres personnes à votre charge.

### 5.2.1.2. En cas de séjour de maternité de plus de 5 jours et/ou de naissance multiple

#### 5.2.1.2.1. Aide à domicile

**Covéa Risks Assistance** recherche et missionne dans les meilleurs délais une aide à domicile et prend en charge les frais à concurrence de **2 heures par jour pendant 5 jours**.

#### 5.2.1.2.2. En cas d'hospitalisation du nouveau-né

Si le nouveau-né est toujours hospitalisé après sa naissance alors que vous êtes revenue à votre domicile, **Covéa Risks Assistance** prend alors en charge une garde d'enfant de **5 heures par jour pendant 5 jours** si aucun proche ne peut s'occuper de vos autres enfants de moins de 15 ans. L'assuré pourra ainsi rendre visite à son bébé hospitalisé le temps de s'organiser.

### 5.2.1.3. Prise en charge des personnes handicapées au sens de l'article L241-3 du Code de l'action sociale des familles ou dépendantes au sens de l'article L232-1 du même code et titulaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, vivant habituellement au foyer

Si vous êtes hospitalisé de façon urgente et imprévue et si aucun **de vos proches** ne peut assumer la garde des proches titulaires de la carte d'invalidité vivant habituellement au foyer et qu'ils ne peuvent rester temporairement seuls, **Covéa Risks Assistance organise et prend en charge** :

- soit leur garde à concurrence de **10 heures par jour pendant 5 jours** ;
- soit le titre de transport pour le transfert d'un proche parent résidant en France Métropolitaine pour garder les personnes handicapées ou dépendantes vivant à votre domicile.

### 5.2.1.4. Garde des chiens et des chats

Si vous êtes hospitalisé plus de **48 heures**, **Covéa Risks Assistance organise et prend alors en charge la garde des animaux de compagnie dans un établissement spécialisé ou leur entretien à domicile par un prestataire missionné par Covéa Risks Assistance** sous réserve que ceux-ci aient reçu les vaccinations obligatoires.

**La prise en charge ne pourra excéder une période de 5 jours.**

### 5.2.1.5. Billet de visite

Si aucun de vos proches ne réside à moins de 100 km du lieu d'hospitalisation, **Covéa Risks Assistance** organise et prend alors en charge la présence à votre chevet d'un proche parent résidant en France Métropolitaine. **Covéa Risks Assistance** met à disposition un titre de transport aller-retour.



**Covéa Risks Assistance** rembourse également les frais d'hôtel à concurrence de **80 euros par nuit**, avec un **maximum de 3 nuits (dans la limite d'une prise en charge par hospitalisation)**.

**Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.**

## 5.2.2. Les garanties au domicile bénéficiant aux enfants assurés scolarisés

### 5.2.2.1. Garde de l'enfant de moins de 15 ans malade au domicile

Si votre enfant assuré est immobilisé à votre domicile suite à une maladie ou un accident, alors Covéa Risks Assistance :

- recherche une garde d'enfant malade pour garder à votre domicile l'enfant âgé de moins de 15 ans,
- prend en charge les frais de garde **pendant 5 jours**, à concurrence de **10 heures par jour**. Si vous le souhaitez, cette garde peut se poursuivre au delà de ces 5 jours. Dans ce cas, les frais supplémentaires seront à votre charge.

Cette garde est effectuée et prise en charge pendant l'absence des parents.

### 5.2.2.2. L'école continue

**Covéa Risks Assistance** organise et prend en charge une aide pédagogique de l'enfant, du cours préparatoire jusqu'au baccalauréat, en cas d'accident ou de maladie entraînant une immobilisation à domicile ou à l'hôpital supérieure à quinze jours consécutifs de cours. Cette aide est fournie dans les matières principales à partir du **16<sup>ème</sup> jour d'immobilisation à domicile ou à l'hôpital** sans qu'il y ait reprise des cours (**15 heures par semaine maximum fractionnables à raison de 3 heures par jour, selon le calendrier scolaire et dans la limite des disponibilités locales**), **pendant une période d'une durée maximum de 12 semaines**. Le service cesse le dernier jour de l'année scolaire.

Il est demandé un certificat médical indiquant la nature de l'accident ou de la maladie, le fait que l'enfant ne peut se rendre dans son établissement scolaire et la durée présumée de l'immobilisation.

### 5.2.2.3. Remise à niveau scolaire lors de la reprise des cours

Suite à une absence scolaire de votre enfant de plus de **3 mois**, **Covéa Risks Assistance** prend en charge, à la reprise des cours, un certain nombre d'heures de cours de soutien scolaire dans les matières principales pour l'aider à préparer un **examen diplômant (baccalauréat, brevet des Collèges)** à passer à la fin de l'année scolaire.

Cette garantie ne peut s'appliquer que jusqu'au baccalauréat.

Cette prestation est accordée pour une durée **de 6 semaines** (avec **un maximum de 6 heures par semaine**).

### 5.2.2.4. Transport domicile-école

Si, à la suite d'un accident, votre enfant est provisoirement handicapé et ne peut se rendre seul à l'école par ses propres moyens de transports habituels, **Covéa Risks Assistance organise et prend alors en charge le transport médicalement justifié, en véhicule sanitaire ou taxi**, du domicile à son établissement scolaire, **2 fois** par jour **pendant 10 jours ouvrés** maximum avec un plafond maximum de **300 euros**, à compter du premier jour d'intervention.

## 5.2.3. Les garanties au domicile bénéficiant aux assurés de plus de 65 ans

### 5.2.3.1. Garanties au domicile bénéficiant aux assurés de plus de 65 ans en cas d'hospitalisation

Si vous êtes âgé de plus de 65 ans et si vous vivez **seul** pendant votre convalescence après une hospitalisation de longue durée (supérieure à 15 jours), nous mettons gracieusement à votre disposition un appareil de **télé-assistance** pendant une durée de **3 mois**. Au-delà de cette période, et à votre demande et à votre charge, une prolongation à un tarif négocié peut être obtenue.

## 5.2.4. Le transfert de l'hôpital au domicile

A l'issue de votre hospitalisation, **Covéa Risks Assistance** organise et prend en charge votre transport si vous n'êtes pas en état de vous déplacer de l'hôpital à votre domicile dans les conditions normales (dans un rayon de **50 km** de votre domicile).

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements éventuels que vous aurez obtenus (ou vos ayants droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel vous serez affilié.

En conséquence, vous vous engagez à effectuer toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès de ces organismes et à nous verser toutes sommes perçues par vous à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par nos soins.

### 5.2.5. Les garanties en déplacement

#### 5.2.5.1. Assistance médicale

En cas de maladie ou d'accident, l'équipe médicale de Covéa Risks Assistance se met, le cas échéant, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état du malade ou du blessé.

Dès que l'équipe médicale de Covéa Risks Assistance décide du transport de l'assuré vers le centre médical le plus proche du domicile en France Métropolitaine ou vers un centre mieux équipé ou plus spécialisé, Covéa Risks Assistance organise et prend en charge l'évacuation selon la gravité du cas par ambulance, chemin de fer, avion de ligne ou tout autre moyen adéquat.

#### 5.2.5.2. Malade ou accidenté lors d'un déplacement

Si, lors d'un déplacement, l'assuré est malade ou accidenté et que son état ou les circonstances l'exigent, Covéa Risks Assistance envoie une équipe médicale sur place afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

#### 5.2.5.3. Accidents de ski

Les frais d'évacuation sur et hors pistes de ski sont pris en charge jusqu'à **155 euros** pour les accidents survenus en France. Les frais d'évacuation sur pistes de ski sont pris en charge jusqu'à **155 euros** pour les accidents survenus à l'étranger.

#### 5.2.5.4. Dispositions communes

Lorsque nous prenons en charge votre transport, vous êtes tenu de restituer le billet de retour initialement prévu ou son remboursement à Covéa Risks Assistance.

Un médecin éventuellement commis devra avoir libre accès au dossier médical du patient afin de réunir les éléments nécessaires à la décision et à l'organisation du transport sanitaire.

Sauf impossibilité démontrée, vous ou votre entourage devez nous contacter au plus tard dans les trois jours de survenance de l'événement médical susceptible d'entraîner un rapatriement, faute de quoi vous pourrez vous voir réclamer une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement aura fait subir à Covéa Risks Assistance.

**Aucun transfert ou rapatriement sanitaire ne pourra être pris en charge par l'assistance s'il n'a fait l'objet d'un accord préalable de la Direction Médicale de Covéa Risks Assistance.**

Seules les autorités médicales de **Covéa Risks Assistance** sont habilitées à décider du rapatriement, du choix des moyens de transport et du lieu d'hospitalisation le plus adapté.

**Votre refus non justifié des décisions peut entraîner la perte du droit à la garantie.**

#### 5.2.5.5. Immobilisation à l'hôtel

Si vous ne pouvez entreprendre votre retour à la date initialement prévue à la suite d'une maladie ou d'un accident et que vous avez subi de ce fait des frais de prolongation de séjour à l'hôtel, Covéa Risks Assistance prend ces frais en charge jusqu'à **80 euros par jour**, avec un maximum de **800 euros** au total, ainsi que ceux de la personne demeurant à votre chevet pour un montant identique.

## **Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.**

Vous devez obtenir l'accord au préalable du médecin de Covéa Risks Assistance pour retarder la date de votre retour.

### **5.2.5.6. Mise à disposition d'un chauffeur**

Si vous avez fait l'objet d'un transfert ou d'un rapatriement médical et que votre famille est restée sur place avec son véhicule, sans pouvoir revenir au domicile par ses propres moyens, Covéa Risks Assistance envoie un chauffeur qualifié pour les ramener. Covéa Risks Assistance prend également en charge la rémunération ainsi que les frais de restauration et d'hôtel du chauffeur. Il en va de même lorsque l'assuré, malade ou accidenté, n'est pas en état de conduire, mais peut voyager dans son véhicule selon l'appréciation du médecin de Covéa Risks Assistance.

L'intervention de Covéa Risks Assistance ne peut s'effectuer que si le véhicule est en parfait état de fonctionnement et ne présente pas d'anomalie en infraction au code de la route. La consommation du véhicule, les frais de péage et de traversée par bateau ou par bac sont à votre charge.

### **5.2.5.7. Retour des personnes accompagnant l'assuré**

Si vous avez fait l'objet d'un rapatriement médical, Covéa Risks Assistance fournit à la personne qui vous accompagnait dans son déplacement un titre de transport pour le retour à son domicile en France Métropolitaine.

Si vous êtes accompagné par des enfants et que votre état de santé ne vous permet plus de vous occuper d'eux, Covéa Risks Assistance fournit à l'un de vos proches un titre de transport pour chercher les enfants et les ramener à leur domicile en France Métropolitaine ainsi que les titres de transport pour ceux-ci.

Si aucun proche n'est disponible, Covéa Risks Assistance envoie une hôtesse pour emmener les enfants et les confier à la garde de la personne qui lui aura été désignée.

### **5.2.5.8. Transport d'un proche**

Lorsque vous voyagez seul et que votre état de santé ne vous permet pas un transport sanitaire, différant ainsi votre rapatriement de plus de 8 jours, Covéa Risks Assistance fournit à l'un de vos proches un titre de transport aller-retour pour se rendre à votre chevet.

Covéa Risks Assistance lui rembourse également ses frais d'hôtel sur place jusqu'à **80 euros par nuit**, avec un **maximum de 400 euros** pour la durée du séjour, les frais de restauration étant exclus.

### **5.2.5.9. Retour prématuré**

Si, au cours d'un séjour ou d'un déplacement, vous êtes informé d'une maladie ou d'un accident grave, ou du décès de votre conjoint, concubin, enfant, père ou mère, frère ou sœur, Covéa Risks Assistance vous fournit un titre de transport pour vous rendre auprès de cette personne ou au lieu d'inhumation, en France Métropolitaine.

### **5.2.5.10. En cas de décès**

Covéa Risks Assistance organise le rapatriement du corps de l'assuré jusqu'au lieu d'inhumation en France Métropolitaine et prend en charge :

- les frais de transport, d'embaumement et les frais administratifs correspondants ;
- les frais de cercueil standard conforme aux règlements internationaux pour permettre le transport ;
- le retour en France Métropolitaine de la personne qui l'accompagnait ainsi que de ses enfants dans le cas où les moyens initialement prévus ne peuvent être utilisés.

## **5.2.6. Les garanties additionnelles à l'étranger**

### **5.2.6.1. Recherche de médicaments à l'étranger**

Si vous suivez un traitement, ou à la demande d'un médecin local, Covéa Risks Assistance met tout en œuvre pour rechercher à l'étranger les médicaments équivalents à ceux prescrits en France et, en cas d'impossibilité, pour vous envoyer ces médicaments.

### 5.2.6.2. Frais de soins à l'étranger

5.2.6.2.1. Covéa Risks Assistance vous rembourse les frais médicaux **à partir de 30 euros** pendant un déplacement ou un séjour à l'étranger lorsqu'ils sont dus à un accident ou à une affection inopinée survenus au cours du voyage ou du séjour (cette franchise de 30 euros ne s'applique qu'en cas d'hospitalisation).

Les frais médicaux, qu'il s'agisse d'honoraires, de médicaments ou d'une hospitalisation, y compris les frais chirurgicaux, sont pris en charge jusqu'à **8 000 euros par voyage et par assuré (jusqu'à 12 250 euros)** si les soins sont effectués aux États-Unis, au Canada ou au Japon).

Il vous suffit de fournir, à votre retour, les copies des factures ainsi que les décomptes originaux de votre organisme de Sécurité Sociale et de votre garantie complémentaire.

Les soins doivent avoir été médicalement prescrits et l'hospitalisation être signalée dans les **48 heures**, sauf en cas de force majeure telle que définie dans le Code Civil.

L'équipe médicale de Covéa Risks Assistance est également à votre disposition pour vous venir en aide si vous êtes confronté à des difficultés pour consulter à l'étranger.

5.2.6.2.2. Sur votre demande et dans les mêmes limites contre une reconnaissance de dette signée, Covéa Risks Assistance peut régler les frais médicaux sur place pendant votre voyage ou votre séjour. A votre retour en France, vous reversez à Covéa Risks Assistance les prestations de votre organisme de Sécurité Sociale et de votre garantie complémentaire relatives à ces frais.

### 5.2.6.3. Avance de caution pénale à l'étranger

Si vous êtes incarcéré ou menacé de l'être à la suite de poursuites pénales engagées contre vous, Covéa Risks Assistance fait l'avance de la caution pénale à concurrence de **8 000 euros TTC**. Covéa Risks Assistance vous accorde, pour le remboursement de cette somme, un délai de **3 mois** à compter du jour de l'avance.

Si cette caution est remboursée avant ce délai par les autorités du pays, elle devra aussitôt nous être restituée.

Si vous êtes cité devant un tribunal et que vous ne vous présentez pas, nous exigerons immédiatement le remboursement de la caution que nous n'aurons pas pu récupérer du fait de votre non-présentation. Des poursuites judiciaires pourront être engagées si le remboursement de la caution n'est pas effectué dans le délai prévu.

**Covéa Risks Assistance ne garantit pas les faits résultant du trafic de stupéfiants ou de drogues, crime, délit ou infraction d'ordre financier ou fiscal ainsi que votre participation à des manifestations politiques.**

### 5.2.6.4. Assistance juridique à l'étranger

Covéa Risks Assistance rembourse les honoraires d'un avocat, à concurrence de **770 euros TTC**, si vous faites l'objet de poursuites judiciaires pour infraction involontaire à la législation du pays dans lequel vous vous trouvez.

**Covéa Risks Assistance ne garantit pas les faits résultant du trafic de stupéfiants ou de drogues, crime, délit ou infraction d'ordre financier ou fiscal ainsi que votre participation à des manifestations politiques.**



## 5.3. LA MISE EN JEU DES GARANTIES

**Les prestations doivent être réalisées dans les 30 jours qui suivent l'accident ou à la sortie d'une hospitalisation.**

**Seules sont prises en charge les interventions ayant fait l'objet d'un accord préalable par téléphone par Covéa Risks Assistance.** Un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et la durée de votre immobilisation peut être demandé par le médecin qui suit votre dossier.

### 5.3.1. Garanties au domicile

Les services décrits ci-dessus sont des **services de première urgence** ayant pour vocation de pallier les problèmes d'organisation rencontrés dès lors que :

- vous êtes hospitalisé **plus de 48 heures** ;
- votre séjour en maternité a été d'une durée supérieure à **5 jours**, ou en cas de naissances multiples ;
- vous êtes immobilisé à votre domicile **plus de 4 jours** ;
- votre enfant est malade ;
- la scolarité de votre enfant est perturbée par une absence de **plus de 15 jours** pour cause de maladie ou d'accident, entraînant une immobilisation.

Les prestations interviennent en France Métropolitaine.

Covéa Risks Assistance intervient pour **7 événements maximum par année civile**. Plusieurs services peuvent être mis en œuvre au moment de l'intervention.

L'organisation et la mise en place de la **garde des enfants** et des **autres personnes** à charge, de la **garde des enfants malades**, de l'**aide ménagère** et de la **garde des animaux** nécessitent un délai de mise en place de **24 heures ouvrables**. Pour la garantie "école continue", ce délai est **de 48 heures ouvrables**.

L'organisation de ces services peut avoir lieu de 8h00 à 20h45 hors dimanches et jours fériés sauf pour la garantie "école continue" qui dépend du calendrier scolaire.

### 5.3.2. Garanties en déplacement et garanties additionnelles à l'étranger

**Covéa Risks Assistance** intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales et ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

**Les services ne sont garantis que pour des séjours à l'étranger d'une durée maximale de 90 jours consécutifs.**

### 5.3.3. Exclusions

Les conséquences de certaines situations ou de certains événements sont exclus du champ d'application. Ce sont :

**Dans tous les cas**

- **les demandes de garanties non liées à un problème, une interrogation ou une préoccupation de santé, ou celles demandées au profit d'une personne non assurée ;**
- **les demandes de garanties contraires aux réglementations en vigueur et celles susceptibles de mettre en danger les intervenants ou contraires à la déontologie de leur métier ;**
- **les demandes de garanties conduisant à émettre un diagnostic, une prescription médicale, à s'immiscer dans ceux-ci, ou encore à se substituer aux services de secours ;**
- **les frais engagés à l'initiative de l'assuré, de ses proches ou de ses représentants s'ils choisissent une personne ou une société pour fournir une prestation prise en charge par les présentes garanties sans l'accord préalable de l'équipe de Covéa Risks Assistance (sauf cas de force majeure) ;**
- **les fraudes, falsifications ou déclarations sciemment fausses. La garantie de l'assuré et des autres personnes assurées par la même adhésion cesse alors immédiatement, les prestations indues devant, de plus, être reversées par l'assuré ;**
- **les conséquences d'un dommage intentionnellement commis par l'assuré ;**
- **la participation à un crime ou délit ;**
- **la pratique d'un sport professionnel dans le cadre d'une compétition officielle, organisée par une fédération sportive et pour laquelle une licence est délivrée ;**
- **les recherches en montagne et les secours en mer ;**
- **les séjours à l'étranger de plus de 90 jours consécutifs.**

**Dans les zones épidémiques, ne peuvent donner lieu à intervention :**

- les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine ;
- les états pathologiques résultant :
  - d'une maladie infectieuse contagieuse ou de l'exposition à des agents biologiques infectants,
  - d'une exposition à des substances chimiques type gaz de combat, incapacitants neurotoxiques (etc...) ou à effets toxiques rémanents,
  - d'une contamination par radio nucléides.

**Covéa Risks Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux services de secteurs publics.**

**Pour l'assistance au domicile**

- les interventions ou traitements d'ordre essentiellement esthétique ;
- les hospitalisations à domicile, celles-ci n'étant pas assimilées à des hospitalisations pour l'application des garanties d'assistance.

**Pour le rapatriement des personnes**

- les affections, fractures ou entorses bénignes et les lésions pouvant être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'assuré de poursuivre son voyage ;
- sauf aggravation inopinée, les maladies chroniques ou en cours de traitement, les maladies mentales et les états de grossesse. Les états de grossesse après le 6<sup>ème</sup> mois sont exclus dans tous les cas ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- les états de convalescence non encore consolidés ;
- les tentatives de suicide.

**Pour les frais de soins à l'étranger (5.2.6.2)**

- les frais engagés par un assuré qui désire se faire soigner à l'étranger ;
- les frais relatifs à un traitement prescrit en France avant le départ de l'assuré ;
- le diagnostic, la surveillance ou le traitement d'un état de grossesse, sauf complication nette et imprévisible, et en tout cas après le 6<sup>ème</sup> mois ;
- l'interruption volontaire de grossesse et ses suites éventuelles ;
- sauf aggravation inopinée, les frais relatifs à une affection chronique ou mentale ;
- les frais consécutifs à une tentative de suicide, à l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants non prescrits médicalement ou obtenus frauduleusement ;
- les interventions ou traitements d'ordre essentiellement esthétique ;
- les cures thermales ;
- les frais de prothèses et appareillages.

**Pour le rapatriement du corps**

- les frais qui ne sont pas indispensables au transport du corps.

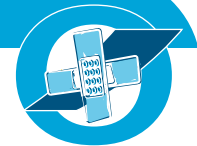
#### 5.3.4. Retards et inexécution des prestations

En matière d'information, de conseils, de proposition et d'organisation de solutions, Covéa Risks Assistance s'engage à mettre à votre disposition les moyens définis dans l'étendue des garanties concernées et ne peut être tenue à une obligation de résultat quant à leur mise en œuvre. Il en est de même pour l'assureur.

Covéa Risks Assistance ne peut être tenue pour responsable des retards de l'exécution des prestations ci-dessus, voire de leur inexécution, en cas de :

- guerre civile ou étrangère ;
- hostilités, représailles, conflits, saisies-arrêts, contraintes, mobilisations ou détentions par une autorité de droit ou de fait ;
- réquisition des hommes et du matériel par les autorités de droit ou de fait ;
- acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées ;
- conflits sociaux : il s'agit par exemple de grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out ;
- cataclysmes et catastrophes naturelles ;
- effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyau d'atome ou de la radioactivité ;
- ou par des cas de force majeure rendant impossible l'exécution de ces prestations, notamment les interdictions décidées par les autorités locales.

# 6. La garantie accompagnement maladie\* grave



## 6.1. OBJET DE LA GARANTIE

Covéa Risks Assistance accompagne chaque assuré lorsqu'il apprend qu'il est atteint d'une maladie\* grave.

Pour l'application de cette garantie, on entend par maladie\* grave les Affections de Longue Durée (ALD) comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse fixées par l'article D 322-1 du Code de la Sécurité Sociale **à l'exception du diabète, de l'hypertension artérielle sévère et des maladies\* chroniques actives du foie et des cirrhoses.**

L'assuré devra demander la mise en œuvre des prestations et devra justifier de son état de santé en adressant à Covéa Risks Assistance une copie du document "Protocole de soins" dûment rempli par le médecin traitant. Ce document devra être envoyé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la Direction du Développement Santé Covéa Risks Assistance, BP 550, 92212 Saint-Cloud. **La prise en charge des ALD intervient à partir de la réception du "Protocole de soins" pendant une durée de 6 mois.**

Covéa Risks Assistance s'engage à garder la confidentialité de ce document.

Pour assurer cet accompagnement, Covéa Risks Assistance :

- accorde des garanties d'accompagnement ;
- prend en charge des prestations exécutées par des tiers, choisies pour les garanties conseils thérapeutiques et aide au maintien à domicile\*.

La garantie accompagnement maladie\* grave est liée aux garanties complémentaires santé souscrites et suit le même sort que ces dernières en matière de prise d'effet, de cotisation, de suspension ou de résiliation quel qu'en soit le motif.

## 6.2. LES GARANTIES D'ACCOMPAGNEMENT

### 6.2.1. L'accompagnement social

**Covéa Risks Assistance**

- **Informe sur les prothèses et accessoires** suite à un traitement de chimiothérapie (maquillage, prothèse mammaire, perruques, etc...),
  - la recherche et la mise en relation avec une aide ménagère,
  - les **indemnités journalières** et **la reprise du travail.**
- **Orienté vers des structures ou associations** et vers les soins palliatifs.
- **Informe sur les hospitalisations\* à domicile\* (HAD) et renseigne sur** les aides relatives à cet état.

### 6.2.2. L'aide à domicile\* en cas de chimiothérapie ou de radiothérapie

Pour tout traitement entraînant des séances de chimiothérapie ou de radiothérapie dans une structure médicalisée, Covéa Risks Assistance met à votre disposition ou à celle de votre conjoint une aide à domicile\* pendant les **2 jours** qui suivent votre retour à domicile\* à concurrence de **2 heures par jour.**

**La garantie s'exerce à concurrence de 10 interventions ou 40 heures par année civile pour un même assuré.**

### 6.2.3. L'accompagnement psychologique

**Covéa Risks Assistance** intervient lorsque vous\* êtes victime d'un traumatisme psychologique provoqué par une maladie\* grave.

### 6.2.3.1. L'accueil psychologique

**Covéa Risks Assistance** met à votre disposition, par un entretien téléphonique, une équipe de psychologues assistants destinés à vous\* apporter un soutien moral.

### 6.2.3.2. Consultation psychologique

A l'issue de l'entretien téléphonique, si le psychologue assistant en pressent la nécessité, il vous\* oriente vers un psychologue clinicien pour un entretien téléphonique d'une durée moyenne de 45 minutes.

**Covéa Risks Assistance** prend en charge le coût de cette consultation.

### 6.2.3.3. Suivi psychologique

A la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, vous\* pouvez bénéficier de **3 nouvelles consultations au maximum** effectuées :

- soit par téléphone auprès du même psychologue clinicien,
- soit au cabinet de l'un des psychologues cliniciens agréés par **Covéa Risks Assistance** proche de votre domicile\* ou, sur demande, auprès d'un psychologue de votre choix.

**Covéa Risks Assistance** prend en charge le coût des consultations.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue de votre choix, **Covéa Risks Assistance** rembourse sur justificatif **3 consultations maximum** dans la limite de **48 euros par consultation**.

**Dans tous les cas, les frais de transport pour vous\* rendre chez le psychologue restent à votre charge.**

### 6.2.3.4. Exclusions relatives à l'accompagnement psychologique

**Pour chacune de ces prestations, la garantie n'intervient pas :**

- **pour tout suivi psychologique alors que vous\* êtes déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue ;**
- **dans le cadre d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation\* en milieu spécialisé.**

### 6.2.4. Les conseils thérapeutiques

**Covéa Risks Assistance** propose la mise en relation avec des professionnels de la santé ci-dessous :

- un **ergothérapeute** pour l'aménagement de l'habitat ;
- un **diététicien** ;
- un **ostéopathe**.

### 6.2.5. L'aide au maintien au domicile\*

**Covéa Risks Assistance** intervient dans la recherche et l'organisation de services suite à une hospitalisation\* supérieure à 48 heures tels que les services répertoriés ci-dessous :

- **coiffure à domicile\*** ;
- **soins de pédicurie** ;
- **portage des repas et/ou portage des courses** ;
- **informations sur les petits matériels** (perruques, protection pour les hommes atteints de la prostate ou des enfiles-bas pour les femmes, etc...) ;
- **toutes prestations qui apportent un "bien-être" de l'assuré (exemple : thalassothérapie)** sous réserve de l'accord donné par **Covéa Risks Assistance**.



## 6.3. LA PRISE EN CHARGE DE PRESTATIONS

Covéa Risks Assistance prend en charge des prestations que l'assuré choisit pour les garanties conseils thérapeutiques et aide au maintien à domicile\* et exécutées par des tiers **dans la limite de 300 euros par assuré et par maladie\* grave.**

Si l'assuré souhaite des services supplémentaires au-delà du montant accordé par Covéa Risks Assistance, les frais seront alors à sa charge.

## 6.4. LA MISE EN JEU DE LA GARANTIE

L'organisation de ces services peut avoir lieu de 8h00 à 20h45 hors dimanches et jours fériés.

### 6.4.1. Modalités de déclaration de la maladie\* grave

Lorsque votre médecin a diagnostiqué une affection susceptible d'être reconnue en ALD par votre Régime obligatoire\*, il vous\* remet un formulaire : le protocole de soins. Ce formulaire est envoyé à votre Caisse d'Assurance Maladie\*.

Une fois validé par le médecin conseil de votre Caisse d'Assurance Maladie\*, vous\* devez adresser à Covéa Risks Assistance une copie du volet qui vous\* est destiné.

**Une seule maladie\* grave peut nous être déclarée à la fois.**

### 6.4.2. Délais de déclaration

La déclaration de maladie\* grave doit nous être faite dans les **6 mois** qui suivent la date d'effet du protocole de soins.

Si l'assuré est atteint d'une nouvelle maladie\* grave, Covéa Risks Assistance intervient si la date d'effet du protocole de soins de la nouvelle maladie\* grave est postérieure de 6 mois au moins par rapport à la date d'effet du protocole de soins de la maladie\* grave antérieure.

### 6.4.3. Prise en charge des prestations

Covéa Risks Assistance intervient en remboursement des factures présentées sous un délai de **6 mois** à partir de la date d'effet du protocole de soins.

### 6.4.4. Exclusions

Les conséquences de certaines situations ou de certains événements sont exclues du champ d'application de la garantie accompagnement maladie\* grave. Ce sont :

- **les demandes de garanties liées à des maladies\* graves diagnostiquées avant la date d'effet du contrat et les demandes liées à un renouvellement du protocole de soins ;**
- **les demandes de garanties non liées à un problème, une interrogation ou une préoccupation de santé, ou celles demandées au profit d'une personne non assurée ;**
- **les demandes de garanties contraires aux réglementations en vigueur et celles susceptibles de mettre en danger les intervenants ou contraires à la déontologie de leur métier ;**
- **les demandes de garanties conduisant à émettre un diagnostic, une prescription médicale, à s'immiscer dans ceux-ci ou encore à se substituer aux services de secours ;**
- **les frais engagés à l'initiative de l'assuré, de ses proches ou de ses représentants s'ils choisissent une personne ou une société pour fournir une prestation prise en charge par les présentes garanties sans l'accord préalable de l'équipe de Covéa Risks Assistance (sauf cas de force majeure) ;**
- **les fraudes, falsifications ou déclarations sciemment fausses. La garantie de l'assuré et des autres personnes assurées par la même adhésion cesse alors immédiatement, les prestations indues devant de plus être reversées par l'assuré ;**
- **les conséquences d'un dommage intentionnellement commis par l'assuré ;**
- **la participation à un crime ou délit ;**
- **la pratique d'un sport professionnel dans le cadre d'une compétition officielle, organisée par une fédération sportive et pour laquelle une licence est délivrée.**

## 7. Les services GPS Santé



UN NUMÉRO D'APPEL UNIQUE, LE

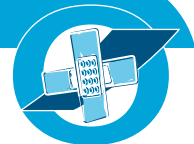
**▶ N°Cristal 09 69 39 60 21**

APPEL NON SURTAXE

- pour répondre à toutes les questions que vous\* vous posez sur votre santé (réglementation, prévention, médicaments, orientation dans le système de soins...) ou sur votre contrat (vos garanties, les modes de remboursement, les prestations versées ou en cours) ;
- pour mettre en place les services d'assistance dont vous\* avez besoin ;
- pour activer vos renforts "conseil des partenaires Santé Covéa Risks\*" en prothèses dentaires et optique ;
- pour obtenir les adresses d'opticiens, de dentistes et de pharmacies des réseaux Partenaire Santé Covéa Risks\*<sup>(1)</sup> ;
- pour faire analyser vos devis, obtenir une prise en charge hospitalière, délivrer une attestation de tiers payant ;
- pour vous\* soutenir dans l'annonce de l'atteinte par une maladie\* grave (garantie accompagnement maladie\* grave).

(1) Santclair.

# 8. La vie du contrat



## 8.1. LA PRISE D'EFFET ET LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT

### 8.1.1. La durée de votre contrat

#### La prise d'effet de votre contrat :

Votre contrat ou votre avenant entre en vigueur à la date indiquée aux **conditions particulières\***.

#### La durée de votre contrat :

Votre contrat est souscrit pour une durée annuelle. Il est reconduit automatiquement à chaque **échéance anniversaire\*** pour une durée d'un an.

#### La garantie viagère :

Votre contrat bénéficie d'une garantie viagère immédiate, c'est-à-dire que Covéa Risks ne peut pas le résilier sauf pour non-paiement des cotisations ou en cas de fausse déclaration.

### 8.1.2. La résiliation de votre contrat

Vous\* avez la possibilité de résilier votre contrat chaque année à **l'échéance anniversaire\*** après 12 mois d'assurance en adressant à Covéa Risks une lettre recommandée au moins 1 mois avant cette date. Ce délai d'un mois se compte à partir de la date d'envoi figurant sur le cachet de la poste de votre lettre recommandée.

Si **vous\*** changez de **régime obligatoire\***, **vous\*** avez la possibilité de résilier votre contrat dans les trois mois suivant la date de l'événement, la résiliation prenant effet 1 mois après notification. Covéa Risks rembourse la partie de la cotisation annuelle échue correspondant à la période postérieure à la résiliation.

En cas de décès du **souscripteur\***, les **assurés\*** peuvent résilier le contrat en adressant à Covéa Risks une lettre recommandée dans un délai de 3 mois après le décès, la résiliation prenant effet le lendemain de la demande. Covéa Risks rembourse la partie de cotisation annuelle échue correspondant à la période postérieure à la résiliation.



## 8.2. LA COTISATION

### 8.2.1. Les éléments dont votre cotisation tient compte

Votre cotisation d'assurance tient compte :

- de la **formule\*** souscrite, de son niveau et des clauses particulières ;
- du nombre **d'assurés\*** ;
- de l'âge et du sexe de chacun de ces **assurés\*** ;
- de leur **régime obligatoire\*** ;
- de l'adresse du **souscripteur\***.

Les actes de gestion, notamment le recouvrement de la cotisation, ainsi que les modifications contractuelles à votre initiative peuvent donner lieu à la perception de frais. Ces frais sont, dans ce cas, mentionnés sur le document de recouvrement de la cotisation qui **vous\*** est adressé.

### 8.2.2. L'évolution de votre cotisation

La cotisation évolue à **l'échéance anniversaire\*** en fonction de l'âge atteint par chaque **assuré\*** et de l'évolution de la consommation globale des **assurés\*** des contrats Assurance Santé de Covéa Risks.

La cotisation peut également évoluer en fonction d'une modification des modalités de calcul et des conditions d'attribution des prestations des **régimes obligatoires\***.

Dans ce cas, votre nouvelle cotisation est applicable à compter de la première échéance qui suit cette évolution.

### 8.2.3. Les modes de paiement de votre cotisation

Votre cotisation est payable d'avance, soit par prélèvement bancaire, soit par chèque envoyé au siège social de Covéa Risks ou remis à votre **Assureur Conseil\***.

Son paiement peut être fractionné à votre demande :

- semestriellement, trimestriellement ou mensuellement en cas de prélèvement automatique ;
- semestriellement ou trimestriellement en cas de paiement en appel de cotisation.

Des frais de fractionnement peuvent s'appliquer.

### 8.2.4. Les conséquences du non-paiement de votre cotisation

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, Covéa Risks **vous\*** adresse une lettre recommandée de mise en demeure qui, sauf paiement de la cotisation entre-temps :

- suspend les garanties à l'expiration d'un délai de **30 jours**,
- résilie le contrat à l'expiration d'un délai supplémentaire de **10 jours**.

Lorsque la cotisation est payée en plusieurs fois, si **vous\*** ne réglez pas une fraction de la cotisation dans les **10 jours de son échéance**, **vous\*** devez immédiatement acquitter le solde de la cotisation annuelle. Même si le contrat est suspendu ou résilié pour non-paiement d'une cotisation, **vous\* devez payer les cotisations venant ultérieurement à échéance**.



## 8.3. LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

### 8.3.1. Pour les frais ayant donné lieu à un remboursement préalable de votre régime obligatoire\*

#### ■ **Procédure automatique** (télétransmission avec le **régime obligatoire\***)

L'Assurance Santé de Covéa Risks **vous\*** fait bénéficier de la transmission automatique des relevés de remboursement par le **Régime obligatoire\*** sous réserve d'accord avec ce dernier et sauf avis contraire de votre part. **Dans ce cas, vous\* n'avez aucun document à adresser à Covéa Risks.**

Cette procédure ne peut fonctionner que si **vous\*** communiquez à votre **Assureur Conseil\*** les données nécessaires à sa mise en place.

#### ■ **Procédure manuelle**

Si **vous\*** ne pouvez ou ne voulez pas bénéficier de cette transmission automatique des relevés de remboursement du **régime obligatoire\***, le règlement des prestations s'effectuera alors selon la procédure manuelle. **Vous\*** devez envoyer à Covéa Risks **l'original du relevé de remboursement délivré** par votre **régime obligatoire\***.

### 8.3.2. Pour les frais de soins que votre régime obligatoire\* ne rembourse pas et qui sont susceptibles d'être pris en charge par votre contrat

**Vous\*** devez envoyer à Covéa Risks les pièces suivantes en précisant sur les documents **votre numéro de contrat ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire\* des prestations :**

- **les factures détaillées** acquittées justifiant des frais engagés ou des actes effectués et précisant les coordonnées et qualifications du professionnel de santé pour les soins dentaires ou d'optique, les soins alternatifs, les certificats médicaux et les soins de pédicurie-podologie non remboursés par le régime obligatoire\* ;
- **la prescription du médecin** pour le remboursement des frais d'optique, de médicaments et de vaccins ;
- **le justificatif d'acceptation des cures** par le **régime obligatoire\*** et les factures détaillées justifiant des frais engagés, pour le remboursement des frais de cure thermique ;
- **la facture originale acquittée** avec indication des coordonnées de la pharmacie et le nom complet de chacun des produits achetés pour le remboursement des médicaments dans le cadre de la garantie "automédication" ;
- **un extrait ou acte de naissance, ou une copie du livret de famille** pour bénéficier du forfait nouveau-né.

### 8.3.3. En cas d'hospitalisation\*

**Vous\*** devez envoyer à Covéa Risks **les factures détaillées acquittées de l'hôpital ou de la clinique** précisant les coordonnées de l'établissement ainsi que la spécialité du service dans lequel l'hospitalisation\* a eu lieu.

L'hôpital ou la clinique peut demander à Covéa Risks :

- de lui confirmer préalablement la prise en charge des frais de séjour ;
  - de lui régler directement la facture ;
- dans la limite de la garantie souscrite.

### 8.3.4. Le tiers payant

Avec Covéa Risks, **vous\*** n'avancez pas vos frais médicaux auprès des professionnels de santé acceptant le tiers payant, dans la limite de la base de remboursement retenu par votre **régime obligatoire\***.

Une attestation de vos droits à tiers payant **vous\*** est remise. Elle précise les professionnels de santé pour lesquels les droits sont ouverts et les assurés qui peuvent en bénéficier. Elle doit être présentée aux professionnels de santé. En cas de perte de votre attestation, vous\* devez faire une demande de renouvellement auprès de votre **Assureur Conseil\***.

Si votre contrat est résilié, vous\* devez impérativement **restituer votre attestation** à votre **Assureur Conseil\***.

### 8.3.5. Le délai pour demander un remboursement

Pour prétendre à un remboursement, **vous\*** devez impérativement adresser à Covéa Risks votre demande dans les **deux ans** suivant la date de soins. Au-delà de ce délai, il y a prescription.

En cas de litige, vous\* et Covéa Risks disposez d'un délai de **deux ans** à partir du moment où l'une des parties a eu connaissance des frais à rembourser pour intenter une action. Au-delà de ce délai, il y a prescription.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption, par exemple une action en justice, une lettre recommandée avec accusé de réception. Dans ce cas, un nouveau délai de deux ans est accordé.

### 8.3.6. La constatation médicale

Les médecins accrédités par Covéa Risks doivent avoir libre accès auprès de **l'assuré\*** pour constater votre état médical.

Covéa Risks peut désigner à ses frais un médecin pour vérifier les causes d'un **accident\*** ou d'une **maladie\*** et ses conséquences. En cas de désaccord avec le médecin de **l'assuré\***, ces deux médecins en désignent un troisième pour les départager.

Faute pour l'une des parties de désigner son médecin expert ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le président du Tribunal de Grande Instance. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin.

### 8.3.7. La perte de vos droits

**Vous\* êtes déchu de tout droit aux garanties du contrat :**

- **si vous\* faites de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences de la maladie\* ou de l'accident\* ;**
- **si vous\* refusez de vous\* soumettre à la constatation médicale sauf opposition dûment justifiée.**

### 8.3.8. Subrogation dans vos droits

En cas de responsabilité d'un tiers, vos droits et actions sont transmis à Covéa Risks (Covéa Risks Assistance pour les garanties d'assistance) jusqu'à concurrence de l'indemnité que **vous\*** avez reçue (article L 121-12 du Code des Assurances). Covéa Risks et Covéa Risks Assistance agissent donc à votre place. On dit qu'il y a subrogation.

**Si, de votre fait, l'assureur\* ne peut pas exercer la subrogation, il n'est plus tenu à garantie.**



## 8.4. LES DÉCLARATIONS QUE VOUS\* DEVEZ FAIRE

### 8.4.1. Les évolutions de votre contrat

Votre contrat est établi d'après les déclarations que **vous\*** avez faites lors de sa souscription ou du dernier avenant. Ces déclarations, qui ont également permis de calculer votre cotisation, sont reproduites aux **conditions particulières\***.

En cours de contrat, **vous\*** devez déclarer à Covéa Risks les modifications concernant les événements suivants :

- changement de **domicile\*** (si les **bénéficiaires\*** ne résident plus en France Métropolitaine, votre contrat sera résilié de plein droit) ;
- modification de la composition de votre famille assurée ;
- changement de situation d'un **assuré\*** au regard du **régime obligatoire\*** ;
- retraite professionnelle, cessation temporaire ou définitive d'activité professionnelle d'un **assuré\***.

Si cette modification entraîne un changement de cotisation, **vous\*** avez 30 jours pour accepter ou refuser la proposition tarifaire de Covéa Risks. Si **vous\*** la refusez, le contrat est résilié 30 jours après votre notification de refus.

### 8.4.2. Les conséquences des déclarations non conformes à la réalité

Toute réticence ou fausse déclaration **intentionnelle** entraîne la **nullité du contrat\***.

Toute omission ou déclaration inexacte **non intentionnelle** entraîne soit la résiliation du contrat, soit l'augmentation des cotisations, soit la diminution des prestations en application des dispositions prévues par le Code des Assurances.



## 8.5. MÉDIATION - INFORMATION : VOS DROITS

### 8.5.1. La vente à distance

Si le contrat a été conclu dans le cadre d'une vente à distance au sens de l'article L112-2-1 du Code des Assurances, c'est-à-dire lorsque **vous\*** n'avez eu aucun contact physique avec votre **Assureur Conseil\*** :

- **vous\*** demandez expressément à ce que le contrat soit exécuté intégralement à sa date d'effet ;
- **vous\*** disposez d'un délai de 14 jours calendaires à compter de la réception des **conditions particulières\*** pour renoncer à votre contrat. La renonciation doit être signifiée par lettre recommandée avec avis de réception à votre **Assureur Conseil\***.

Lorsque **vous\*** demandez la renonciation à votre contrat, **vous\*** devez restituer à **l'Assureur\*** dans les 30 jours à compter de l'envoi de votre demande de renonciation, toutes les prestations qui ont été versées au titre du contrat à vous-même ou à un tiers (pharmacie, professionnel de santé, hôpital...). Covéa Risks vous\* rembourse, au plus tard dans les 30 jours, les sommes que **vous\*** aviez déjà versées.

Modèle de lettre de renonciation :

« Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je déclare renoncer à mon contrat Assurance Santé Covéa Risks dont la date d'établissement est le .....

Je m'engage à rembourser à Covéa Risks dans un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la présente demande de renonciation, les prestations qui ont été versées au titre de ce contrat, à moi-même ou à un tiers.

Je sollicite le remboursement des sommes versées au titre de ces garanties, soit ..... Euros, dans les délais impartis. »

### 8.5.2. Le démarchage à domicile\*

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son **domicile\***, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Pour l'exercice de ce droit, **vous\*** devez adresser à votre **Assureur Conseil\*** une lettre recommandée avec accusé de réception reprenant le modèle suivant :

« *Madame, Monsieur, Je soussigné ..... déclare renoncer au contrat Assurance Santé de Covéa Risks fait le ..... (+ date et signature).* »

**Vous\*** serez alors remboursé, au plus tard dans les 30 jours, de la part de cotisation correspondant à la période d'assurance durant laquelle le risque n'a pas couru, sauf mise en jeu de la garantie.

### 8.5.3. Les relations clientèle et médiation

En cas de difficulté dans l'application du présent contrat :

- consultez d'abord votre **Assureur Conseil\*** ;
- si nécessaire, adressez-vous au Service Réclamations Clients de Covéa Risks, 19-21, allées de l'Europe, 92616 Clichy Cedex. Ce service **vous\*** aidera à rechercher une solution. Si un accord n'est pas trouvé, il vous\* est possible de demander un avis à un tiers, le médiateur. Le service Réclamations vous\* transmettra alors ses coordonnées.

### 8.5.4. L'autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur\* est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), 61, rue Taitbout, 75009 Paris.

### 8.5.5. La loi Informatique et libertés

Les données personnelles que vous\* avez communiquées (par téléphone, messagerie électronique ou autrement) sont nécessaires pour les traitements informatiques liés à la gestion de votre contrat et peuvent être également utilisées, sauf opposition de votre part, à des fins commerciales.

Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Elles pourront être enregistrées à des fins de formation du personnel de Covéa Risks et dans le cadre de la gestion de ses sinistres.

Elles pourront être utilisées par ses mandataires, ses réassureurs, ses partenaires et organismes professionnels.

**Vous\*** pouvez à tout moment exercer vos droits d'opposition, de communication, de rectification et de suppression de vos données personnelles par courrier adressé au Service Réclamations Clients Covéa Risks, 19-21, allées de l'Europe, 92616 Clichy Cedex.

Ad vital mutuelles

Conditions Générales

Valant notice d'information

Concerne les garanties  
n°5 Minimut et Mut +



# - STATUTS -

## TITRE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Chapitre 1 Formation et objet de la Mutuelle

#### Article 1 : Dénomination et immatriculation

Il est constitué une Mutuelle dénommée Groupe France Mutuelle. Elle pourra également être désignée sous le sigle GFM.

Elle est immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 784492084.

#### Article 2 : Forme

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.

Dans tous les actes et documents de la Mutuelle et, notamment, ses Règlements, 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 : Siège

Le siège de Groupe France Mutuelle est situé au : 56, rue de Monceau 75008 PARIS.

Il peut être transféré en tout autre endroit du même département ou d'un département limitrophe par simple décision du Conseil d'Administration qui est dans ce cas expressément habilité à modifier corrélativement les Statuts, sous réserve de ratification par la plus proche Assemblée Générale et sous réserve des dispositions légales en vigueur.

#### Article 4 : Mission - Objet

Dans le respect des valeurs mutualistes, la Mutuelle mène, 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 de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. La Mutuelle a pour objet, conformément aux dispositions légales relatives au cumul des activités :

- de réaliser les opérations d'assurance suivantes :
  - couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, correspondant aux branches 1 (accidents) et 2 (maladie),
  - contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (branche 20 Vie-Décès) et des engagements ayant pour objet le versement d'une prime en cas de mariage ou de naissance d'enfant (branche 21 Nuptialité-Natalité),
- d'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées,
- de mettre en œuvre une action sociale, dans le respect de l'article L.111-1-III du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut conclure avec d'autres mutuelles ou unions de mutuelles régies par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité, avec des institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale ou relevant de l'article L.732-1 du Code rural ou avec des entreprises d'assurance régies par le Code des Assurances des contrats de coassurance ou de réassurance pour les opérations mentionnées au 1° du présent article.

La Mutuelle peut accepter en réassurance les risques et engagements mentionnés au 1° du I de l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

Elle peut également, à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement ou partiellement (agrément par branche d'activité) à ces organismes, dans les conditions prévues par la réglementation pour la délivrance de ces engagements.

Elle peut encore souscrire tout contrat ou convention auprès d'une mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance, afin d'assurer au profit de ses membres participants la couverture des risques ou la constitution d'avantages mentionnés à l'article L.111-1 du Code de la Mutualité et :

- soit les proposer à l'adhésion de ses membres participants,

- soit en rendre l'affiliation obligatoire à l'ensemble de ses membres ou certaines catégories d'entre eux, par décision du Conseil d'Administration de la Mutuelle ratifiée par son Assemblée Générale conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme d'assurance et avoir recours à des intermédiaires en assurance ou en réassurance pour la distribution de ses produits. Elle peut également déléguer la gestion de ses contrats collectifs selon les principes définis par son Assemblée Générale.

La Mutuelle peut passer convention avec toute mutuelle ou union de mutuelles régie par les dispositions du livre III du Code de la Mutualité afin de faire bénéficier ses membres participants ainsi que leurs ayants droit de leurs services.

Elle peut décider, avec d'autres mutuelles, de créer une autre union. Elle peut adhérer à un groupe mutualiste au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité.

### Chapitre 2 Règlements

#### Article 5 : Règlement Intérieur

Un Règlement Intérieur, établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, détermine les conditions d'application des présents Statuts.

Tous les membres sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux Statuts et autres textes mutualistes à caractère légal ou réglementaire.

Le Conseil d'Administration peut apporter au Règlement Intérieur toutes modifications qu'il juge utiles dans le respect de la législation en vigueur. Ces modifications sont d'application immédiate mais doivent être présentées pour ratification à la plus proche Assemblée Générale.

#### Article 6 : Règlements Mutualistes

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, les Règlements Mutualistes adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration définissent le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle notamment en matière de prestations et de cotisations.

Ces Règlements doivent impérativement comporter les mentions obligatoires fixées par la loi.

#### Article 7 : Respect de l'objet des mutuelles

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.

## TITRE 2 RELATIONS ENTRE LA MUTUELLE ET SES MEMBRES

### Chapitre 3 Catégories de Bénéficiaires

#### Article 8 : Membres

La Mutuelle se compose de membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires.

L'adhésion à la Mutuelle en tant que membre participant, bénéficiant de ses prestations et y ouvrant droit, est acquise à toute personne qui en France relève d'un régime obligatoire de Sécurité Sociale en son nom propre, quelle que soit son activité professionnelle, la région où elle réside ou encore le type de régime obligatoire dont elle relève et souscrivant une ou plusieurs garanties de la Mutuelle.

A leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants des mutuelles sans intervention de leur représentant légal.

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle pourra admettre comme membres honoraires des personnes physiques qui versent des cotisations, des dons ou qui ont rendu des services équivalents à la Mutuelle, sans contrepartie de prestations. La Mutuelle peut également admettre des membres honoraires, personnes morales souscrivant des contrats collectifs.

### **Article 9 : Ayants droit**

Est considérée comme ayant droit toute personne rattachée à un membre participant à l'un quelconque des titres suivants :

- conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, y compris les conjoints, concubins ou signataires d'un pacte civil de solidarité séparés,
- enfant pris en charge sous le numéro d'immatriculation de l'un ou l'autre des deux parents : soit le participant lui-même ou son conjoint concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, dès lors qu'il en est ayant droit. Ceci vaut, que les enfants soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs ou recueillis. Ils doivent être mineurs de moins de 16 ans. Cette limite d'âge peut être portée à :
  - 21 ans pour les apprentis,
  - 25 ans pour les enfants justifiant d'une inscription dans un établissement d'enseignement public ou privé.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la Mutuelle.

## **Chapitre 4 Adhésions**

### **Article 10 : 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 pour le premier ou, pour le second, de la souscription d'un contrat collectif.

### **Article 11 : Adhésions Individuelles**

Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion, dans les conditions définies par le Règlement Mutualiste et reçoit gratuitement copie des Statuts et Règlements. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts et des droits et obligations définis par les Règlements. Tous actes ou délibérations ayant pour objet une modification des Statuts sont portés à la connaissance de chacun des membres participants.

### **Article 12 : Adhésions à caractère collectif**

Les adhésions à caractère collectif peuvent correspondre à une opération facultative ou à une opération obligatoire.

Dans le cadre de contrats collectifs à adhésion facultative, la qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des Statuts, du Règlement Mutualiste et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale ayant souscrit et la Mutuelle.

Dans le cadre de contrats collectifs à adhésion obligatoire, la qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle et ce en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

## **Chapitre 5 Résiliations, radiation, exclusion**

### **Article 13 : Résiliation faite auprès de la Mutuelle**

#### A) Opérations individuelles

La résiliation de l'adhésion à une garantie soumise à un Règlement de la Mutuelle s'effectue dans les conditions, formes et délais fixés par ledit Règlement.

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.

#### B) Opérations collectives

1) Résiliation de l'adhésion à une garantie, à un Règlement collectif ou à un contrat collectif. La résiliation de l'adhésion à un Règlement collectif ou à un contrat collectif s'effectue dans les conditions, formes et délais fixés par le Règlement ou le contrat. Elle entraîne, à la date d'échéance prévue au Règlement ou 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 membre participant, sous réserve, pour ces derniers, des dispositions du Règlement ou du contrat permettant la poursuite, à titre individuel, de tout ou partie de la couverture.

2) Démission du membre participant adhérent à un contrat collectif.

Sauf lorsqu'il continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, perd

la qualité de membre participant, celui qui ne remplit plus les conditions posées par le bulletin d'adhésion à un Règlement collectif ou par un contrat collectif pour pouvoir en bénéficier.

### **Article 14 : Radiation à l'initiative de la Mutuelle**

En cas de non paiement des cotisations ou de fausse déclaration, la Mutuelle peut, après avoir fait application des dispositions des articles L.221-7, L.221-8, L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité, radier un membre participant ou un membre honoraire. La radiation prend effet selon les modalités et délais prévus par ces articles.

### **Article 15 : Modalités d'exclusion**

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est envisagée est convoqué par le Conseil d'Administration dans les conditions fixées au Règlement Intérieur pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

La décision du Conseil d'Administration est notifiée selon les modalités stipulées au Règlement Intérieur. Elle est d'application immédiate du jour de sa notification.

### **Article 16 : Conséquences de l'exclusion**

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

## **TITRE 3 ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE**

### **Chapitre 6 Assemblée Générale**

#### **Article 17 : Composition**

L'Assemblée Générale est composée de Délégués, à raison d'un Délégué pour 1 000 membres ou fraction de 1 000 membres participants ou honoraires. Les Délégués sont élus pour 6 ans par correspondance. Conformément aux dispositions de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité, il peut être désigné des Délégués représentant les personnes morales ayant souscrit des contrats collectifs en tant que membres honoraires et des Délégués représentant leurs salariés membres participants.

En cas de vacance en cours de mandat par démission, décès ou toute autre cause d'un Délégué, celui-ci est remplacé par le Délégué suppléant figurant sur la même liste immédiatement après le dernier candidat élu et qui a obtenu le plus grand nombre de voix et à égalité au plus jeune.

La perte de la qualité de membre entraîne celle de Délégué ou de Délégué suppléant.

#### **Article 18 : Modalités d'élection des Délégués**

Les élections ont lieu par correspondance, à bulletins secrets selon le mode de scrutin uninominal à un tour. Pour le déroulement du scrutin, les membres de la Mutuelle sont organisés en sections de vote, déterminées par le Conseil d'Administration. Chaque section de vote élit les Délégués titulaires et les Délégués suppléants par tranche de 1 000 membres, conformément aux dispositions de l'article 17. Les appels de candidatures auprès des membres, les conditions de dépôt de celles-ci et les modalités de vote sont fixées dans le Règlement Intérieur.

#### **Article 19 : Réunions**

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration. La convocation est faite par lettre simple sur papier à en-tête de Groupe France Mutuelle dans les quinze jours au moins avant la date de sa réunion. L'ordre du jour doit être joint à la convocation.

Elle peut également être convoquée dans les conditions prévues par l'Article L.114-8 du Code de la Mutualité.

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

#### **Article 20 : Ordre du jour**

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par le Président.

L'Assemblée ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour. Toutefois, les Délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de

l'Assemblée Générale de projets de résolution dans les conditions fixées par décret. L'Assemblée peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale.

### **Article 21 : Attributions de l'Assemblée Générale**

L'Assemblée Générale procède obligatoirement chaque année à l'examen et à la révision des cotisations et des prestations pour l'exercice civil suivant, décide de la reconduction, de la modification ou de la suppression de chaque garantie, 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 attachent, 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 du Commissaire aux Comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité.

Elle procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration.

Elle est appelée à se prononcer sur :

- les modifications des Statuts,
- les activités exercées,
- le montant des droits d'adhésion,
- le montant du fonds d'établissement,
- le contenu du Règlement Mutualiste défini par l'article L.114-1, 5<sup>e</sup> alinéa du Code de la Mutualité,
- 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 avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité,
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les livres II et III du Code de la Mutualité, auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même Code,
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

En outre, l'Assemblée Générale :

- procède à la nomination des commissaires aux comptes,
- décide de la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- fixe les conditions dans lesquelles les délégations de pouvoir sont prévues à l'article 37 des présents Statuts,
- définit les principes devant être respectés par les délégataires de gestion dans le cadre d'une délégation de gestion de contrats,
- décide des apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité,
- se prononce sur l'allocation d'indemnités au Président du Conseil d'Administration et aux autres membres du Conseil auxquels des attributions permanentes ont été confiées.

### **Article 22 : Modalités de vote et délibérations**

Chaque Délégué dispose d'une voix à l'Assemblée Générale.

Tous les votes se font à main levée sauf en ce qui concerne les élections qui font l'objet de vote à bulletins secrets. Toutefois, le Président doit organiser un vote à bulletins secrets lorsque ayant invité l'Assemblée Générale à s'exprimer à main levée, à la majorité simple des votes exprimés, celle-ci demande sur tel ou tel sujet soumis à son approbation, un vote à bulletins secrets.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des Statuts, les activités exercées, les délégations de pouvoir prévues à l'article 23 des présents Statuts, les montants ou taux des cotisations et des prestations, le transfert de portefeuilles, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses Délégués présents est au moins égal à la moitié du total des Délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibère valablement si le nombre de ses Délégués présents est au moins égal au quart du total des Délégués.

Lorsque l'Assemblée se prononce sur des questions autres que celles visées à l'article ci-dessus, elle ne délibère valablement que si le nombre de ses Délégués présents est au moins égal au quart du total des Délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibère valablement quel que soit le nombre des Délégués présents.

Exception faite des modifications statutaires qui sont adoptées à la majorité des deux tiers des Délégués présents, les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

### **Article 23 : Délégations**

L'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'Administration. Cette délégation est valable un an. Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par la plus prochaine Assemblée Générale.

## **Chapitre 7 Conseil d'Administration**

### **Article 24 : Composition**

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration comptant au moins 10 et au maximum 21 membres. Il est composé au moins pour les deux tiers de membres participants. Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'Administrateurs exerçant des fonctions d'Administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'Article L.212-7 du Code de la Mutualité.

### **Article 25 : Présentation des candidatures**

Tout membre participant ou honoraire de la Mutuelle peut présenter sa candidature aux fonctions d'Administrateur de la Mutuelle. Ces candidatures doivent être adressées au siège de la Mutuelle 10 jours francs au moins avant la date de l'Assemblée Générale procédant aux élections.

### **Article 26 : Conditions d'éligibilité - Limite d'âge**

Pour être éligible au Conseil d'Administration, les membres doivent être âgés de 18 ans révolus et ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection. Ils ne doivent avoir fait l'objet d'aucune condamnation selon les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Le nombre de membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 75 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 prend son origine dans l'élection d'un nouvel Administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'Administrateur nouvellement élu.

Toutefois, dans le cas où la proportion de membres participants et honoraires de la Mutuelle âgés de plus de 65 ans, âge normal de la retraite, serait supérieure au plafond fixé par décret en Conseil d'État, la Mutuelle serait libérée de cette obligation de limite d'âge à due concurrence. Dans le cas où le rapport ci-dessus viendrait à s'inverser, le Président doit prendre toutes dispositions afin de respecter les limites d'âge en matière de composition du Conseil d'Administration et cela dès la plus proche Assemblée Générale.

### **Article 27 : Élection des Administrateurs**

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents Statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletins secrets par l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale parmi les membres participants et honoraires de la Mutuelle ayant réglé leur cotisation au jour du dépôt de leur candidature, au scrutin uninominal.

En cas de pluralité de candidatures, sont considérés comme élus les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, et ce dans la limite des postes à pourvoir.

Lors des procédures électorales des membres du Conseil d'Administration par l'Assemblée Générale, les résultats sont communiqués aux Délégués soit en séance, soit ultérieurement par correspondance.

Dans le cas où la proportion de membres participants et honoraires de la Mutuelle retraités deviendrait inférieure à la majorité des membres participants, le Président prendra toute disposition afin de respecter les limites d'âge en matière de composition du Conseil d'Administration et cela dès la plus proche Assemblée Générale.

### **Article 28 : Renouvellement**

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

### **Article 29 : Vacance et remplacement - Cooptation**

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un Administrateur, il est pourvu provisoirement par le Conseil d'Administration à la cooptation d'un Administrateur sous réserve de ratification par la plus prochaine Assemblée Générale. Si la nomination faite par le Conseil d'Administration n'est 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.

### **Article 30 : Durée du mandat**

Les Administrateurs sont élus pour une durée de six ans. Les membres qui ont été élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leur fonction lorsqu'ils perdent la qualité de membres participants ou honoraires de la Mutuelle ou lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge dans les conditions mentionnées à l'article 27. Les Administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Ils cessent également leur fonction lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'Article L.114-23 du Code de la Mutualité relatives aux cumuls. Ils doivent alors présenter leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article.

Ils cessent également leur fonction 3 mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'Article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Dans le cas où le nombre d'Administrateurs est inférieur au minimum prévu par les Statuts du fait d'une ou de plusieurs vacances, l'Assemblée Générale est convoquée par le Président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux Administrateurs.

### **Article 31 : Gratuité des fonctions d'Administrateur**

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites. Toutefois, l'Assemblée Générale peut décider d'allouer une indemnité au Président du Conseil d'Administration ou à des Administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées.

### **Article 32 : Réunions**

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président au moins 4 fois par an. Le Président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration au moins 5 jours francs avant la date de réunion sauf en cas d'urgence. Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil qui délibère alors sur cette présence.

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

Les Administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration sont tenus à la confidentialité des informations données par le Président ou les dirigeants.

### **Article 33 : Représentants des salariés au Conseil d'Administration**

Deux représentants des salariés de la Mutuelle, élus dans les conditions définies au Règlement Intérieur, assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration. Ils ne peuvent assister aux délibérations ou questions concernant un Administrateur ou un salarié de la Mutuelle.

### **Article 34 : Délibérations**

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante. Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletins secrets pour l'élection du Président et des autres membres du Bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un Administrateur ou un salarié. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

### **Article 35 : Attributions du Conseil d'Administration**

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toutes questions intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration élit, parmi ses membres, le Président de la Mutuelle pour un mandat d'une durée maximale de 6 ans par vote à bulletins secrets, la durée du mandat de Président n'excédant pas celle de son mandat d'Administrateur.

Le Conseil d'Administration adopte annuellement le budget prévisionnel de la Mutuelle. A la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte :

- des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code du Commerce,
- de la liste des organismes avec lesquels la Mutuelle constitue un groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité,
- de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114-26 du même Code ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'Assemblée Générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque Administrateur,
- dans le cas où le Conseil d'Administration a nommé un ou plusieurs dirigeants salariés de l'ensemble des rémunérations qui leur sont versées,
- de la liste des mandats et fonctions exercées par chacun des Administrateurs de la Mutuelle,
- des transferts financiers entre la Mutuelle et d'autres mutuelles et unions de mutuelles.

Le Conseil d'Administration établit le rapport de solvabilité prévu à l'article L.212-3 du Code de la Mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L.212-6 du même Code.

Le Conseil d'Administration rédige un rapport dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion. Il présente ensuite ce rapport à l'Assemblée Générale.

Plus généralement le Conseil d'Administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicables aux mutuelles.

### **Article 36 : Délégations**

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Président, soit au Bureau, soit à un ou plusieurs Administrateurs, soit à une ou plusieurs Commissions. Le Conseil d'Administration peut confier au Président ou au Bureau les attributions suivantes :

- les décisions et formalités d'acquisitions et d'aliénations des biens immobiliers,
- l'acceptation des dons et legs,
- l'embauche et le licenciement des salariés ainsi que la fixation de leur rémunération,
- la passation et l'exécution de contrats ou types de contrats qu'il détermine,
- et plus généralement, toutes attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'Administration par la Loi.

Dans le cas où le Conseil d'Administration nomme un ou plusieurs dirigeants salariés au sens de l'article L.114-19 du Code de la Mutualité, il leur délègue ses pouvoirs en séance du Conseil d'Administration pour une durée limitée à un an maximum.

Le Conseil d'Administration consent au Directeur les délégations de pouvoirs nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et sous son contrôle, le fonctionnement de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration peut à tout moment retirer l'une ou plusieurs de ces attributions qui auront fait l'objet d'un vote en séance du Conseil d'Administration.

## **Chapitre 8 Bureau et Commissions**

### **Article 37 : Composition du Bureau**

Le Bureau est composé du Président du Conseil d'Administration et de deux Vice-Présidents, d'un Secrétaire et d'un Secrétaire Adjoint, d'un Trésorier et d'un Trésorier Adjoint.

### **Article 38 : Élection des membres du Bureau**

Les membres du Bureau sont élus parmi les membres du Conseil d'Administration, à bulletins secrets, dans les conditions fixées par le Règlement Intérieur.

Le Président élu par le Conseil d'Administration est membre de droit pour la durée de son mandat. Il est rééligible. Le Conseil d'Administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du Président.

Les autres membres sont élus pour une durée de deux ans, jusqu'à la tenue du Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale statuant sur les comptes de l'exercice au cours duquel prend fin leur mandat.

#### **Article 39 : Le Président**

Le Président convoque le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale, selon les modalités stipulées aux présents Statuts, et en établit l'ordre du jour. Il organise et dirige les travaux de celui-ci, dont il rend compte à l'Assemblée Générale. Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les Administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées. Il informe enfin le Conseil d'Administration des mesures engagées en application des articles L.510-8, L.510-9 et L.510-10 du Code de la Mutualité.

Le Président engage les dépenses.

Le Président représente la Mutuelle en justice tant en défense qu'en action, ainsi que dans tous les actes de la vie civile.

Le Président peut sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier aux Directeurs de la Mutuelle mais également à toute autre personne nommément désignée du Conseil d'Administration l'exécution de tout ou partie des tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

#### **Article 40 : Vacance de la Présidence**

Le ou les Vice-Présidents secondent, selon l'ancienneté dans la fonction, le Président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité du Président du Conseil d'Administration, la vacance est assurée par intérim par le Vice-Président le plus ancien dans la fonction, chargé à ce dernier de convoquer, dans les conditions prévues aux présents Statuts, un Conseil d'Administration en vue de procéder à l'élection d'un nouveau Président.

#### **Article 41 : Le Secrétaire Général**

Le Secrétaire Général est responsable des travaux administratifs relatifs aux Conseils d'Administration et Assemblées Générales, de la rédaction des procès-verbaux et de l'accomplissement de toutes les formalités légales rendues obligatoires dans le respect de la réglementation applicable à la Mutuelle.

Le Secrétaire peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier aux Directeurs de la Mutuelle mais également à toute autre personne nommément désignée par le Conseil d'Administration l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

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

#### **Article 42 : Le Trésorier**

Le Trésorier est responsable de l'ensemble des opérations financières et comptables de la Mutuelle.

Il est chargé du paiement des dépenses préalablement ordonnancées par le Président ou toute autre personne nommément désignée par le Conseil d'Administration et dûment habilitée à cet effet.

Il présente enfin à l'Assemblée Générale un rapport annuel sur la situation comptable et financière de la Mutuelle. Le Trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier aux Directeurs mais également à toute autre personne nommément désignée par le Conseil d'Administration l'exécution de tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

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

#### **Article 43 : Commission de Consultation**

La Commission de Consultation est composée de 4 à 9 membres désignés par le Conseil d'Administration. La Commission de Consultation, sur invitation du Président assiste aux séances du Conseil d'Administration.

## **Chapitre 9 Organisation des sections locales ou d'entreprises**

#### **Article 44 : Création de sections locales ou d'entreprises**

Le Conseil d'Administration peut créer des sections locales ou d'entreprises.

#### **Article 45 : Administration des sections locales ou d'entreprises**

Chaque section locale ou d'entreprise est administrée par une Commission de Gestion spéciale à laquelle le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs.

Cette Commission est composée de membres désignés par le Conseil d'Administration de la Mutuelle, en accord avec celui de la Mutuelle absorbée, le cas échéant, ou le représentant de la section désignée par la Mutuelle. Elle est présidée par le Président du Conseil d'Administration de la Mutuelle ou son Délégué.

#### **Article 46 : Règles de fonctionnement**

Les règles de fonctionnement propres à chacune des sections figurent dans le Règlement Intérieur.

Les cotisations et prestations spécifiques à chacune des sections sont identifiées dans les Règlements Mutualistes, adoptées par l'Assemblée Générale de la Mutuelle, et les opérations correspondantes de chaque section concernée font l'objet de comptes séparés.

---

## **TITRE 4 ORGANISATION FINANCIÈRE ET RÈGLES PRUDENTIELLES**

---

### **Chapitre 10 Gestion technique et financière**

#### **Article 47 : Comptabilité**

L'exercice social commence le 1<sup>er</sup> janvier et finit le 31 décembre de chaque année. La comptabilité des opérations de la Mutuelle est tenue conformément aux dispositions du Code de la Mutualité et, notamment, à celles du plan comptable applicable aux Mutuelles.

#### **Article 48 : Fonds d'établissement**

Le montant du fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100 euros.

#### **Article 49 : Droits d'adhésion**

L'Assemblée Générale instaure, dans les conditions fixées aux Règlements, la mise en place d'un droit d'adhésion versé par chacun des membres participants et en fixe le montant. Ce droit d'adhésion est dédié au fonds d'établissement.

#### **Article 50 : Marge de solvabilité**

La Mutuelle dispose à tout moment pour l'ensemble des opérations qu'elle assure d'une marge de solvabilité calculée et constituée conformément aux sections 1 et 2 du chapitre II du titre 1<sup>er</sup> du livre II du Code de la Mutualité.

#### **Article 51 : Fonds de garantie**

La Mutuelle détient un montant incompressible de fonds propres égal au tiers de sa marge de solvabilité. Le montant du fonds de garantie ne peut être inférieur à 600 000 euros.

#### **Article 52 : Provisions**

La Mutuelle garantit par la constitution de provisions suffisantes représentées par des actifs équivalents, le règlement intégral, pour la période de vie de la garantie, des engagements pris envers ses membres participants et de leurs ayants droit.

Les provisions techniques sont déterminées conformément aux sections 3 et 4 du chapitre II du titre 1<sup>er</sup> du livre II du Code de la Mutualité. Les placements de la Mutuelle sont effectués conformément à la section 5 du chapitre II du titre 1<sup>er</sup> du livre II du Code de la Mutualité.

#### **Article 53 : Cotisations et prestations**

Les Règlements, les bulletins d'adhésion et les contrats collectifs indiquent le montant des cotisations et des prestations.

#### **Article 54 : Adhésion au Système Fédéral de Garantie**

La Mutuelle adhère au Système Fédéral de Garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

## Chapitre 11 Contrôle des Comptes

### **Article 55 : Nomination du Commissaire aux Comptes**

En vertu des dispositions de l'article L.114-38 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale nomme au moins un Commissaire aux Comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.225-219 du Code de Commerce, pour une durée de six ans.

Le Président convoque le ou les Commissaires aux Comptes à toute Assemblée Générale.

### **Article 56 : Mission du Commissaire aux Comptes**

Le Commissaire aux Comptes mène sa mission conformément aux dispositions des articles L.225-218 et L.225-242 du Code du Commerce, sous réserve des dispositions spécifiques relevant du Code de la Mutualité.

A ce titre, il porte notamment à la connaissance de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code de Commerce et signale à celle-ci dans les meilleurs délais tout fait ou décision concernant la Mutuelle mentionnée à l'article L.510.6 du Code de la Mutualité dont il a eu connaissance dans l'exercice de sa mission.

Il fournit également à ladite Autorité, sur demande de celle-ci, tout renseignement sur l'activité de la Mutuelle, le Commissaire aux Comptes est alors délié à l'égard de l'Autorité de contrôle du secret professionnel.

Le Commissaire aux Comptes joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou union régie par le livre III du Code de la Mutualité.

---

## TITRE 5 DISPOSITIONS DIVERSES

---

### Chapitre 12 Interprétation

#### **Article 57 : Hiérarchie des Textes**

Les Statuts, le Règlement Intérieur, les Règlements Mutualistes, les contrats éventuels avec une personne morale souscriptrice et le bulletin d'adhésion, sont applicables par ordre de priorité décroissante.

### Chapitre 13 Arbitrage et attribution de compétence judiciaire

#### **Article 58 : Arbitrage**

Dans le cas où un différend ou un litige viendrait à survenir entre Groupe France Mutuelle et l'un de ses membres dans le cadre des présents Statuts, qui ne pourrait être résolu de façon satisfaisante directement par les parties concernées, celui-ci sera soumis à la procédure d'arbitrage régie par les articles 1447 à 1491 du nouveau Code de Procédure Civile.

Le tribunal arbitral siègera à Paris.

#### **Article 59 : Attribution de compétence**

Toute contestation qui pourra s'élever concernant l'exécution des présents Statuts sera portée devant le Tribunal compétent du Siège de Groupe France Mutuelle.

## Chapitre 14 Dissolution volontaire

### **Article 60 : Modalités de dissolution volontaire**

En dehors des cas prévus par les lois et Règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions de quorum et de majorité prévues en cas de modification des Statuts.

La Mutuelle en informe immédiatement l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles.

A défaut de réunion de l'Assemblée Générale malgré deux convocations successives, la dissolution peut être prononcée par l'Autorité précitée.

### **Article 61 : Conséquences de la dissolution**

La dissolution volontaire comporte pour la Mutuelle l'engagement de ne plus réaliser, pour l'ensemble des agréments qui lui ont été accordés, de nouvelles opérations.

Dans le mois de la décision constatant la caducité de l'agrément, elle soumet à l'Autorité de Contrôle un programme de liquidation précisant notamment les délais prévisibles et les conditions financières de la liquidation ainsi que les moyens en personnel et matériels mis en œuvre pour la gestion des engagements résiduels.

Lorsque la gestion des engagements résiduels est déléguée à un tiers, le projet de contrat de délégation et un dossier décrivant la qualité du délégataire et de ses dirigeants, son organisation, sa situation financière et les moyens mis en œuvre sont communiqués à l'Autorité de Contrôle qui peut, dans les conditions mentionnées à l'article L.510-7, réaliser tous contrôles sur pièces et sur place du délégataire, jusqu'à liquidation intégrale des engagements.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 22 des présents Statuts à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes mentionnés à l'article L.421-1 du Code de la Mutualité.

## Chapitre 15 Adhésion aux Fédérations

### **Article 62 : Adhésion à la FNMF**

La Mutuelle est adhérente de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

### **Article 63 : Adhésion à la FNMI**

La Mutuelle est adhérente de la Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle (FNMI).

# - RÈGLEMENT INTÉRIEUR -

Le présent Règlement Intérieur, établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, complète les dispositions des Statuts, en précisant certaines modalités d'application.

## DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

### **Article 1 : Élection des Délégués - Appel à candidatures**

Quarante cinq jours au moins, avant la date fixée pour les élections, la Mutuelle fait appel à candidatures auprès des membres participants ou honoraires. Cet appel précise les conditions d'éligibilité à remplir et l'adresse de retour du dépôt de candidature.

Les candidatures doivent parvenir à la Mutuelle avant la date limite portée sur l'envoi et fixée, en principe, à un mois de date à date, avant la date du scrutin.

### **Article 2 : Modalités d'élection des Délégués**

Chaque bulletin de vote permettant l'élection des Délégués comporte les mentions suivantes : le nom de la Mutuelle, l'objet du vote : "Élection des Délégués à l'Assemblée Générale du...", s'il y a lieu, la dénomination de la section, la liste des candidats sortants comportant nom, prénom, date de naissance, profession, date d'adhésion à la Mutuelle, avec inscription dans l'ordre alphabétique, la liste des candidats nouveaux comportant les mêmes indications, le nombre de sièges à pourvoir et le cas échéant, le nombre de candidats à rayer sur la liste. Les candidats élus sont informés par courrier de leur élection.

### **Article 3 : Vacances de postes et empêchement de Délégués**

Dans le cas où le nombre de Délégués titulaires, par suite de vacances successives, atteindrait moins de la moitié des Délégués élus, le Président, sur décision du Conseil d'Administration, organise de nouvelles élections.

En application de l'article 17 des Statuts, lorsqu'un Délégué est absent à deux réunions d'Assemblée Générale consécutives, il est démis d'office de ses fonctions. Le Conseil d'Administration l'en informe par courrier recommandé avec accusé de réception. Le Délégué ainsi démis de ses fonctions peut contester l'application de cette mesure en invoquant et en justifiant son absence pour cause de maladie ou d'accident. Le Conseil d'Administration décide alors à la majorité de ses membres du maintien ou non de la démission d'office.

### **Article 4 : Modalités de décisions de l'Assemblée Générale**

Il est procédé en début de séance d'Assemblée Générale à la nomination de 2 scrutateurs assistant le Secrétaire ou à défaut le Secrétaire Adjoint.

Ils sont chargés du bon déroulement des opérations concernant les différents scrutins et notamment du décompte exact des Délégués votants.

Ils disposent d'une liste nominative des Délégués inscrits. En cas de vote à bulletin secret, chaque Délégué présent reçoit un ou plusieurs bulletins de vote sur présentation de sa carte de Délégué. Au moment du vote, les scrutateurs émarquent à la fois la liste électorale et la carte du Délégué votant.

## DISPOSITIONS RELATIVES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

### **Article 5 : Élection des Administrateurs**

Les bulletins de vote doivent comporter : le nom de la Mutuelle, l'objet du vote : "Élection d'Administrateur(s) à l'Assemblée Générale du...", le nombre de sièges à pourvoir et éventuellement le nombre de candidats à rayer, la liste des candidats sortants comportant nom, prénom, date d'adhésion à la Mutuelle, date de naissance et profession avec inscription dans l'ordre alphabétique, la liste des candidats nouveaux comportant les mêmes indications.

Ces mêmes bulletins doivent être utilisés si l'élection a lieu par correspondance.

### **Article 6 : Conditions d'éligibilité des Administrateurs**

Pour l'examen des conditions d'éligibilité, l'âge du candidat est apprécié au jour du scrutin. En application du 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 30 des Statuts, tout Administrateur, à la fin de la période de 6 ans, reste en poste jusqu'à sa réélection ou l'élection de son successeur.

### **Article 7 : Programme de formation des Administrateurs**

Tout candidat au poste d'Administrateur s'engage à suivre la formation qui lui sera proposée par la Mutuelle, en application de l'article L.114-25 du Code de la Mutualité.

### **Article 8 : Ordre du jour**

Tout Administrateur peut demander dans les 10 jours précédant le Conseil d'Administration, l'inscription de telle ou telle question particulière.

### **Article 9 : Empêchement d'un Administrateur**

En application de l'article 29 des Statuts, lorsqu'un Administrateur est absent deux fois consécutives aux séances du Conseil d'Administration, il est démis d'office de ses fonctions. Le Conseil d'Administration l'en informe par courrier recommandé avec accusé de réception. L'Administrateur ainsi démis d'office de ses fonctions peut alors contester l'application de cette mesure en invoquant et en justifiant son absence pour cause de maladie ou d'accident. Le Conseil d'Administration décide alors à la majorité de ses membres du maintien ou non de la démission d'office. En cas de maintien de la mesure, son poste fait alors l'objet d'une cooptation ratifiée par la plus prochaine Assemblée Générale.

### **Article 10 : Exclusion d'un membre adhérent**

Conformément à l'article 15 des Statuts et à l'article 33 du Règlement Mutualiste, le membre dont l'exclusion est envisagée est convoqué par le Conseil d'Administration par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai d'au moins 15 jours avant la date de réunion du Conseil, pour y être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas à la date indiquée, une nouvelle convocation lui est adressée par LRAR. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée d'office par le Conseil d'Administration. La décision du Conseil d'Administration sur l'exclusion ou non du membre adhérent lui est communiquée par lettre recommandée avec accusé de réception dans les 15 jours de son audition.

### **Article 11 : Élections des représentants des salariés au Conseil d'Administration**

Afin d'assurer la représentation des salariés auprès du Conseil d'Administration, il est organisé l'élection de 2 représentants des salariés de la Mutuelle, dans les conditions suivantes :

- a) Il est procédé au sein du personnel titulaire, âgé de 18 ans révolus au 1<sup>er</sup> janvier précédant la date de désignation et ayant au moins 12 mois d'ancienneté, au jour du scrutin, à l'institution de 2 collèges électoraux, l'un pour le personnel cadre et agent d'encadrement, l'autre pour le personnel employé.
- b) La Direction est chargée de la procédure de l'organisation matérielle des élections dont les caractéristiques sont les suivantes :
  - les élections ont lieu dans le délai de 45 jours précédant la date de l'Assemblée Générale.
  - les candidatures écrites concernant chacun des deux collèges sont reçues par le Directeur Général ou son représentant dans les 15 premiers jours de ce délai et affichées.
  - dans les 10 jours qui suivent, il est procédé dans chaque collège à un vote séparé à bulletins secrets, selon un scrutin à la majorité relative à un tour, étant entendu que 2 membres du personnel par collège électoral se proposeront comme scrutateurs. En cas de partage des voix, le candidat ayant la plus grande ancienneté dans la Mutuelle est déclaré élu.
  - le procès-verbal signé du Directeur Général et des 4 scrutateurs enregistre les résultats du vote qui sont communiqués au Président et au personnel.
  - les deux candidats désignés sont élus pour 4 ans renouvelables. Ils reçoivent à cet effet, durant leur mandat, le procès-verbal dressé lors de chaque réunion du Conseil d'Administration.

### **Article 12 : Obligations de réserve des représentants des salariés au Conseil d'Administration**

Les représentants des salariés doivent respecter l'obligation de réserve en ce qui concerne les débats au sein du Conseil d'Administration. Ils ne peuvent assister aux délibérations concernant un Administrateur, un membre de la Mutuelle ou

portant sur des questions d'ordre individuel ou collectif concernant le personnel de la Mutuelle.

### **Article 13 : Délégations au Directeur par le Conseil d'Administration**

Le Conseil d'Administration délègue au Directeur Général tous pouvoirs pour assurer la gestion courante de la Mutuelle.

Celui-ci, sous sa responsabilité, peut déléguer à son tour, pour des tâches définies, tous pouvoirs à tel ou tel membre du Comité de Direction, lequel à son tour peut, sous sa responsabilité, accorder des pouvoirs limités à tel ou tel responsable de service.

### **Article 14 : Élection du Bureau**

L'élection des membres du Bureau s'établit selon les modalités suivantes : le dépôt des candidatures s'effectue par lettre adressée au Président au moins 3 jours avant la réunion du Conseil d'Administration.

Pour chaque poste du Bureau, il est établi des bulletins de vote portant les noms et prénoms des candidats. Le vote s'effectue par bulletins secrets, à la majorité absolue au 1<sup>er</sup> tour, à la majorité relative au 2<sup>e</sup> tour ; en cas de partage des voix, le candidat le plus ancien dans la Mutuelle est déclaré élu. Le résultat des votes est prononcé sur le champ par le Président assisté de 2 scrutateurs.

### **Article 15 : Communications à l'Assemblée Générale**

Le Secrétaire du Conseil d'Administration est chargé de la présentation du rapport de gestion du Conseil d'Administration, préalablement approuvé par celui-ci pour l'exercice considéré. De son côté le Trésorier présente les comptes annuels arrêtés par le Conseil d'Administration.

### **Article 16 : Instauration des Commissions**

Le Conseil d'Administration peut instituer en son sein toute Commission, temporaire ou permanente, qu'il juge utile.

Chaque Commission élit son Président lors de la tenue de la 1<sup>ère</sup> réunion constitutive, celle-ci étant convoquée par le Président du Conseil d'Administration, membre de droit de chaque Commission. Les Commissions règlent elles-mêmes l'ordre de leurs travaux.

A la demande du Président du Conseil d'Administration, le Président de chaque Commission informe le Conseil d'Administration de l'avancement de ses travaux.

### **Article 17 : Commission de Consultation**

Conformément à l'article 43 des Statuts, la Commission de Consultation peut être consultée par le Président en séance. Elle peut se voir confier par le Président toute étude que celui-ci jugera nécessaire. Le renouvellement des membres de la Commission s'effectue tous les deux ans, au moment du renouvellement par tiers des membres du Conseil d'Administration. La Commission élit son Président lors de sa première réunion.

Lorsqu'un membre de la Commission de Consultation est absent deux fois consécutives aux réunions de la Commission, il est démis d'office de ses fonctions. Le Conseil d'Administration l'en informe par courrier recommandé avec accusé de réception. Le membre de la Commission ainsi démis de ses fonctions peut contester l'application de cette mesure en invoquant et en justifiant son

absence pour cause de maladie ou d'accident. Le Conseil d'Administration décide alors à la majorité de ses membres du maintien ou non de la démission d'office.

### **Article 18 : Commission des Finances**

Il est institué une Commission des Finances présidée de droit par le Trésorier. Elle examine et établit notamment les budgets prévisionnels annuels, les bilans, situations et comptes financiers de l'exercice, les rapports de gestion et de solvabilité qu'elle soumet au Conseil d'Administration. Elle peut recevoir du Conseil d'Administration des pouvoirs limités pour statuer, le cas échéant, sur des questions d'ordre financier ou afférentes aux placements.

Elle est consultée sur les délégations de signatures visées à l'article 36 des Statuts. Elle rend compte de ses avis lors du plus prochain Conseil d'Administration.

### **Article 19 : Commission de Gestion**

En application des dispositions du Code de la Mutualité, chaque Commission de Gestion permanente créée par le Conseil d'Administration est composée de membres désignés par le Conseil et présidée par le Président de la Mutuelle ou son Délégué.

Cette Commission de Gestion permanente rend compte de son activité au Conseil d'Administration ainsi qu'aux diverses Commissions instituées en son sein.

Chaque Commission de Gestion permanente créée par le Conseil d'Administration, peut gérer sous son nom de marque et disposer d'une Direction et d'un personnel administratif placé sous la responsabilité de la Direction Générale de la Mutuelle.

### **Article 20 : Honorariat**

L'honorariat peut être conféré par le Conseil d'Administration à tout ancien Administrateur qui reste informé des délibérations du Conseil d'Administration.

### **Article 21 : Secours exceptionnels**

Il peut être attribué sur le budget spécifique voté chaque année par l'Assemblée Générale des secours exceptionnels aux membres participants ou honoraires par le Conseil d'Administration, lequel peut déléguer ses pouvoirs pour ce faire, à la Commission d'Action Sociale.

---

## **DISPOSITIONS PROPRES À LA DÉLÉGATION DE GESTION ET À L'INTERMÉDIATION**

---

### **Article 22 : Principes de la délégation de gestion**

En application de l'article 4 des Statuts, les délégataires gestionnaires de contrats collectifs devront justifier pour ce qui les concerne du respect des dispositions issues de la loi du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance et de ses décrets d'application.

La délégation de gestion des contrats peut être également opérée pour les contrats individuels notamment dans le cas des partenariats mutualistes ou de distribution de contrats Groupe France Mutuelle par des intermédiaires commissionnés tels que les courtiers.



# - RÈGLEMENT MUTUALISTE -

Le présent Règlement Mutualiste comprenant les dispositions générales applicables à l'ensemble des garanties, produits et services de Groupe France Mutuelle est établi en application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité.

Il définit les engagements contractuels réciproques existant entre chaque membre et la Mutuelle tant en ce qui concerne la durée des engagements nés du contrat ou de l'adhésion que du contenu de ceux-ci.

Il s'applique à l'ensemble des bénéficiaires de l'adhésion ou du contrat, c'est-à-dire tant au membre participant qu'à ses ayants droit, cotisants ou non.

## CHAPITRE I - ADHÉSION

### Article 1 : Définition des opérations individuelles et collectives

Les engagements contractuels correspondent à une opération individuelle ou à une opération collective, selon les dispositions des paragraphes II, III-1 et III-2 de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité.

Est qualifiée d'opération individuelle l'opération par laquelle une personne physique signe un bulletin d'adhésion à la Mutuelle. A la date de son adhésion, la personne acquiert la qualité de membre participant, si elle bénéficie des garanties du contrat mutualiste, ou de membre honoraire, si elle n'en bénéficie pas.

Est qualifiée d'opération collective facultative l'opération par laquelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat collectif souscrit par un employeur ou une personne morale, des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale adhérant librement à la Mutuelle. Les salariés et les membres de la personne morale qui adhèrent deviennent membres participants de la Mutuelle. La personne morale souscriptrice peut devenir membre honoraire de la Mutuelle ou de l'union dans les conditions définies par les Statuts.

Est qualifiée d'opération collective obligatoire l'opération par laquelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat souscrit par un employeur, l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, des dispositions de la convention ou de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur, de s'affilier à une mutuelle. A la date de leur affiliation, les salariés deviennent membres participants de la Mutuelle. La personne morale souscriptrice peut devenir membre honoraire de la Mutuelle dans les conditions définies par les Statuts.

### Article 2 : Catégories de membres

Conformément à l'article 8 des Statuts, la Mutuelle se compose de membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires.

L'adhésion à la Mutuelle en tant que membre participant, bénéficiant de ses prestations et y ouvrant droit, est acquise à toute personne qui en France relève d'un régime obligatoire de Sécurité Sociale en son nom propre, quels que soient son activité professionnelle, la région où elle réside ou encore le type de régime obligatoire dont elle relève et souscrivant une ou plusieurs garanties de la Mutuelle.

A leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants des mutuelles sans intervention de leur représentant légal.

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle peut admettre comme membres honoraires des personnes physiques qui versent des cotisations, des dons ou qui ont rendu des services équivalents à la Mutuelle, sans contrepartie de prestations. La Mutuelle peut également admettre des membres honoraires, personnes morales souscrivant des contrats collectifs.

### Article 3 : Ayants droit

Conformément à l'article 9 des Statuts, est considérée comme ayant droit toute personne rattachée à un membre participant à l'un quelconque des titres suivants :

- conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, y compris les conjoints, concubins ou signataires d'un pacte civil de solidarité séparés,
- enfant pris en charge sous le numéro d'immatriculation de l'un ou l'autre des deux parents : soit le participant lui-même ou son conjoint concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, dès lors qu'il en est ayant droit ; ceci vaut que les enfants soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs ou recueillis ; ces enfants doivent être mineurs de moins de 16 ans ; cette limite d'âge peut être portée à 21 ans pour les apprentis ou 25 ans pour les

enfants justifiant d'une inscription dans un établissement scolaire ou universitaire.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la Mutuelle.

Constitue un foyer tel que visé par le présent règlement mutualiste le membre participant ainsi que ses ayants droit définis ci-dessus.

### Article 4 : Devoir d'information du membre participant

Pour les opérations individuelles, la Mutuelle fournit gratuitement au futur membre participant, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion, les Statuts et Règlements ou une fiche d'information sur le contrat, qui décrivent précisément les droits et obligations réciproques. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts et des droits et obligations définis par les Règlements. Toute modification des Statuts et Règlements ou garanties est portée à la connaissance des membres participants.

Pour les opérations collectives, la Mutuelle remet à l'employeur ou à la personne morale une fiche d'information qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur et la durée de l'engagement, les exclusions ou limitations de garanties, les délais de prescription, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette fiche d'information et les Statuts à chaque membre participant. Toute modification des Statuts et Règlements est portée à la connaissance des membres participants. Toute modification du contrat collectif portant accord particulier doit être constatée par un avenant signé des parties. L'employeur ou la personne morale est tenu d'informer chaque membre participant des modifications intervenues dans ses droits et obligations en lui remettant la fiche d'information établie à cet effet par la Mutuelle. La preuve de la remise de la fiche d'information et des Statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées incombe à l'employeur ou à la personne morale.

### Article 5 : Délai de réflexion et délai de renonciation

Pour les opérations individuelles, les membres participants disposent d'un délai de réflexion entre la remise des documents décrits à l'article 4 du présent règlement et la signature du Bulletin d'Adhésion. Ce délai est fixé par la réglementation. A défaut de précision réglementaire, il est fixé à 7 jours.

Pour les opérations individuelles réalisées dans le cadre de la vente à distance, le délai de renonciation est fixé à 14 jours à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou du jour où le membre participant a reçu les conditions d'adhésion et les informations contractuelles. S'il fait usage de son droit de renonciation, le membre participant devra rembourser les prestations versées par la Mutuelle dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle s'engage à rembourser dans ce même délai les cotisations réglées.

### Article 6 : Informations concernant le membre participant

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle et à lui fournir les justificatifs :

- de toute modification concernant son régime de prise en charge par l'Assurance Maladie (allocation de longue durée, prise en charge à 100 %, ponctuelle ou permanente...),
- de son affiliation au régime de la Couverture Maladie Universelle (CMU),
- de tout changement de domicile, de situation personnelle, de domiciliation bancaire,
- et plus généralement de tout événement ou situation pouvant avoir un effet sur les dispositions du contrat et leurs applications.

Toute fausse déclaration peut entraîner la résiliation du contrat par la Mutuelle dans les conditions prévues chapitre IV article 33 du présent Règlement

Dans le cadre des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, la Mutuelle ne peut en aucun cas recueillir des informations à caractère

médical auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture (article L.112-1 du Code de la Mutualité).

### **Article 7 : Conditions générales d'adhésion**

Le membre participant dispose du libre choix de sa garantie d'adhésion parmi celles correspondant à son âge, sa situation professionnelle ou son département de résidence. L'âge du conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, le plus jeune détermine pour l'ensemble du foyer, la tranche d'âge à l'adhésion. Les garanties modulaires doivent comporter au minimum un module de prestations, à l'exception des primes et participations qui ne peuvent être choisies seules.

Dans les contrats collectifs visés à l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, à l'occasion de leur départ à la retraite, les membres participants de Groupe France Mutuelle peuvent sur demande écrite faite dans les 6 mois suivant leur départ du groupe assuré, soit être mutés dans des garanties qui leur sont exclusivement réservées, soit bénéficiaire des prestations identiques à celles en vigueur dans le contrat de l'entreprise dont ils sont retraités (sous réserve des conditions prévues dans le contrat collectif). Les nouvelles conditions de cotisation leur sont alors fournies par Groupe France Mutuelle.

L'adhésion à la Mutuelle est effective à la date d'effet de la première souscription à l'une des garanties de la Mutuelle. Elle est maintenue, tant que le membre participant s'acquitte de ses cotisations, quelle que soit la garantie souscrite. Elle se renouvelle d'année en année par tacite reconduction, sauf résiliation dans les conditions prévues au Règlement mutualiste.

Chaque garantie peut être modifiée ou supprimée par décision de l'Assemblée Générale.

A l'adhésion, toute personne physique doit remettre à la Mutuelle un bulletin d'adhésion dûment rempli et signé, accompagné des pièces justificatives, du règlement de la 1<sup>ère</sup> cotisation ou de l'autorisation de prélèvement automatique et de la caution pour les garanties FC Santé.

La garantie souscrite prendra effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de ces pièces par la Mutuelle.

Les prestations sont délivrées en tenant compte des éventuels délais de carence.

La garantie est souscrite jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours. Cependant, l'Assemblée Générale peut modifier ou supprimer une garantie ou instaurer des modalités d'application différentes en cours d'exercice.

Le nouveau membre participant est exempté des délais de carence indiqués sur le tableau des prestations lorsqu'il produit, à l'appui de son bulletin d'adhésion, un certificat de radiation du précédent organisme. Cette dispense, valable pour les risques précédemment couverts doit être réalisée au plus tard dans les 3 mois de la radiation du précédent organisme. Dans les contrats d'entreprise, le nouveau membre participant peut être exempté de tous les délais de carence lorsque son adhésion intervient au plus tard dans les 3 mois, de date à date, suivant son embauche dans l'entreprise.

Les nouveaux mariés et les conjoints nouveaux mariés des membres participants, inscrits dans les 3 mois de leur mariage, acte faisant foi (date d'effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant le mariage), bénéficient de la dispense des délais de carence.

Les nouveau-nés inscrits dès leur naissance, sur demande écrite et formulée dans les 90 jours suivant celle-ci n'ont aucun délai de carence à accomplir à la condition que les parents aient satisfait eux-mêmes aux délais de carence. Sont considérés comme "enfants", les enfants pris en charge par la Caisse d'Assurance Maladie sous le numéro d'immatriculation des parents. Dès lors qu'ils sont effectivement remboursés par la Caisse d'Assurance Maladie sous leur propre numéro d'immatriculation, ils adhèrent et cotisent en qualité d'adulte et peuvent bénéficier du système Général sous réserve des conditions prévues à l'article 16 du présent règlement. Toutefois, les enfants jusqu'à l'âge de 25 ans pouvant justifier d'une inscription scolaire ou universitaire, bénéficient de la tarification "enfants". De même, les apprentis bénéficient de cette disposition jusqu'à 21 ans. Il convient d'en informer nos services.

Pour bénéficier de ses prestations, le nouveau membre doit remettre à la Mutuelle, au moment de son adhésion, un relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne.

### **Les souscripteurs des garanties FC Santé :**

Les membres d'un même foyer bénéficiant de la garantie FC Santé sont enregistrés sur le même dossier.

Tout nouveau membre participant à une garantie FC Santé doit attester qu'aucun membre de son foyer, couvert par le même Régime d'Assurance Maladie, n'est déjà inscrit à Groupe France Mutuelle.

Tout membre participant à une garantie FC Santé peut demander, mais uniquement à l'effet de l'expiration d'une période d'adhésion, c'est-à-dire au 31 décembre, sa prise en charge dans une autre garantie de la catégorie statutaire FC Santé. Un tel changement de garantie ne fait pas obstacle au remboursement du solde positif du compte caution, mais ne pourra toutefois pas être accepté si le membre participant n'est pas à jour du paiement du montant de sa cotisation. Une

telle demande de changement de garantie doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre de chaque année.

Tout membre participant à une garantie FC Santé peut demander, une seule fois uniquement, et seulement pour la fin d'une période d'adhésion, soit au 31 décembre, sa prise en charge dans une autre catégorie statutaire de Groupe France Mutuelle. Un tel changement de catégorie statutaire ne fait pas obstacle au remboursement du solde positif du compte caution mais ne pourra toutefois pas être accepté si le membre participant n'est pas à jour du paiement du montant de sa cotisation. Une telle demande de changement devra être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre de l'année concernée.

Après sa mutation dans une autre catégorie statutaire de Groupe France Mutuelle, le membre participant conserve la faculté de réintégrer la garantie FC Santé. En un tel cas, toutefois, il ne lui sera plus possible ultérieurement de changer de catégorie statutaire.

### **Dispositions relatives aux travailleurs non salariés :**

L'Association pour la Prévoyance, l'Épargne et la Retraite des Indépendants (APERI) est souscriptrice auprès de Groupe France Mutuelle d'un contrat permettant aux membres participants de la Mutuelle concernés par ces dispositions de bénéficier de leurs garanties dans le cadre de la loi n°94-126 du 11 février 1994 dite loi MADELIN.

### **Article 8 : Changement de garantie**

Les membres participants peuvent à la fin d'un trimestre civil demander leur mutation dans une autre garantie pour le trimestre suivant. Cependant, lorsqu'ils demandent une mutation vers une garantie à prestations supérieures, ils doivent accomplir les éventuels délais de carence au cours desquels ils bénéficient des prestations de la garantie antérieure. En outre, dans ce cas, ils ne pourront demander leur mutation vers une garantie à prestations inférieures qu'à l'expiration d'un délai de 12 mois.

### **Les souscripteurs des garanties FC Santé :**

Les souscripteurs des garanties FC Santé peuvent demander au 31 décembre de chaque année leur mutation dans une autre garantie de la catégorie statutaire FC Santé. Celle-ci ne fait pas obstacle au remboursement du solde positif du compte caution. Cette demande de changement de garantie est formulée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre de chaque année.

Ils peuvent également demander au 31 décembre de chaque année leur mutation dans une autre catégorie statutaire. Ce changement de catégorie statutaire ne fait pas obstacle au remboursement du solde positif du compte caution. Cette demande de changement est formulée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

Toutefois, s'ils conservent la faculté de réintégrer la garantie FC Santé, il ne leur sera plus possible ultérieurement de changer de catégorie statutaire.

### **Article 9: Contrats bénéficiant d'une aide**

#### **Dispositions communes**

Les garanties proposées par Groupe France Mutuelle respectent les conditions des contrats bénéficiant d'une aide issues de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale ainsi que toutes les règles relatives à ces contrats dits « responsables » résultant de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie, ainsi que de ses décrets d'application et de ses textes modificatifs.

Dans ce cadre, une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé a été créée par le Législateur pour les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la couverture maladie universelle (CMU) et ce plafond majoré d'un taux fixé par la réglementation. Cette aide vient en déduction du montant de la cotisation versée à la Mutuelle.

Pour bénéficier de l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) et éventuellement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, les contrats des mutuelles doivent notamment satisfaire aux obligations suivantes :

- la non prise en charge de la participation forfaitaire obligatoire (1 euro),
- la non prise en charge par les garanties de la majoration du Ticket Modérateur en cas de non respect du parcours de soins,
- la non prise en charge d'une franchise fixée par la Caisse d'Assurance Maladie sur les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques des spécialistes à hauteur au moins du dépassement autorisé en cas de non respect du parcours de soins,
- la prise en charge d'au moins 30% du tarif opposable des consultations du médecin traitant,
- la prise en charge d'au moins 30% du tarif opposable des médicaments à vignette blanche prescrits par le médecin traitant,
- la prise en charge d'au moins 35% du tarif opposable des frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant,

- la prise en charge totale de la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et choisies parmi la liste établie après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Unocam.

- la non prise en charge des franchises médicales instituées en application du III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Cependant, lorsque certaines de nos garanties prévoient la prise en compte ou en charge ou excluent certaines des prestations et actes susvisés, la précision en est apportée par la documentation spécifique attachée à ces garanties qui subissent la taxe.

C'est ainsi que le décret du 29 septembre 2005 prévoit notamment la couverture obligatoire des consultations et visites et de la pharmacie. Il s'ensuit que les options souscrites auprès de Groupe France Mutuelle ne comprenant pas l'un des modules de prestations médicales subissent la taxe sur les conventions d'assurance et ne donnent pas droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

### **Dispositions propres à la garantie FC Santé**

Bien que le membre participant et ses ayants droit puissent voir prendre en compte leurs dépenses de santé même en dehors du cadre du contrat aidé dit « responsable », la garantie FC Santé est exonérée de la taxe sur les conventions d'assurance.

En effet, le membre participant finançant lui-même ses premières dépenses de santé et celles de ses ayants droit bénéficiaires du contrat, à hauteur du montant de la caution familiale, ils peuvent décider au coup par coup de suivre ou non le parcours de soins coordonnés dans cette limite sans aucune conséquence fiscale.

Cependant, dès que les dépenses de santé du membre participant et de ses ayants droit bénéficiaires du contrat sont supérieures au montant de la franchise, la Mutuelle rembourse les prestations du membre participant et de ses ayants droit dans le cadre des dispositions communes. Ainsi, les restrictions susvisées s'appliqueront de plein droit une fois la caution épuisée. C'est à cette condition que ce type de contrat est exonéré de taxe et donne droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Il est précisé que les versements, successivement opérés à présentation des justificatifs des dépenses de santé, s'imputent chronologiquement, dans cet ordre sur la caution, qu'ils soient afférents ou non à un acte pratiqué en ou hors parcours de soins et dans le respect ou non du dispositif du contrat aidé, dit « responsable ».

### **Article 10 : Garanties souscrites par la Mutuelle pour tous ses membres**

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

### **Article 11 : Numéro de membre participant**

Chaque nouveau membre se voit attribuer, dès la confirmation de son adhésion, un numéro de membre participant, référence unique et spécifique à Groupe France Mutuelle. Ce numéro est à rappeler obligatoirement dans toutes relations ou correspondances avec la Mutuelle.

### **Article 12 : Carte de membre participant**

La carte d'adhérent remise à tout membre bénéficiaire est une carte personnelle délivrée par Groupe France Mutuelle lors de l'adhésion. Elle comporte le numéro d'identifiant du bénéficiaire.

La carte d'adhérent à microprocesseur sécurisée contient les informations nécessaires à la mise en œuvre des services proposés avec les garanties de l'adhérent.

La carte d'adhérent permet la connexion sécurisée au système de Remboursement Mutuelle Simultané (RMS) et permet de recueillir en direct auprès des professionnels de santé les informations utiles au versement des prestations de la Mutuelle.

La capacité technique du professionnel de santé ou assimilé à accepter la carte d'adhérent n'emporte aucun jugement de valeur sur les compétences professionnelles du praticien et n'engage pas la responsabilité de Groupe France Mutuelle.

La carte d'adhérent permet l'accès au service de prévention santé (carnet de vaccination électronique) fourni par un prestataire extérieur.

Il appartient à l'adhérent, si tel est son désir, de créer son carnet de vaccination électronique personnel. Cependant, il doit pour ce faire disposer d'un ordinateur personnel indispensable à sa connexion et à son utilisation.

Une fiche d'information spécifique indique comment utiliser la carte d'adhérent et ses services.

### **Article 13 : Informatique et Libertés**

La sécurité concernant la circulation d'informations nominatives très réglementée est surveillée par la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés). Les systèmes d'échange de données informatisées touchant à la santé des Français sont tout particulièrement visés. Le système RMS (Remboursement Mutuelle Simultané) d'échange de données entre les professionnels de santé et les mutuelles, que le membre participant utilise librement avec sa carte mutuelle à microprocesseur, ne permet pas l'identification du porteur des données échangées (pas d'utilisation du numéro d'identification national-numéro de Sécurité Sociale).

L'usage de la carte de membre participant et du système RMS emporte de facto l'autorisation expresse de transfert informatisé vers la Mutuelle des données de l'acte concerné.

Les informations collectées sont nécessaires au traitement de votre demande et à l'envoi de documents commerciaux. Elles nous sont destinées ainsi qu'à nos partenaires contractuels. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations contenues dans son dossier. Il peut faire usage de ce droit en s'adressant à son agence de rattachement indiquée sur sa carte d'adhérent.

## **CHAPITRE II - COTISATIONS**

### **Article 14 : Droit d'adhésion**

Le droit d'adhésion est payé avec la première cotisation ou fraction de cotisation. Son montant est de 8 euros par membre participant, quel que soit le nombre d'ayants droit. Ce droit d'adhésion versé lors de la constitution du dossier reste acquis à la Mutuelle.

### **Article 15 : Cotisations**

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle exigible d'avance.

Son règlement peut être fractionné.

La cotisation est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle.

A cette cotisation peuvent s'ajouter les cotisations spéciales destinées soit à un organisme fédéral, soit à des organismes techniques publics ou privés, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les Statuts ou Règlements de ces organismes.

Les membres participants à la garantie "FC Santé" s'engagent en outre au versement d'une caution remboursable, destinée à la couverture de la franchise instituée lors du versement des prestations.

Les contrats collectifs peuvent prévoir des modalités particulières pour le paiement des cotisations (appel et règlement collectif par exemple).

Les membres participants relevant d'une collectivité qui s'acquitte de ses cotisations à terme échu peuvent bénéficier du versement des prestations auxquelles ils peuvent prétendre pour la période contractuelle à échoir (mois ou trimestre).

Tous les membres participants reçoivent un appel de cotisation par foyer. La cotisation appelée est fixée par l'Assemblée Générale.

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

### **Article 16 : Modulations des cotisations**

La Mutuelle ne peut moduler le montant des cotisations qu'en fonction du revenu, de la durée d'appartenance à la Mutuelle, du régime de Sécurité Sociale d'affiliation, du lieu de résidence, du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants.

Dans le cadre des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, la Mutuelle ne peut en aucun cas fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

### **Article 17 : Système Généfifl**

Les membres participants peuvent bénéficier, dans les conditions fixées au présent titre et pour les garanties qui le prévoient dans leur fiche d'information, du barème Généfifl qui prend en considération le nombre de générations d'une même famille en filiation directe ou indirecte et le rang de chacune de celles-ci par tranches d'âges. On entend par filiation indirecte l'adhésion des beaux-parents du membre participant.

Généfifl est un système de modulation tarifaire qui repose sur la prise en compte du nombre de générations en filiation directe ou indirecte et souscriptrices de

garanties qui le prévoient dans leur fiche d'information, regroupées sous le nom de famille Généfil. La création de cette famille conditionne l'application, pour chacun de ses membres participants adultes, d'un tarif modulé spécifique pour chaque génération selon l'année de naissance du titulaire du dossier.

Les coefficients Généfil sont liés au nombre de générations constaté dans la famille, puis au rang Généfil du titulaire du dossier.

La nouvelle cotisation payée par le membre participant est obtenue en multipliant la tarification de sa garantie par le coefficient Généfil correspondant à sa situation et à celle de sa famille.

Lorsque le membre participant demande la création d'une famille Généfil, soit au moment de son adhésion, soit en cours de contrat, l'application du barème Généfil sur les cotisations s'effectue au premier jour du mois suivant la réception de la demande du membre participant.

En cas de changement dans la composition de la famille Généfil, changement de rang de tranche d'âge, modification du nombre de génération par départ de certains des membres, la nouvelle situation donne lieu à la révision des modulations tarifaires appliquées à chacun des membres.

### **Article 18 : Tableau des montants ou taux des cotisations**

Les barèmes détaillés des cotisations concernant les différentes garanties de Groupe France Mutuelle sont présentés dans les fiches d'informations détaillées.

Les bases et les taux de modulation tarifaires Généfil sont présentés dans le document d'information "Livret d'Accueil".

### **Article 19 : Impôts - Taxes - Frais**

En plus de sa cotisation, le membre participant s'acquitte des impôts, taxes, prélèvement divers dans les conditions prévues par les textes législatifs et réglementaires et dont la Mutuelle est chargée du recouvrement.

Le cas échéant, certaines opérations de gestion peuvent faire l'objet de frais dus par les membres participants selon les conditions prévues dans le contrat, notamment le recouvrement des cotisations non payées et/ou des prestations indues. Ainsi dans le cas où le débiteur fait l'objet d'un recouvrement par voie de contentieux, la somme due se verra alors majorée de 10% (hors taxe) pour les créances de moins d'un an ou de 22% (hors taxe) pour les créances de plus d'un an, au titre de la participation forfaitaire aux frais de recouvrement.

Le relevé des décomptes des prestations versées est envoyé au membre participant une fois par mois. Si le membre participant souhaite recevoir ses décomptes selon une périodicité plus courte, il devra s'acquitter du paiement des frais de gestion occasionnés par cette demande.

### **Article 20 : Prescription**

Toutes les actions dérivant des opérations régies par le titre II du Livre II du Code de la Mutualité sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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 du risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation à caractère indemnitaire.

### **Article 21 : Principe de la garantie FC Santé**

Les remboursements de prestations prévues au contrat sont assortis d'une franchise annuelle globale.

Les membres participants de la garantie FC Santé s'acquittent, pour souscrire à l'une des garanties proposées, d'une cotisation restant définitivement acquise à la Mutuelle à laquelle s'ajoute un versement porté sur le compte « caution » du membre participant.

Ce versement est égal au montant de la franchise exprimée annuellement.

Le versement au compte caution est intégralement reversé au membre participant soit au fur et à mesure du financement de ses premières dépenses de santé, soit en fin d'exercice pour son solde créditeur.

Le paiement de la somme versée au compte « caution » bénéficie du même fractionnement (mensuel, trimestriel) que le paiement de la cotisation.

Pour les membres d'un même foyer, enregistrés sur le même dossier, la cotisation et la caution sont calculées en fonction du nombre de bénéficiaires cotisants inscrits sur le dossier.

## **CHAPITRE III - PRESTATIONS**

### **Article 22 : Produits ou services**

L'adhésion à Groupe France Mutuelle ouvre droit à :

- l'Assistance Santé au Quotidien,
- les renseignements par téléphone,
- l'abonnement à Groupe France Mutuelle Le Magazine,
- l'Action Sociale,
- l'indemnisation en cas d'invalidité grave.

Les modalités de fonctionnement de ces produits ou services sont décrites dans les différents supports d'information.

L'adhésion permet également de demander la souscription aux différents produits ou services proposés à des conditions préférentielles négociées par Groupe France Mutuelle pour ses membres participants auprès de ses partenaires :

- locations dans les studios et appartements de la Résidence Châteauneuf à Menton,
- téléassistance à domicile,
- prévoyance et retraite,
- garantie rente dépendance,
- organisation Funéraire de la Mutualité,
- assurance habitation,
- assurance automobile,
- télésecurité du domicile,
- spectacles,
- ainsi que les autres produits ou services auxquels Groupe France Mutuelle pourrait donner accès, en cours d'année, à ses membres participants.

Ces produits ou services, qui peuvent être souscrits auprès de Groupe France Mutuelle en dehors de toute adhésion aux garanties santé, moyennant le versement d'une cotisation forfaitaire annuelle, sont régis par les règles et dispositions établies par chacun des partenaires qui en assurent la gestion ou la commercialisation. Le membre participant souscripteur d'un ou plusieurs de ces produits ou services doit se soumettre à ces règles de fonctionnement, sans que la responsabilité de Groupe France Mutuelle ne puisse être mise en cause.

### **Article 23 : Prestations accordées par la Mutuelle**

Les prestations accordées par la Mutuelle peuvent être notamment les suivantes :

- Prestations médicales : consultations, visites, pharmacie, analyses, soins infirmiers, massages, forfait, actes médicaux non remboursables par les Régimes Obligatoires,
- Prestations médico-chirurgicales : dentaire, optique, hospitalisation médicale ou chirurgicale, radios, frais de transport, dépassements d'honoraires et tous autres forfaits,
- Primes et participations : cure thermale, cure de thalassothérapie, mariage, maternité, départ en retraite, aide familiale, aide ménagère, participation aux frais d'obsèques et tous autres forfaits.

Conformément à l'article L.224-8 du Code de la Mutualité, les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire. L'indemnité due par la Mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à charge du membre participant au moment de la survenance du risque.

L'ensemble des prestations accordées par la Mutuelle (dont notamment les participations aux frais funéraires, allocations décès, prime maternité, prime de mariage...) est versé exclusivement pour les événements survenus dans la période comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée. Les engagements de la Mutuelle sur ces risques s'achèvent donc de fait chaque année au 31 décembre. Les garanties souscrites peuvent être modifiées ou supprimées par décision de l'Assemblée Générale. L'adhérent est informé chaque année des nouvelles conditions de prestations préalablement au renouvellement de sa souscription à la garantie, lors de l'envoi de l'appel de cotisations.

L'aide ménagère et l'aide familiale sont prises en charge par le Fonds Social.

Dans le cadre des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, la Mutuelle ne peut instaurer de différence dans les niveaux de prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

La prise en charge ou la non prise en charge financière, ainsi que le montant du remboursement des actes médicaux ou assimilés prévus dans le présent contrat et dans les fiches techniques qui le complètent, n'emportent aucun jugement de valeur de la part de Groupe France Mutuelle sur l'efficacité de ces actes.

## **Article 24 : Effet et modalités de fonctionnement des garanties**

### **Règles communes à toutes les garanties**

Le droit aux prestations, selon la garantie souscrite, prend effet après application d'un éventuel délai de carence fixé dans la fiche d'information.

Il peut être pratiqué une remise des délais de carence totale ou partielle, notamment dans le cadre des garanties collectives ou sur présentation par le nouveau membre participant d'un certificat de radiation d'un précédent organisme, ou encore pour les nouveaux-nés inscrits dès leur naissance ou les nouveaux mariés dans les trois mois de leur mariage.

Le droit aux prestations est prescrit dans un délai de présentation de 24 mois de date à date de la délivrance par le Régime Obligatoire du justificatif de paiement ou de l'acquiescement de la facture.

Le droit aux prestations est acquis pour toute maladie dont le point de départ (date du 1<sup>er</sup> jour fixé par le Régime Obligatoire) se situe, soit après la date d'effet de l'adhésion, soit après les délais de stage indiqués qui sont appliqués aux conjoints et aux enfants inscrits, cotisants ou non.

Les prestations sont toujours décomptées sur la base de remboursement de la Caisse d'Assurance Maladie.

Pour les garanties qui le prévoient, les garanties supplémentaires sont allouées dans la limite de la dépense engagée sur production, selon le cas, de la photocopie ou des originaux des factures, des feuilles de soins ou des prescriptions médicales qui doivent éventuellement accompagner le décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie correspondant.

Pour les opérations n'ayant pas fait l'objet d'une transaction RMS ou d'un autre type d'échange de données informatisées, le membre participant doit remettre ou faire parvenir à Groupe France Mutuelle, toutes les feuilles de décompte de prestations payées par la Caisse d'Assurance Maladie ou les reçus des tickets modérateurs délivrés par les centres de soins, dispensaires... sur lesquels il lui appartient de faire figurer son numéro de membre participant.

Tout membre participant bénéficiant de garanties souscrites en surcomplémentaire doit présenter à la Mutuelle les feuilles de décompte de prestations payées par la Caisse d'Assurance Maladie ainsi que les décomptes de l'assureur santé facultatif de premier niveau pour obtenir le remboursement de ses prestations. Celles-ci sont versées compte tenu du paiement effectué par la Sécurité Sociale et par l'assureur santé facultatif de premier niveau.

Les diverses primes ou participations sont allouées sur présentation des photocopies des pièces officielles justificatives.

Les prestations sont versées dans les limites des garanties souscrites.

### **Règles applicables aux souscripteurs des garanties Franchise Cautionnée**

Les prestations dont bénéficient les membres participants et leurs ayants droit à la garantie FC Santé sont assorties d'une franchise familiale annuelle globale.

Cette franchise est cependant couverte au moyen d'une somme remboursable fixée à la même hauteur, exprimée annuellement et versée par le membre participant pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat sur un compte « caution » familial. Toutes les dépenses de santé exposées par les bénéficiaires du contrat sont déduites du compte « caution » familial, sauf exceptions éventuellement prévues dans les garanties.

Au-delà du montant de la caution, la Mutuelle prend en charge dans les limites des garanties souscrites, les dépenses de santé du membre participant et de ses ayants droit au titre de la mutualisation.

Au cas où le montant des remboursements intervenus sur l'année civile se trouverait être inférieur au montant de la caution mutualiste versée par le membre participant, le solde de son compte caution lui est restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante, sous réserve que ses prises en charge hospitalières soient soldées.

Si aucun remboursement n'est intervenu dans l'année civile, l'intégralité de la caution mutualiste versée par le membre participant lui est restituée dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante, sous réserve que ses prises en charge hospitalières soient soldées.

Dans le cas où le versement d'un remboursement devrait intervenir au titre d'un exercice après restitution du solde du compte caution afférent audit exercice, la franchise trouve pleinement à s'appliquer, le remboursement étant en conséquence diminué du montant de la caution déjà restituée.

Le membre participant est tenu informé périodiquement du montant du solde de son compte caution familial au moyen de ses décomptes ou relevés de prestations.

La cotisation de même que la caution ne peuvent être individualisées dans un contrat.

## **Article 25 : Modalités de remboursement des prestations et limites**

### **Remboursements des prestations**

Pour les garanties qui le prévoient et sur présentation des justificatifs :

- Les prestations non prises en charge par la Caisse d'Assurance Maladie telles que l'ostéodensitométrie, les actes de psychomotricité (pour les assurés de moins de 60 ans à l'adhésion), le bilan diététique réalisé par un Diététicien DE, l'ostéopathie, la chiropraxie, l'étiopathie, certaines analyses, les implants dentaires et le supplément lit accompagnant du membre participant, font l'objet d'une participation versée sur présentation d'une facture acquittée avec la désignation de l'acte, pour les lentilles de contact refusées et les vaccins faire parvenir également à la Mutuelle la prescription.
- La prise en charge par la Mutuelle de la participation forfaitaire sur les actes médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à un montant ou à un coefficient fixé par la réglementation est effectuée sur présentation de la facture acquittée.
- Soins à l'étranger :
  - En cas de soins médicaux dans les pays de l'Espace Economique Européen, si le membre participant a payé un supplément non pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale des deux pays, celui-ci doit nous transmettre pour recevoir notre participation, les factures acquittées mentionnant les sommes restant à charge et les soins prodigués.
  - En cas de soins médicaux dans les autres pays, l'adhérent transmet le décompte de la Sécurité Sociale française sur lequel la Mutuelle effectuera le paiement des prestations.
- Prothèses dentaires nomenclaturées et implants :
  - L'assuré doit transmettre, sous pli cacheté adressé au dentiste consultant de la mutuelle, avant la réalisation des travaux et en vue de l'accord préalable sur la participation de la mutuelle, le devis que lui délivre son dentiste. Il contient notamment sa date d'établissement, la durée de validité du devis, la description du traitement proposé et des actes, le montant des honoraires, la cotation des actes selon la nomenclature en vigueur ainsi que toute mention légale obligatoire.
  - N'est pas pris en charge :
    - tout travail effectué sans accord préalable de la mutuelle,
    - tout devis dont la date est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré.
- Orthodontie dento-faciale : les traitements doivent faire l'objet d'une demande d'entente préalable formulée à la Caisse d'Assurance Maladie avant le 16e anniversaire de l'enfant. Ces traitements dispensés aux adultes et refusés par la Caisse d'Assurance Maladie ne sont pas pris en charge par notre Organisme.
- Optique : une participation annuelle est versée pour les verres, monture, lentilles de contact acceptées par la Caisse d'Assurance Maladie ou pour la Chirurgie Réfractive (opération de la myopie).
- Appareillage et fauteuil roulant : les participations sont attribuées sur présentation du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie et de la facture, dûment acquittée justifiant l'achat.
- Acoustique : la participation est attribuée sur présentation du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie et de la facture, dûment acquittée justifiant l'achat, celle-ci est doublée en cas d'appareil stéréophonique.
- Prise en charge hospitalière : en cas d'hospitalisation en établissement conventionné, médical, chirurgical, maison de repos ou de rééducation, le membre participant doit se mettre en rapport avec notre Mutuelle qui délivrera une prise en charge lui évitant l'avance des frais : ticket modérateur pour le séjour, éventuellement chambre particulière, forfait journalier dans la limite prévue dans sa garantie. S'il s'agit d'un établissement agréé par la Caisse d'Assurance Maladie, mais non conventionné, aucune prise en charge ne peut être établie. Le membre participant devra acquitter l'intégralité des frais et nous faire parvenir les pièces justificatives habituelles (décomptes de la Caisse d'Assurance Maladie et factures dûment acquittées).
- Chirurgie : en cas d'intervention chirurgicale uniquement, les frais de chambre particulière font l'objet d'une participation, quelle que soit la durée du séjour. De même, un dépassement d'honoraires est accordé sur les actes du chirurgien, et éventuellement de l'anesthésiste, avec ou sans hospitalisation.
- Médecine, Maison de repos, de convalescence ou de réadaptation : quel que soit le type d'établissement, les frais de chambre particulière font l'objet d'une participation pour la durée maximum prévue par la garantie, et par année civile.

- Autres frais non pris en charge par la Caisse d' Assurance Maladie :
  - un forfait annuel est accordé notamment sur les frais pharmaceutiques et de transport prescrits médicalement, sur présentation de la facture acquittée.
  - la participation attribuée pour l'acquisition du Scooter électrique, du Télé-agrandisseur ou Loupe électronique et de l'Orthèse d'avancée mandibulaire est versée sur présentation de la facture acquittée.
- Cure thermale : pour les cures sans hospitalisation, les soins thermaux ainsi que le forfait de surveillance pris en charge par la Caisse d' Assurance Maladie sont remboursés pour la part mutuelle sur présentation du décompte de la Caisse d' Assurance Maladie ou de la facture de l'établissement. Ce remboursement est complété par le versement d'une prime.
- Cure de thalassothérapie : la prime est versée par la Mutuelle pour les cures d'une durée de 6 jours minimum et sur présentation de la facture de l'établissement (séjours en métropole).
- Les frais funéraires : la participation aux frais d'obsèques du membre décédé est versée à la personne ayant effectivement engagé la dépense, sur présentation du bulletin de décès et de la photocopie de la facture des frais funéraires (valable en cas d'incinération du corps) établie et acquittée au nom du demandeur qui doit y joindre un RIB. Si les frais d'obsèques sont réglés par avance par le membre participant, celui-ci doit en informer la Mutuelle. Dans ce cas, la participation aux frais funéraires est versée au notaire chargé de la liquidation successorale du défunt.

### Limites

Pour les garanties qui le prévoient et sur présentation des justificatifs :

- Consultation en neuropsychiatrie : la prise en charge de Groupe France Mutuelle est limitée à un maximum de 40 consultations par année civile.
- Traitement pédiculaire : la prise en charge de Groupe France Mutuelle est constituée d'un forfait annuel par année civile et s'effectue sur présentation du décompte de la Caisse d' Assurance Maladie.
- En implantologie, en optique, pour les lentilles de contact acceptées et refusées, le forfait journalier, le lit accompagnant et la chambre particulière en médecine : la prise en charge de Groupe France Mutuelle est limitée dans le temps et/ou dans son montant (forfait annuel).
- Les primes de mariage, naissance, noces d'or, noces de diamant, les participations à l'aide ménagère, à l'aide familiale sont versées par foyer.
- L'aide ménagère est accordée pour 30 heures maximum par mois, aux seules personnes qui bénéficient d'une participation financière du Service Social de leur localité ou de leur Caisse de Retraite, sur présentation d'une notification précisant la participation horaire à charge inférieure à 6,40 euros (classement en GIR 5 ou 6). Sont exclus les bénéficiaires de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (A.P.A.).
- L'aide familiale est accordée pour 30 heures maximum par mois, aux seules personnes qui bénéficient d'une attribution de la Caisse d'Allocations Familiales, sur présentation des justificatifs de paiement accompagnés de la notification précisant la durée et le taux horaire à charge inférieure à 6,40 euros.

### Prestations de Prévention

Conformément à l'article 8 du Règlement Mutualiste sur les contrats aidés, les prestations de prévention fixées après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Union Nationale des Organismes d' Assurance Maladie Complémentaire sont contenues dans les garanties de la Mutuelle, notamment :

- le bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans
- le dépistage de l'hépatite B
- un détartrage annuel
- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures réalisé avant les 14 ans de l'enfant
- le dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les plus de 50 ans
- l'ostéodensitométrie, limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans
- certains vaccins

Le remboursement de ces prestations de prévention se fait sur présentation du décompte de la Caisse d' Assurance Maladie.

### Article 26 : Accidents

Groupe France Mutuelle ne prend pas en charge les risques « accidents » pour lesquels le membre participant ou ses ayants droit seraient par ailleurs garantis par des organismes spécialisés d' Assurance ou de Mutualité. Dans l'hypothèse où la Mutuelle serait amenée à liquider des prestations afférentes à des soins consécutifs à un accident avec tiers responsable couvert par un organisme d'assurance, la Mutuelle est subrogée à due concurrence des prestations versées, dans les droits et actions de son membre participant, victime d'un accident, contre

le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

### Article 27 : Télétransmission

Le système d'échanges dit NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) est une transmission automatique, par liaison informatique, des décomptes de Sécurité Sociale du membre participant et de ses éventuels ayants droit, entre la Caisse d' Assurance Maladie et la Mutuelle.

Le bénéficiaire du système NOEMIE n'a pas de justificatifs à fournir pour les actes courants. En revanche, certains types de soins nécessitent l'envoi de pièces justificatives afin que la Mutuelle puisse compléter les informations communiquées par la Caisse d' Assurance Maladie et calculer au mieux son remboursement. Il s'agit principalement des frais d'optique, de prothèses auditives et appareillages, de prothèse dentaire, d'hospitalisation et de cure thermale.

### Article 28 : Contrôles

Le membre participant s'engage, sur simple demande de la Mutuelle, à lui présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations perçues au cours des 12 derniers mois. En outre, en cas de régularisation ultérieure de la Caisse d' Assurance Maladie, le membre participant s'engage à transmettre à la Mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la Mutuelle.

- Le membre participant s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit. Le cas échéant, avec son autorisation, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la Mutuelle. Ces dispositions s'appliquent également à toute personne bénéficiant de garanties souscrites en surcomplémentaire dès lors que la Mutuelle constate que l'assureur santé facultatif de premier niveau aurait dû intervenir dans le versement des prestations.
- En matière de soins et prothèses dentaires, la Mutuelle se réserve le droit de demander au membre participant de se soumettre à l'expertise d'un Dentiste consultant agréé par elle.

### Article 29 : Tableau des montants ou taux des prestations

Les barèmes des prestations concernant les différentes garanties de Groupe France Mutuelle sont présentés dans les fiches d'informations détaillées.

## CHAPITRE IV - FIN DE L'ADHÉSION

### Article 30 : Résiliation

Le membre participant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier son contrat collectif tous les ans, sous réserve d'adresser à la Mutuelle une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat fixée au 31 décembre de l'année civile en cours.

Pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée dans les conditions visées ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à son adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de La Poste.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résilia-

tion, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

Pour les opérations collectives facultatives, tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la fiche d'information, dénoncer son affiliation en raison des modifications intervenues dans ses droits et obligations (à l'exclusion des opérations menées en application des dispositions de l'article 9 du chapitre I du présent Règlement) sur les contrats complémentaires souscrits.

Il est dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle lorsqu'un membre participant présente tout justificatif de l'obligation d'adhésion à un régime d'assurance santé d'entreprise à adhésion collective et obligatoire. Dans ce cas, et sous réserve que le membre participant en fasse la demande par LRAR dans les trois mois précédant son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire, la résiliation sera effective à la date d'effet de la nouvelle garantie collective. Cette résiliation entraînera la radiation du contrat du membre participant et l'éventuel trop perçu des cotisations lui sera remboursé par la Mutuelle.

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, la perte de la qualité de membre participant.

Pour les souscripteurs des garanties FC Santé, une telle résiliation ne fait pas obstacle à la restitution de tout ou partie de la caution, conformément aux dispositions du présent Règlement.

### **Article 31 : Modification ou cessation du risque**

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- Changement de domicile,
- Changement de situation matrimoniale,
- Changement de régime matrimonial,
- Changement de profession,
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle...

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle, selon les modalités prévues à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité et des décrets correspondants.

### **Article 32 : Non-paiement des cotisations**

Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la Mutuelle adresse au membre participant une mise en demeure de payer et l'informe que la garantie peut être suspendue 30 jours après la date d'envoi de celle-ci. Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration de ce délai de quarante jours. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payés à la Mutuelle la cotisation ou la fraction de cotisation arriérée et les fractions de cotisation venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

Dans le cadre des opérations collectives, lorsque l'employeur ou la personne morale assure le précompte des cotisations : à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation par l'employeur ou par la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation de l'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale pour le paiement des cotisations. La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif 10 jours après la suspension des garanties. Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations ou fractions de cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Dans le cadre des opérations collectives facultatives :

- Lorsque l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations : le membre participant qui ne paie pas sa cotisation ou fraction

de cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre de mise en demeure est envoyée 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur.

- Lorsque l'employeur ou la personne morale participe au paiement d'une part de la cotisation, la procédure prévue dans le cas où celui-ci assurerait le précompte des cotisations s'applique intégralement. Chaque membre participant est informé de la mise en œuvre de la procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la mise en demeure à l'employeur ou à la personne morale. La Mutuelle rembourse, le cas échéant, au membre participant, la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque.

Ces dispositions ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à la Mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel régi par l'article L.912-1 du Code de la Sécurité Sociale. Dans ce cas, les Statuts de la Mutuelle peuvent prévoir les conditions dans lesquelles sont appliquées, à défaut du paiement de la cotisation dans les vingt jours de son échéance, les majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur ou poursuit en justice l'exécution du contrat.

### **Article 33 : Radiation – Exclusion**

En cas de non-paiement des cotisations ou de fausse déclaration, la Mutuelle peut, après avoir fait application des dispositions des articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la Mutualité radier un membre participant ou un membre honoraire. La radiation prend effet selon les modalités et délais prévus par ces articles.

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle. Le membre dont l'exclusion est envisagée est convoqué par le Conseil d'Administration dans les conditions fixées au Règlement intérieur pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. La décision du Conseil d'Administration est notifiée selon les modalités stipulées au Règlement intérieur. Elle est d'application immédiate du jour de sa notification. L'exclusion n'emporte pas renonciation par la Mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en vigueur à l'encontre du membre exclu. L'exclusion ne donne pas droit aux remboursements des cotisations versées.

### **Article 34 : Décès du membre participant ou des ayants droit**

En cas de décès du membre participant titulaire ou de ses ayants droit, les cotisations payées d'avance, pour les périodes postérieures au mois au cours duquel est survenu le décès, sont remboursées.

En cas de décès du titulaire du dossier, le conjoint devient titulaire après qu'il a accepté et signé l'avenant correspondant, la date d'effet étant le premier jour du mois suivant le décès du conjoint.

#### **Pour les souscripteurs des garanties FC Santé :**

En cas de décès du titulaire en cours d'année :

- si la cotisation et la caution ont été payées intégralement le mois ou le trimestre au cours duquel est survenu le décès, les ayants droit peuvent prétendre aux remboursements dus. Les cotisations et cautions afférentes au mois ou au trimestre non entamé sont remboursées. Le solde du compte caution, s'il est positif, est lui-même restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante,
- si la cotisation et la caution ont été payées partiellement, les ayants droit doivent payer le montant dû jusqu'à la fin du mois ou du trimestre au cours duquel est survenu le décès pour prétendre aux remboursements prévus au dossier. Le solde du compte caution, s'il est positif, est restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante.

### **Article 35 : Restitution des cartes de membre participant ou ayants droit et de tiers payant**

Le membre participant s'engage à restituer sa carte ou ses cartes de membre participant et ayants droit et le cas échéant, sa ou ses carte(s) de tiers payant à la Mutuelle au plus tard dans les quinze jours suivant la date d'effet de la fin de son adhésion.

Dans le cas de non restitution et d'utilisation frauduleuse de sa ou ses carte(s), le membre participant radié et ses ayants droit s'expose(nt) à des poursuites judiciaires.



## - STATUTS -

### I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

#### 1 - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

##### Article 1 :

Une Mutuelle appelée " MUTUELLE DES SPORTIFS " ( M.D.S. ) est établie à Paris.  
Elle est régie par les dispositions du Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

Son siège établi au 2/4 rue Louis David 75782 PARIS Cedex 16 pourra être déplacé à Paris ou dans un département limitrophe par simple décision du Conseil d'Administration. Cette décision devra être soumise à la ratification de la plus proche Assemblée Générale.

##### Article 2 :

La Mutuelle, personne morale de droit privé à but non lucratif, a pour objet dans l'intérêt de ses membres et de leur famille, de mener une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide lors de la survenance de maladies ou d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, culturelles, touristiques, amicales ou de loisirs et, plus généralement, de la vie courante.

Dans ce cadre, l'assuré est adhérent de la Mutuelle. Il est son propre assureur et assureur des autres adhérents.

A ce titre, elle peut :

- 1°) réaliser des opérations d'assurance en branches 1 et 2 en vue de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie.
- 2°) accepter les engagements visés ci-dessus en réassurance.
- 3°) à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues à l'article L. 211-5 du Code de la Mutualité. De même, elle peut céder en substitution une ou plusieurs branches de son activité.
- 4°) présenter ou souscrire pour le compte de ses membres des garanties d'assurance qu'elle ne couvre pas.
- 5°) avoir recours à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.
- 6°) déléguer partiellement ou totalement la gestion d'un contrat collectif à un intermédiaire désigné par la personne morale souscriptrice.
- 7°) assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées dépendantes ou handicapées et mettre en œuvre une action sociale, dans les conditions de l'article L. 111-1 III du Code de la Mutualité.
- 8°) développer ses activités par toute société commerciale ou non, dont les services seraient utiles à la réalisation de ses buts. Dans cette hypothèse, l'apport fait par la Mutuelle à la société concernée ne peut excéder le montant de son patrimoine libre. De même, les transferts financiers opérés au profit de ladite société ne peuvent pas remettre en cause les exigences de solvabilité définies à l'article L. 212-1 du Code de la Mutualité.
- 9°) adhérer sur décision de son Assemblée Générale à une union de groupe mutualiste, à un groupement paritaire de prévoyance ou s'affilier à une société de groupe d'assurance.

#### 2 - CONDITIONS D'ADMISSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

##### Conditions d'admission

##### Article 3 :

La Mutuelle admet dans les conditions définies à l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité :

- des membres participants,
- des membres honoraires.

Elle admet en outre dans les conditions définies par les présents Statuts des membres d'honneur.

##### Article 4 :

Les membres participants sont les personnes physiques qui adhèrent individuellement et directement aux présents Statuts et qui bénéficient des prestations de la Mutuelle ou les personnes physiques qui bénéficient d'un contrat collectif auprès de la Mutuelle.

Les membres participants adhérant individuellement ont pour seuls ayants droit les bénéficiaires désignés du capital décès lorsque cette garantie a été souscrite.

Les membres participants d'un contrat collectif peuvent avoir des ayants droit, lesquels sont alors définis dans le dit contrat collectif.

Les membres honoraires peuvent être :

- des personnes physiques qui versent des cotisations, des contributions ou font des dons à la Mutuelle sans bénéficier de ses prestations,
- des personnes morales souscrivant des contrats collectifs.

Les membres honoraires doivent être agréés par le Conseil d'Administration et s'engagent à payer la cotisation particulière arrêtée par décision de l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration peut s'opposer à une adhésion, pour juste motif et dans le respect des valeurs mutualistes.

La Commission statutaire de contrôle visée à l'article 50 des présents Statuts est informée de cette décision.

Les membres d'honneur sont des personnes physiques dont le mandat d'Administrateur au sein de la Mutuelle des Sportifs a pris fin ou n'est pas renouvelé et à propos desquelles le Conseil d'Administration, reconnaissant les services rendus par elles à la Mutuelle, souhaite pouvoir continuer à bénéficier de leur expertise. Les membres d'honneur assistent, sur invitation du Président, aux réunions des instances de la Mutuelle avec voix consultative.

##### Article 5 :

Les membres participants personnes physiques qui adhèrent individuellement et directement aux présents Statuts remplissent et signent un bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des présents Statuts et des droits et obligations définis par le ou les Règlements mutualistes.

Les engagements contractuels résultant du ou des Règlements mutualistes peuvent être modifiés par l'Assemblée Générale dans les conditions prévues aux présents Statuts.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des Statuts et des Règlements sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle, lequel constitue le Règlement mutualiste.

Une notice d'information ainsi que les Statuts de la Mutuelle sont remis gratuitement à chaque membre participant par la personne morale souscriptrice.

#### Démission, radiation, exclusion

##### Article 6 :

La démission d'un membre est donnée par écrit. Elle ne dispense pas du paiement de la cotisation pour l'année en cours, sous réserve des dispositions prévues pour les opérations individuelles à l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité.

##### Article 7 :

Sont radiés les membres honoraires ayant cessé de payer leurs cotisations ainsi que les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-17, L. 221-8 et L. 221-10 du Code de la Mutualité.

##### Article 8 :

Peuvent être exclus les membres participants et honoraires dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la Mutuelle ou bien encore ceux qui volontairement auraient causé aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté.



Le membre dont l'exclusion est proposée pour un des motifs ci-dessus visés est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il vient encore à s'abstenir d'y déférer, son exclusion peut être prononcée sans autre formalité.

L'exclusion est prononcée par le Conseil d'Administration. Le membre exclu a le droit, sur sa demande, d'être entendu par la plus prochaine Assemblée Générale et de développer ses moyens de défense.

#### **Article 9 :**

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

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, de la radiation ou bien de l'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit à la prestation étaient antérieurement réunies.

## **II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE**

### **1 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**

#### **Article 10 :**

Les membres de la Mutuelle sont répartis en sections de vote. L'ensemble des membres participants à titre individuel constitue une section de vote.

Chaque souscripteur d'un contrat collectif constitue une section de vote des membres participants au titre du contrat.

Les membres honoraires personnes morales et physiques constituent une section de vote.

#### **Article 11 :**

L'Assemblée est composée par les Délégués des sections de vote.

#### **Article 12 :**

Les membres participants et honoraires de chaque section élisent les Délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Ils élisent de la même façon les Délégués suppléants. Les Délégués et leurs suppléants sont élus pour une durée d'un an.

Chaque Délégué d'une section de vote dispose dans les votes à l'Assemblée Générale d'un nombre de voix égal au nombre des membres de la section.

Les contrats collectifs précisent les modalités d'élection des Délégués titulaires et des Délégués suppléants.

Le vote des membres participants individuels et des membres honoraires s'effectue par correspondance selon les modalités précisées au Règlement électoral établi par le Conseil d'Administration et adressé à chacun de ces membres.

Un formulaire de vote par correspondance est remis ou adressé à tout membre qui en fait la demande reçue au siège, au plus tard six jours avant la date de clôture du scrutin ; il y est joint la liste des candidats avec leur nom, prénom usuel, ainsi que les fonctions qu'ils exercent dans une ou des Mutuelle(s) ou union(s) appartenant au même groupe ou ayant passé une convention avec la Mutuelle et les fonctions qu'ils ont exercées au cours des cinq dernières années dans une mutuelle ou union, une institution de prévoyance ou une entreprise régie par le Code des Assurances.

Le formulaire comporte la possibilité d'exprimer un vote favorable, défavorable ou d'abstention et l'indication que toute abstention exprimée ou résultant d'une absence d'indication de vote sera assimilée à un vote défavorable ; il comporte l'indication de la date statutaire avant laquelle il doit être reçu, pour être pris en compte.

Il ne sera pas tenu compte des votes reçus moins de deux jours avant la date de clôture du scrutin.

#### **Article 13 :**

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause du Délégué de section, celui-ci est remplacé par le Délégué suppléant figurant sur la même liste que le Délégué titulaire. Ce nouveau Délégué achève le mandat de son prédécesseur.

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

#### **Article 14 :**

Le Délégué titulaire empêché d'assister à l'Assemblée Générale est remplacé dans ses fonctions par son Délégué suppléant.

En cas d'empêchement du Délégué suppléant, procuration peut être donnée à un autre Délégué ; le nombre de procurations que peut détenir chaque Délégué ne peut excéder deux.

Il est interdit au Délégué titulaire ou suppléant de voter par correspondance.

### **Réunion de l'Assemblée Générale**

#### **Article 15 :**

Sous réserve des dispositions légales et réglementaires en vigueur, l'Assemblée

Générale se réunit au moins une fois par an, dans les six mois suivant la clôture de l'exercice, sur convocation du Président du Conseil d'Administration.

L'Assemblée Générale peut se réunir en tout lieu du territoire français.

Le Conseil d'Administration détermine le lieu de cette réunion.

#### **Article 16 :**

Les Délégués sont convoqués par lettre simple quinze jours au moins avant la réunion, sur première convocation et six jours au moins sur deuxième convocation, rappelant la date de la première assemblée en ayant pu délibérer faute de quorum.

La convocation, sur papier à en-tête de la Mutuelle, contient l'ordre du jour, fixé par le Conseil d'Administration et les règles de quorum applicables aux décisions correspondantes.

Les demandes d'inscription à l'ordre du jour doivent être adressées par lettre recommandée avec accusé de réception cinq jours au moins avant la réunion, au Président qui en accuse réception, les inscrit à l'ordre du jour et les soumet au vote, sauf lorsqu'elles ne rentrent pas dans l'objet social.

#### **Article 17 :**

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

De façon plus générale, elle est appelée à se prononcer sur toutes questions et à prendre toutes décisions relevant de sa compétence en application de l'article L. 114-9 du Code de la Mutualité et des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

#### **Article 18 :**

I - Lorsque l'Assemblée Générale se prononce sur la modification des Statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations, le montant du fonds d'établissement, la délégation de pouvoirs prévue à l'article 20 des présents Statuts, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle, la création d'une Mutuelle ou d'une union ou de toute filiale, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses Délégués présents ou représentés représente au moins la moitié du total des voix des membres de la Mutuelle.

A défaut, une seconde Assemblée peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de Délégués présents ou représentés représente au moins le quart du total des voix des membres de la Mutuelle.

Les décisions sont adoptées à la majorité des 2/3 des suffrages exprimés ; les abstentions ou refus de vote sont assimilés à des votes défavorables.

II - Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées au I du présent article, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses Délégués présents ou représentés représente au moins le quart du total des voix des membres de la Mutuelle.

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

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés ; les abstentions ou refus de vote sont assimilés à des votes défavorables.

#### **Article 19 :**

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

#### **Article 20 :**

L'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'Administration.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

## **2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION**

### **Composition, élections**

#### **Article 21 :**

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé d'au moins 15 et d'au plus 22 Administrateurs, élus dans le respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

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

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

#### **Article 22 :**

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'Administrateur doivent être adressées au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception. Elles doivent être reçues au siège de la Mutuelle 2 mois au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

### **Article 23 :**

Les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée Générale pour une durée de quatre ans. Les membres du Conseil sont élus par l'ensemble des Délégués au scrutin majoritaire à deux tours (majorité absolue au premier tour – majorité relative au second tour). Si les candidats obtiennent au second tour un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Le Conseil se renouvelle entièrement tous les quatre ans.

Les membres sortants sont rééligibles.

### **Article 24 :**

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un Administrateur, il peut être pourvu provisoirement, sous réserve du respect des dispositions statutaires, légales et réglementaires, par le Conseil d'Administration à la nomination d'un Administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification de cette cooptation par la prochaine Assemblée Générale.

Si la nomination faite par le Conseil d'Administration 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 ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

## **Réunions**

### **Article 25 :**

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins trois fois par an.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart au moins des membres du Conseil.

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

Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration.

Le dirigeant salarié participe de droit aux réunions du Conseil d'Administration.

### **Article 26 :**

Un représentant du personnel de la Mutuelle assiste avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration.

Il est élu pour quatre ans par l'ensemble des salariés.

Les modalités du scrutin sont fixées par le Conseil d'Administration. Il est tenu au même devoir de réserve et de discrétion que tous les Administrateurs.

### **Article 27 :**

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

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président de séance est prépondérante.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante. En cas d'urgence, une consultation par correspondance des membres du Conseil peut être mise en œuvre pour approbation du procès-verbal.

### **Article 28 :**

Les membres du Conseil d'Administration peuvent, par décision de ce Conseil, être valablement démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances sur une période de douze mois. Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale.

En outre et en sus des cas prévus par la réglementation applicable, les membres du Conseil cessent leur fonction lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle.

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

## **Attributions du Conseil d'Administration**

### **Article 29 :**

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.

Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

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

### **Article 30 :**

Le Conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs dans un domaine déterminé soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs Administrateurs, soit à une ou plusieurs Commissions temporaires ou permanentes de gestion dont les membres sont choisis parmi les Administrateurs de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration peut confier au Président ou un Administrateur nommé désigné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou type de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition.

Le Président ou l'Administrateur ainsi désigné agit sous le contrôle et l'autorité du Conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

### **Article 31 :**

Le Conseil d'Administration nomme le dirigeant salarié et détermine ses attributions. Il en fait la déclaration auprès du Registre National des Mutuelles. Il fixe sa rémunération. Le Conseil d'Administration peut le révoquer à tout moment.

Le dirigeant salarié assiste à chaque réunion du Conseil d'Administration et du Bureau.

### **Article 32 :**

En outre, le dirigeant salarié peut se voir déléguer par le Président ou les Administrateurs, dans la limite de leurs attributions respectives, le pouvoir de passer en leur nom certains actes ou prendre certaines décisions. Ces délégations doivent être autorisées par le Conseil d'Administration, par décision expresse, déterminées quant à leur objet et reportées dans un registre coté.

Le Conseil d'Administration peut également consentir en cas d'empêchement du titulaire une délégation au profit d'un autre salarié.

En aucun cas le Président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi.

## **Obligations des Administrateurs**

### **Article 33 :**

Les Administrateurs et le dirigeant salarié veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents Statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

Les Administrateurs sont tenus de faire connaître les mandats d'Administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.

Le dirigeant salarié est tenu de déclarer au Conseil d'Administration, avant sa nomination, l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'il entend conserver, et de faire connaître après sa nomination les autres activités ou fonctions qu'il entend exercer.

Les Administrateurs et le dirigeant salarié sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité.

## **3 - PRÉSIDENT ET BUREAU**

### **Election, composition, réunions**

### **Article 34 :**

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Président qui est élu en qualité de personne physique. Il peut à tout moment être révoqué par celui-ci.

Le Président est élu à bulletins secrets pour une durée de quatre ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'Administrateur. Il est rééligible.

### **Article 35 :**

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de membre de la Mutuelle du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection.

Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par l'un des vice-présidents. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le vice-Président le plus âgé.

### **Article 36 :**

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

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

Il engage les dépenses.

Il représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

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

Il exerce toutes attributions qui relèvent de sa compétence en vertu des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

## **Attributions des membres du Bureau**

### **Article 37 :**

Le Bureau est composé du Président, d'un ou plusieurs vice-Présidents, du Secrétaire Général, du Trésorier, du Secrétaire Général Adjoint et du Trésorier Adjoint.

#### **Article 38 :**

Les membres du Bureau sont élus à bulletins secrets parmi les membres du Conseil d'Administration, au cours du premier Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale électorale. Les membres du Bureau sont élus pour quatre ans.

En cas de vacance en cours de mandat pour décès, démission ou toute autre cause, d'un membre du Bureau, il est pourvu par le Conseil à son remplacement.

Le membre du Bureau ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

#### **Article 39 :**

Les vice-Présidents secondent le Président, qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes les fonctions.

#### **Article 40 :**

Le Secrétaire Général veille au respect des procédures administratives et des dispositions statutaires.

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

#### **Article 41 :**

Le Trésorier contrôle la bonne tenue des opérations financières et comptables de la Mutuelle.

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

#### **Article 42 :**

Le Bureau se réunit sur convocation du Président selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

Le dirigeant salarié assiste aux réunions du Bureau.

Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau.

#### **Article 43 :**

Le Conseil d'Administration doit s'assurer que la réunion d'un ensemble de délégations données à la même personne ne peut avoir pour effet de concentrer entre les mêmes mains des responsabilités normalement en opposition de fonctions, sans que des règles adaptées de procédure de contrôle interne ne soient mises en place.

La Commission statutaire de contrôle visée à l'article 50 des présents Statuts peut procéder à toutes les investigations jugées utiles afin de s'assurer des conditions effectives d'application et d'usage des délégations ainsi données.

Relevant du droit du mandat, les délégations données sont modifiables et révocables à tout moment, sans préavis ou formalisme particulier.

### **4 - ORGANISATION FINANCIÈRE**

#### **Ressources et charges**

#### **Article 44 :**

Les ressources de la Mutuelle comprennent :

- les cotisations de ses membres participants et honoraires,
- les produits résultant de son activité,
- le remboursement des charges de gestion conjointes effectivement exposées pour compte de tiers,
- et plus généralement, toutes autres ressources non interdites par la loi.

#### **Article 45 :**

Les charges de la Mutuelle comprennent :

- les charges des prestations résultant des engagements pris envers les membres participants,
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
- celles prévues par la législation en vigueur,
- et plus généralement, tous autres emplois non interdits par la loi.

#### **Article 46 :**

Les dépenses de la Mutuelle sont ordonnancées et payées par le Président et/ou par le dirigeant salarié. Ils veillent à subdéléguer leurs fonctions de payeurs à un ou plusieurs salariés de la Mutuelle et à mettre en place toute procédure permettant de respecter la séparation des pouvoirs entre l'ordonnateur et le comptable.

Ils rendent compte des sécurités mises en place à la Commission statutaire de contrôle.

Le ou les responsable(s) de la mise en paiement des charges de la Mutuelle s'assure(ent) préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la Mutuelle.

### **Modes de placement et de retrait des fonds**

#### **Règles de sécurité financière**

#### **Article 47 :**

Dans le respect des dispositions réglementaires applicables, le Conseil d'Administration décide du placement et du retrait des fonds de la Mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'Assemblée Générale.

#### **Article 48 :**

La Mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, dont elle est membre en qualité de mutuelle nationale.

#### **Article 49 :**

La Mutuelle peut se réassurer auprès d'entreprises non régies par le Code de la Mutualité, sur décision du Conseil d'Administration adoptée à la majorité des deux tiers des membres présents. Le Président rend compte des traités de réassurance passés à l'Assemblée Générale.

#### **Commission statutaire de contrôle et Commissaires aux comptes**

#### **Article 50 :**

Une Commission statutaire de contrôle est élue à bulletins secrets par l'Assemblée Générale parmi les membres participants non Administrateurs et non salariés de la Mutuelle. Son mandat est de quatre ans. Elle est composée d'au moins deux et d'au plus quatre membres.

Les membres de la Commission sont élus par l'ensemble des Délégués au scrutin majoritaire à deux tours (majorité absolue au premier tour – majorité relative au second tour). Si les candidats obtiennent au second tour un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Elle se réunit au moins une fois par an et dispose d'un pouvoir d'investigation permanent.

Elle vérifie l'adéquation des moyens mis en œuvre pour l'exécution des orientations et délibérations prises par le Conseil d'Administration.

Les résultats de ses travaux sont consignés dans un rapport écrit, communiqué au Président du Conseil d'Administration avant l'Assemblée Générale et présenté à celle-ci.

Ce rapport est annexé au procès-verbal de la délibération de l'Assemblée.

La Commission peut solliciter auprès du ou des Commissaires aux comptes toutes les informations nécessaires pour l'exécution de sa mission.

#### **Article 51 :**

L'Assemblée Générale désigne pour six exercices, en se conformant aux dispositions de l'article L. 114-38 du Code de la Mutualité un ou deux Commissaires aux comptes titulaires et un Commissaire aux comptes suppléant.

Le Président convoque les Commissaires aux comptes à toute Assemblée Générale.

Le Commissaire aux comptes exerce toutes les attributions relevant de sa compétence conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

#### **Article 52 :**

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 10 millions d'euros.

Son montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant sur proposition du Conseil d'Administration.

#### **Article 53 :**

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 18 I des présents Statuts.

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

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des Administrateurs et des membres de la Commission de contrôle statutaire.

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

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 18 I des présents Statuts à d'autres mutuelles ou unions au Fonds National de Solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du Code de la Mutualité ou au Fonds de Garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la Mutualité.

## - CONTRAT n° 1674 -

### Contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire souscrit par Groupe France Mutuelle auprès de la Mutuelle des Sportifs conformément à l'article L 221-3 du Code de la Mutualité Notice d'information

#### Article 1 : Objet de contrat

Il a pour objet de garantir à la totalité des adhérents individuels et collectifs de Groupe France Mutuelle, dans les conditions définies ci-après, le règlement d'un forfait immédiat invalidité grave lors de la survenance d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante.

#### Article 2 : Définitions

##### 2.1. - Activités garanties

Ce sont toutes les activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante, à l'exclusion de toute activité ou pratique professionnelle.

Les activités qui nécessitent l'usage de véhicules terrestres à moteur sont garanties exclusivement dans le cadre des manifestations organisées par un club légalement constitué (association ou société) ou sur un circuit spécialisé et autorisé dans le cadre de la législation en vigueur. En outre, les assurés doivent avoir souscrit l'assurance obligatoire des véhicules à moteur (Loi du 27 février 1958).

Par activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante, il faut entendre toute activité non lucrative, pratiquée à domicile ou à l'extérieur, exercée librement, hors les temps des sujétions professionnelles.

Sont notamment couverts : les activités scolaires et universitaires, les sorties culturelles, le bricolage, le jardinage, la cuisine etc...

L'activité garantie peut être pratiquée 7 jours/7, 24h/24 et dans le monde entier, sous réserve que les séjours à l'étranger n'excèdent pas 90 jours. Les séjours et/ou stages à l'étranger organisés dans un cadre institutionnel scolaire et/ou universitaire sont néanmoins admis dans la limite d'une année calendaire.

##### 2.2. - Accidents garantis

Ce sont les accidents corporels survenus pendant les activités garanties ci-dessus définies.

Par accident corporel, il faut comprendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, telle qu'un choc, une électrocution, l'hydrocution, la noyade ou autre.

L'accident corporel se distingue ainsi de la maladie qui n'entre jamais dans le champ d'application du contrat.

#### Article 3 : Garanties

3.1.- Garantie Forfait immédiat invalidité grave pour les adhérents individuels et collectifs à adhésion facultative

En cas d'accident survenu pendant les activités garanties et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident peut entraîner des conséquences graves et irréversibles (notamment tétraplégie, paraplégie) et/ou des séquelles de traumatismes crâniens graves, et/ou des séquelles d'accidents cérébro-vasculaires, et que dans ces conditions le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 51%, la MDS lui verse un capital forfaitaire immédiat de 80 000 €.

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle prévisible. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

##### • Consolidation

Le forfait de 80 000 € est attribué une seule fois à titre forfaitaire et définitif et ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 51%.

En revanche, si le blessé a connu une aggravation de son état et s'il atteint le taux de 51% à sa consolidation le forfait de 80 000 € lui est alors versé.

La MDS cesse en tout état de cause ses prestations à la consolidation du blessé.

##### • Expertise médicale

Dans tous les cas d'invalidité grave et préalablement à tout versement, une expertise médicale est diligentée par le médecin conseil désigné par la MDS dans un délai maximal de 4 mois après la survenance de l'accident.

En cas de désaccord entre les conclusions du médecin de l'assuré et de celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné par protocole signé d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la

partie la plus diligente par le tribunal de grande instance.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par chacune des deux parties afin que soit garantie son indépendance et son impartialité.

3.2.- Garantie Forfait invalidité grave pour les adhérents collectifs à adhésion obligatoire

Le souscripteur au contrat collectif à adhésion obligatoire peut opter pour deux options de garanties, l'option 1 permettant la déductibilité de la participation de l'employeur sous réserve du respect des conditions imposées par la réglementation, l'option 2 sans déduction fiscale.

##### 3.2.1 OPTION 1 : Régime Déductible

En cas d'accident survenu pendant les activités garanties et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident a entraîné à la consolidation du blessé une invalidité reconnue comme absolue et définitive ou correspondant à une perte totale et irréversible d'autonomie visée au 3° de l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité Sociale, la MDS lui verse un capital forfaitaire de 80 000 €.

En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

##### • Expertise médicale

Dans tous les cas d'invalidité absolue et définitive ou d'invalidité correspondant à une perte totale et irréversible d'autonomie visée au 3° de l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité Sociale et préalablement à tout versement, une expertise médicale est diligentée par le médecin conseil désigné par la MDS.

En cas de désaccord entre les conclusions du médecin de l'assuré et de celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné par protocole signé d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal de grande instance.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par chacune des deux parties afin que soit garantie son indépendance et son impartialité.

##### 3.2.2. OPTION 2 : Régime Non Déductible

En cas d'accident survenu pendant les activités garanties et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident peut entraîner des conséquences graves et irréversibles (notamment tétraplégie, paraplégie) et/ou des séquelles de traumatismes crâniens graves, et/ou des séquelles d'accidents cérébro-vasculaires, et que dans ces conditions le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 51%, la MDS lui verse un capital forfaitaire immédiat de 80 000 €.

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle prévisible. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

##### • Consolidation

Le forfait de 80 000 € est attribué une seule fois à titre forfaitaire et définitif et ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 51%.

En revanche, si le blessé a connu une aggravation de son état et s'il atteint le taux de 51% à sa consolidation le forfait de 80 000 € lui est alors versé.

La MDS cesse en tout état de cause ses prestations à la consolidation du blessé.

##### • Expertise médicale

Dans tous les cas d'invalidité grave et préalablement à tout versement, une expertise médicale est diligentée par le médecin conseil désigné par la MDS dans un délai maximal de 4 mois après la survenance de l'accident.

En cas de désaccord entre les conclusions du médecin de l'assuré et de celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné par protocole signé d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal de grande instance.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par chacune des deux parties afin que soit garantie son indépendance et son impartialité.

#### **Article 4 : Exclusions**

Sont exclus des garanties :

- les accidents qui se produisent lorsque les activités pratiquées nécessitent l'usage de véhicule terrestre à moteur et qu'ils surviennent en dehors de manifestations organisées par un club légalement constitué (association ou société) ou en dehors d'un circuit spécialisé et autorisé dans le cadre de la législation en vigueur,
- les accidents du travail ou les maladies professionnelles reconnus par la Sécurité Sociale,
- les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'assuré a pris une part active,
- les accidents qui résultent de la participation de l'assuré à des rixes, sauf en cas de légitime défense ou assistance à personne en danger,
- les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,
- les accidents résultant de l'usage de drogues ou de stupéfiants par l'assuré, ou sous un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 gramme par litre de sang,
- les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité.

#### **Article 5 : Obligations de l'assuré**

5.1. - Déclaration d'accident

Sauf cas de force majeure, tout accident résultant de la pratique d'une des activités garanties doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire type adressé sous pli cacheté au médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs.

La non déclaration ou la déclaration passée le délai ci-dessus entraîne la déchéance, dans la mesure où le retard non imputable à un cas fortuit ou de force majeure aura causé un préjudice à la Mutuelle des Sportifs.

En cas de non déclaration par l'assuré de la modification du risque, celui-ci s'expose à la déchéance de garantie.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix.

#### **Article 6 : Droit de contrôle et expertise**

La Mutuelle des Sportifs se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux et des notifications fournis par l'assuré.

Pour ce faire, les médecins délégués de la M.D.S. ont libre accès auprès de l'assuré pour procéder à tout contrôle ou toute expertise ; de son côté, l'assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par un médecin.

Si l'assuré s'y refusait, il perdrait tout droit aux prestations pour l'accident en cause. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal compétent de Paris.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son Médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par les deux parties.

#### **Article 7 : Représentation des assurés à l'Assemblée Générale de la M.D.S.**

Les adhérents de Groupe France Mutuelle bénéficiant du présent contrat deviennent membres participants de la M.D.S.

Ils reçoivent gratuitement un exemplaire des statuts de la M.D.S.

Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 et 12 des Statuts susvisés, leur représentation à l'Assemblée Générale de la M.D.S. est organisée comme suit :

- Groupe France Mutuelle constitue une section de vote qui doit élire un Délégué et un Délégué suppléant à l'Assemblée Générale de la M.D.S.,
- la M.D.S. prend acte du processus démocratique et réglementé des élections organisées au sein de Groupe France Mutuelle et reconnaît comme légitime l'élection des Délégués par les membres de leur Conseil d'Administration.

Groupe France Mutuelle s'engage à communiquer à la M.D.S., sur simple demande de cette dernière, toute information susceptible de déterminer exacte-

ment le nombre des adhérents cotisants, et notamment la liste nominative de ses affiliés, l'exactitude de cette liste présentant un caractère déterminant pour la régularité de l'organisation des Assemblées Générales de la Mutuelle.

#### **Article 8 : Informatique et libertés**

Les informations recueillies dans la demande d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion du présent Contrat.

L'adhérent peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de Groupe France Mutuelle, de la Mutuelle des Sportifs ou de leurs réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification auprès de Groupe France Mutuelle et de la M.D.S. à l'adresse de leurs sièges sociaux (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

#### **Article 9 : Médiateur**

En cas de difficulté, les assurés peuvent d'abord consulter leur interlocuteur habituel, en principe, Groupe France Mutuelle ; si le désaccord persiste, ils peuvent s'adresser à la M.D.S. Au cas où le litige n'a pu être résolu par ces voies, ils peuvent demander les coordonnées du médiateur compétent, dont les conditions de saisine lui seront communiquées sur simple demande.

#### **Article 10 : Garanties assistance-rapatriement**

Les garanties « Assistance Rapatriement » souscrites par la M.D.S à titre obligatoire pour l'ensemble de ses adhérents auprès de Mutuaide Assistance, figurent à l'annexe A ci-dessous.

### **ANNEXE A ASSISTANCE**

#### **Garanties souscrites par la MDS à titre obligatoire pour l'ensemble de ses adhérents auprès de Mutuaide Assistance**

Entreprise régie par le Code des Assurances, S.A. à Directoire et conseil de Surveillance au capital de 4 590 000 €.

8-14 avenue des Frères Lumière, 94366 Bry-sur-Marne.

Mutuaide Assistance, dans le respect des dispositions du Code des assurances assure les garanties « MDS Assistance » proposées aux assurés victimes d'accident ou de maladie grave, dans le cadre des activités garanties telles que décrites à l'article 2.1 ci-dessus.

#### **Article 1 : Définitions**

Pour l'application des présentes garanties, il faut entendre par :

1.1. - Accident grave

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et lui interdisant tout déplacement par ses propres moyens.

1.2. - Maladie grave

Une altération de santé constatée par une autorité médicale notoirement compétente interdisant de quitter la chambre et impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre.

#### **Article 2 : Garanties**

2.1. - Rapatriement médical

En cas d'accident ou maladie grave d'un assuré, Mutuaide Assistance organise et prend en charge son transport jusqu'à son domicile, ou jusqu'à l'hôpital le plus proche de son domicile, par le moyen le plus approprié.

La décision de rapatriement est prise par le médecin conseil de Mutuaide Assistance, après avis du médecin traitant, et éventuellement du médecin de famille.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter le choix du moyen de transport et du lieu d'hospitalisation dans lequel Mutuaide Assistance aura réservé, si nécessaire, une place.

Mutuaide Assistance se réserve le droit de réclamer à l'assuré ainsi rapatrié le montant du remboursement du titre de transport initial prévu éventuellement déduit et non utilisé du fait du rapatriement.

2.2. - Remboursement des frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger

Avant son départ, le bénéficiaire doit se munir du justificatif délivré par l'organisme social auquel il est affilié (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) pour un séjour dans un pays de l'Union Européenne.

A la suite d'accident ou de maladie grave de l'assuré survenu à l'étranger dans le cadre des activités garanties, Mutuaide Assistance rembourse la partie des frais médicaux qui n'a pas été prise en charge par les organismes sociaux et/ou tout organisme de prévoyance ou complémentaire de l'assuré à concurrence de 5 335,72 €.

### Franchise : Franchise relative de 15.24 € par dossier.

En cas de nécessité, Mutuaide Assistance pourra consentir une avance de fonds contre la remise d'un chèque de garantie ou d'une reconnaissance de dette. Cette avance est remboursable dans le mois qui suit le retour en France du bénéficiaire, à défaut le chèque de garantie est encaissé dans les 45 jours.

#### Exclusions particulières :

##### Les frais médicaux en France

##### Les prothèses, appareillages

##### Les cures thermales, les rééducations.

#### 2.3. - Visite d'un proche

En cas d'hospitalisation pour une durée de plus de 10 jours d'un assuré en déplacement dans le cadre des activités garanties, si celui-ci est seul sur place et si les médecins ne préconisent pas de rapatriement immédiat, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le déplacement aller/retour d'une personne désignée par l'assuré hospitalisé, et résidant en France, afin de se rendre à son chevet.

Les frais d'hébergement de cette personne ne sont pas pris en charge.

Aucune exigence de durée d'hospitalisation n'est demandée si le bénéficiaire hospitalisé est un enfant mineur.

#### 2.4. - Retour anticipé uniquement depuis l'étranger

Mutuaide Assistance organise et prend en charge le retour prématuré de l'assuré en déplacement à l'étranger dans le cadre des activités garanties en cas de décès en France du conjoint (ou concubin), d'un ascendant au premier degré ou descendant au premier degré.

La prise en charge du retour anticipé de l'assuré s'effectue sur la base d'un titre de transport aller/retour pour regagner le domicile, ou le lieu des obsèques en France.

La mise à disposition du titre de transport est immédiate mais, il sera demandé au bénéficiaire du retour anticipé de fournir, dès que possible, une copie du certificat de décès, ainsi que tout document utile permettant d'établir le degré de parenté.

#### 2.5. - Rapatriement de corps

En cas de décès d'un assuré, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation en France.

Mutuaide Assistance participe à concurrence de 457,35 € TTC aux frais de cercueil utilisé pour le transport du corps organisé par elle.

Les frais de cérémonie et d'inhumation restent à la charge de la famille.

En cas de décès à l'étranger uniquement, si la présence d'un ayant droit est requise par les autorités locales pour effectuer les démarches nécessaires au rapatriement, Mutuaide Assistance met à sa disposition et prend en charge un titre de transport aller/retour.

2.6. - Frais de recherche et/ou de secours en mer, lac et rivière, sur terre, en montagne, ...

Prise en charge ou remboursement des frais de recherche et/ou de secours à concurrence de 30 000 €.

Cette prestation s'applique aux frais de recherche et/ou de secours non pris en charge par les organismes publics de secours.

#### 2.6.1. - Modalités d'application et procédure de déclaration

L'assuré ou toute personne agissant en son nom, doit aviser Mutuaide Assistance immédiatement verbalement et, au plus tard, dans les 48 heures suivant l'intervention.

Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, dans les 5 jours suivant la date de facture, l'assuré, ou ses ayants droits, doit faire parvenir directement à Mutuaide Assistance :

- l'original de la (des) facture(s) acquittée(s) et faisant ressortir la date, les motifs et la nature de l'intervention,

- un certificat médical initial précisant la nature de l'atteinte corporelle grave, adressé sous pli confidentiel au Médecin Chef de Mutuaide Assistance,

- un certificat de décès ou un constat des autorités de police, suivant le cas.

#### 2.6.2. - Remboursement

Le remboursement des frais se fait exclusivement à l'assuré ou à ses ayants droit, à l'exclusion de toute autre personne physique ou morale.

Toute intervention et demande de remboursement non conforme à ces dispositions entraîne la déchéance de tout droit à remboursement.

### Article 3 : Exclusions générales

- La pratique professionnelle de toutes activités sportives.
- DANS TOUS LES CAS LES PRESTATIONS QUI N'ONT PAS ETE DEMANDEES ET/OU QUI N'ONT PAS ETE ORGANISEES PAR Mutuaide Assistance OU EN ACCORD AVEC ELLE.
- Tout déplacement excédant 90 jours consécutifs, sauf pour les étudiants, exclusivement dans le cadre d'échanges universitaires à l'étranger pour qui sont garantis les déplacements jusqu'à 12 mois consécutifs.
- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas de poursuivre son voyage.
- Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance.
- Les faits provoqués intentionnellement par le bénéficiaire ou résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide pendant la première année de garantie.
- Une infirmité préexistante.
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement.
- Les états de grossesse de plus de 6 mois (date présumée de conception) à moins d'une complication imprévisible.
- Les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées.
- Le suicide ou la tentative de suicide, une mutilation volontaire du bénéficiaire.
- Les dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.
- Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré.

### Article 4 : Mise en oeuvre des garanties

Mutuaide Assistance assure l'organisation des prestations et la couverture des garanties décrites ci-dessus 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.

Ce service Assistance est accessible

Par téléphone 01.45.16.65.70 (International + 33.1.45.16.65.70)

Par fax 01.45.16.63.92 (International + 33.1.45.16.63.92)

Par télex 261.531

Mutuaide Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Mutuaide Assistance intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales

### Article 5 : Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de Mutuaide Assistance ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

M.D.S. - 2/4, rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16 - Tél. : 01 53 04 86 86  
Fax : 01 53 04 86 87.

Mutuelle régie par le code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité.

Mutuelle immatriculée au registre national des mutuelles sous le n° 422 801 910.  
Mutuaide Assistance - 8/14, av. des frères Lumière - 94366 Bry-Sur-Marne Cedex  
Tél. : 01 45 16 65 70 - Fax : 01 45 16 63 92