

Exemplaire à retourner obligatoirement avec :
 Un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.) pour le règlement des prestations
 Un certificat de radiation détaillé de votre mutuelle précédente

CADRE RESERVÉ À LA M.G.S.			Délai de carence OUI NON	
Date d'adhésion	Code contrat	Code secteur	Souscripteur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N° MGS	Code groupe	Code origine	Conjoint	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Enfants	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VOS COORDONNÉES (Souscripteur)

 Télétransmission : Oui Non

Nom :
 Prénom : Nom de jeune fille :
 N° Sécurité Sociale : Date de naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone Domicile : Téléphone mobile :
 E-mail :
 Catégorie Socio-Professionnelle : Cadre Agent de maîtrise Employé(e) T.N.S.

COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR

 N° de groupe Code contrat

Nom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone :
 E-mail :
 Date d'entrée dans l'entreprise :
 Date d'adhésion : Jour Mois Année

Signature du correspondant
et cachet de la Société

LES PERSONNES À GARANTIR

Joindre la photocopie de l'attestation Carte Vitale en cours de validité du souscripteur, du conjoint/concubin et des enfants. Les ascendants doivent figurer sur l'attestation du souscripteur ou du conjoint/concubin.

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité Sociale + Clé	Sexe F/M	Lien de parenté	Télé-Transmission
		__/__/__	_____			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		__/__/__	_____			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		__/__/__	_____			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		__/__/__	_____			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		__/__/__	_____			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		__/__/__	_____			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Je déclare avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste de la M.G.S. et en accepter les dispositions.
 Je demande mon adhésion à la M.G.S. à compter du le
Signature
 Précédée de la mention « lu et approuvé »



Exemple à conserver

CADRE RESERVÉ À LA M.G.S.			Délai de carence OUI NON	
Date d'adhésion	Code contrat	Code secteur	Souscripteur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N° MGS	Code groupe	Code origine	Conjoint	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Enfants	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VOS COORDONNÉES (Souscripteur)

 Télétransmission : Oui Non

Nom :
 Prénom : Nom de jeune fille :
 N° Sécurité Sociale : Date de naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone Domicile : Téléphone mobile :
 E-mail :
 Catégorie Socio-Professionnelle : Cadre Agent de maîtrise Employé(e) T.N.S.

COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR

 N° de groupe Code contrat

Nom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone :
 E-mail :
 Date d'entrée dans l'entreprise :
 Date d'adhésion : Jour Mois Année

 Signature du correspondant
et cachet de la Société

LES PERSONNES À GARANTIR

Joindre la photocopie de l'attestation Carte Vitale en cours de validité du souscripteur, du conjoint/concubin et des enfants. Les ascendants doivent figurer sur l'attestation du souscripteur ou du conjoint/concubin.

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité Sociale + Clé	Sexe F/M	Lien de parenté	Télé-Transmission
		__/__/__	_____			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		__/__/__	_____			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		__/__/__	_____			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		__/__/__	_____			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		__/__/__	_____			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		__/__/__	_____			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Je déclare avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste de la M.G.S. et en accepter les dispositions.

 Je demande mon adhésion à la M.G.S. à compter du le

Fait àle

Signature

Précédée de la mention « lu et approuvé »



Statuts de la MGS votés par l'assemblée générale du 23 juin 2011

TITRE I
FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE
Chapitre 1er
Formation et objet de la mutuelle

Article 1^{er} - DÉNOMINATION DE LA MUTUELLE – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Il est constitué une mutuelle dénommée Mutuelle Générale Santé (dont le sigle est « M.G.S »), qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le code de la mutualité. Elle est inscrite au Registre National des Mutuelles sous le Numéro : 785 476 003.

L'autorité de contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (A.C.P.), 61, rue Taitbout 75436 PARIS cedex 9.

Article 2 - SIÈGE DE LA MUTUELLE

Le siège de la mutuelle est situé à BAGNOLET (93170) – 22, rue Malmaison.

Article 3 - OBJET DE LA MUTUELLE

La mutuelle a pour objet :

1° de réaliser les opérations suivantes d'assurance :

- Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;
- Participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité et assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'Etat ou d'autres collectivités publiques.

2° d'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents, à la maladie, ou à des conduites à risque, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées.

Elle peut également mettre en œuvre une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Pour poursuivre ce même objectif, elle peut également conclure des conventions avec d'autres mutuelles ou unions afin de leur faire bénéficier d'une action sociale ou de l'accès à des réalisations sanitaires et sociales.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des Assurances.

Article 4 - RÈGLEMENT INTERIEUR

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 adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlement mutualiste.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus proche assemblée générale.

Article 5 - RÈGLEMENT MUTUALISTE

En application de l'article L.114-1 du code de la mutualité, un règlement mutualiste adopté par l'assemblée générale sur proposition du Conseil d'Administration définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant, honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 6 - RÈGLEMENT DES ŒUVRES

Sans objet.

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 et s'engagent à respecter les principes inscrits dans la charte de la Mutualité Française.

Article 8 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Chapitre II**Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion****Section 1****Adhésion****Article 9 - CATÉGORIES DE MEMBRES**

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

Les **membres participants** sont les personnes physiques, assurées à un régime obligatoire de la Sécurité Sociale, qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle.

Les **membres honoraires** sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, ou font des dons ou ont rendu des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Peuvent adhérer à la mutuelle les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes :

- en qualité de membre participant, être assuré social à un régime obligatoire de la Sécurité Sociale ;
- en qualité de membre honoraire, toute personne physique, versant des cotisations, des dons, des contributions, sans bénéficier de prestations.
- En qualité de membre honoraire, toute personne morale par souscription de contrats collectifs.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient de prestations de la mutuelle sont le conjoint, les enfants, les personnes à charge et sous tutelle.

A leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

Article 10 - ADHÉSION INDIVIDUELLE

Acquiescent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 9 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

L'admission des membres est décidée par le Conseil d'administration qui peut, pour ce faire, procéder à des délégations.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

Article 11 - ADHÉSION DANS LE CADRE DE CONTRATS COLLECTIFS

I - Opérations collectives facultatives :

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

II - Opérations collectives obligatoires :

La qualité d'adhérent 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.

Section 2**Démission, radiation, exclusion****Article 12 - DÉMISSION**

La démission de l'adhérent est donnée par écrit par lettre recommandée au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile (articles L.221-10 et L.221-17).

La renonciation par l'adhérent à la totalité des prestations servies par la mutuelle, entraîne sa démission de la mutuelle et la perte de sa qualité d'adhérent dans les conditions et formes prévues au règlement mutualiste.

Article 13 - RADIATION

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L.221-7, L.221-8 et L.221-17 du code de la mutualité.

Leur radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses délégués.

Article 14 - EXCLUSION

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

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

Article 15 - CONSÉQUENCES DE LA DÉMISSION, DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues aux règlements mutualistes.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, de la radiation ou de l'exclusion sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies, sous réserve des dispositions relatives au délai de forclusion prévu au règlement mutualiste.

TITRE II**ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE****Chapitre 1er****Assemblée Générale****Section 1****Composition, élection****Article 16 - SECTION DE VOTE**

Tous les membres de la mutuelle sont répartis en sections de vote. L'étendue et la composition des sections sont fixées par le Conseil d'Administration.

Article 16.1 - COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote répartis en deux collèges :

1. Collège adhérents individuels et honoraires personnes physiques
2. Collège adhérents, actifs, retraités et honoraires groupes et entreprises

Le règlement intérieur fixe les modalités de vote (article 6). Chaque délégué dispose d'une voix à l'assemblée générale.

Article 16.2 - ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

Les membres de chaque section élisent parmi eux le ou les délégués à l'assemblée générale de la mutuelle. Les délégués sont élus pour quatre ans.

Les élections des délégués ont lieu par correspondance, à bulletins secrets suivant le mode de scrutin uninominal à un tour.

Les candidats non élus ayant obtenu dans la section le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

La perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué titulaire ou de délégué suppléant.

Article 16.3 - VACANCE EN COURS DE MANDAT D'UN DÉLÉGUÉ DE SECTION

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de section, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant venant à l'ordre de suppléance définie à l'article 16.2 bis des présents statuts.

Article 16.4 - ABSENCE D'UN DÉLÉGUÉ SUPPLÉANT

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause du délégué de section et en l'absence de délégué suppléant, il est procédé, avant la plus proche assemblée générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

Article 16.5 - NOMBRE DE DÉLÉGUÉS

Chaque section de vote élit un délégué titulaire et un délégué suppléant par tranche de 2000 membres ou fraction de 2000 membres participants ou honoraires.

Article 17 - EMPÊCHEMENT

Le délégué titulaire empêché d'assister à l'assemblée générale peut voter par procuration dans les conditions fixées par le règlement intérieur. Les délégués ne peuvent recevoir plus de cinq pouvoirs.

Article 18 - DISPOSITIONS PROPRES AUX MINEURS

Les mineurs de plus de 16 ans, ayant la qualité de membre participant, exercent leur droit de vote à l'assemblée générale.

Section 2

Réunions de l'assemblée générale

Article 19 - CONVOCATION ANNUELLE OBLIGATOIRE

Le président du conseil d'administration convoque l'assemblée générale. Il la réunit au moins une fois par an.

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 - AUTRES CONVOCATIONS

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le conseil,
2. les commissaires aux comptes,
3. la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du code de la mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant,
4. un administrateur provisoire nommé par la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du code de la mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
5. les liquidateurs.

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 21 - MODALITÉS DE CONVOCATION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

La convocation est faite dans les conditions et délais fixés par décret.

Les membres composant l'assemblée générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article 22 - ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'assemblée générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée générale de projets de résolutions dans les conditions fixées par Décret et précisées au Règlement Intérieur.

L'assemblée ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour.

Elle peut, en toute circonstance, 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.

Article 23 - COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

I - L'assemblée générale procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

II - L'assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

- 1° les modifications des statuts,
 - 2° les activités exercées,
 - 3° l'opportunité d'appliquer des droits d'adhésion et la détermination de leur montant,
 - 4° Le montant du fonds d'établissement,
 - 5° les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L.114-1, 5ème alinéa du code de la mutualité,
 - 6° 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,
 - 7° les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
 - 8° 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,
 - 9° le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
 - 10° le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
 - 11° les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
 - 12° le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité,
 - 13° 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 au compte prévu à l'article L.114-39 du même code,
 - 14° toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.
- III - L'assemblée générale décide :
- 1° la nomination des commissaires aux comptes,
 - 2° la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
 - 3° les délégations de pouvoir prévues à l'article 26 des présents statuts,
 - 4° les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité.

Article 24 - MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

I - Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées :

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 26 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 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 de ses délégués.

A défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du total de ses délégués.

Les décisions sont adoptées :

- à la majorité des deux tiers des délégués présents.

II - Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées :

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I ci-dessus, l'assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du total de ses délégués.

A défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents.

Article 25 - FORCE EXÉCUTOIRE DES DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres adhérents sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

Article 26 - DÉLÉGATION DE POUVOIR DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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.

Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par l'assemblée générale la plus proche.

**Chapitre II
Conseil d'administration
Section 1
Composition, élections**

Article 27 - COMPOSITION

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé d'au moins 10 administrateurs.

Le conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants.

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeant 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 28 - PRÉSENTATION DES CANDIDATURES

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées par écrit au siège de la mutuelle.

Article 29 - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ - LIMITE D'ÂGE

Pour être éligibles au conseil d'administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans révolus,
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Le nombre des 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 30 - MODALITÉS DE L'ÉLECTION

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'ensemble des membres de l'assemblée générale de la manière suivante :

- scrutin uninominal majoritaire à deux tours

Article 31 - DURÉE DU MANDAT

Les membres du conseil d'administration sont élus pour une durée de quatre ans.

La durée de leur fonction expire à l'issue de l'assemblée générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres qui ont été élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

Les membres du conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 29,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- trois 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.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'assemblée générale.

Article 32 - RENOUELEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le renouvellement du conseil a lieu par moitié tous les deux ans. Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres sont mis à réélection.

Article 33 - VACANCES

Si un poste devient vacant en cours de mandat, il est pourvu provisoirement par le conseil d'administration à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'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.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

Section 2

Réunions du conseil d'administration

Article 34 - RÉUNIONS

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président, et au moins trois 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 avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence. Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du conseil d'administration, qui délibèrent alors sur cette présence.

Article 35 - REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Un représentant du personnel de la mutuelle, élu dans les conditions prévues par les dispositions législatives en vigueur, assiste avec voix consultative aux séances du conseil d'administration.

Article 36 - REPRÉSENTATION DU COMITÉ D'ENTREPRISE

Deux délégués désignés par le comité d'entreprise assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration.

Article 37 - DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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 bulletin secret pour l'élection du président (du ou des dirigeants salariés) et des autres membres du bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur. Il est établi un procès verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Section 3

Attributions du conseil d'administration

Article 38 - COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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 39 - DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs. Le conseil peut confier au bureau toutes attributions qui ne sont pas spécialement réservées au conseil d'administration par la loi. Il peut, à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Article 40 - NOMINATION D'UN DIRIGEANT SALARIÉ

Sans objet

Article 41 - DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS A UN DIRECTEUR

Dans le cadre des pouvoirs qui lui sont accordés par le Conseil d'Administration et sans préjudice des dispositions de l'article 50 des statuts, le directeur est chargé d'assurer efficacement le fonctionnement de la mutuelle, conformément aux décisions du Conseil d'Administration auquel il rend compte. Sous son contrôle et sa seule responsabilité, le directeur peut confier toutes subdélégations de pouvoir, pour des objets limités à ses collaborateurs. Il en informe le Président du Conseil d'Administration.

Section 4

Statut des administrateurs

Article 42 - INDEMNITÉS VERSÉES AUX ADMINISTRATEURS ET REMBOURSEMENT DE FRAIS

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du code de la mutualité et définies par décret en Conseil d'Etat.

Article 43 - REMBOURSEMENT DES FRAIS AUX ADMINISTRATEURS

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le code de la mutualité. Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par l'article L.114-26 du code de la mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

Article 44 - SITUATION ET COMPORTEMENTS INTERDITS AUX ADMINISTRATEURS

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du code de la mutualité. Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quel que titre que ce soit à un administrateur. Les anciens membres du conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat. Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 46, 47 et 48 des présents statuts. Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Article 45 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

Les administrateurs 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 savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard. Les administrateurs 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.

Article 46 - CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES SOUMISES À AUTORISATION PRÉALABLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Sous réserve des dispositions de l'article 47 des présents statuts, toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration. Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale. Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité. Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du code de la mutualité. Le conseil d'administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisations qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

Article 47 - CONVENTIONS COURANTES AUTORISÉES SOUMISES À UNE OBLIGATION D'INFORMATION

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs, telles que définies par un décret pris en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité, sont communiquées par ce dernier au président du conseil d'administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le président aux membres du conseil d'administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'assemblée générale dans les conditions de l'article L.114-33 du code de la mutualité.

Article 48 - CONVENTIONS INTERDITES

Il est interdit aux administrateurs de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers. Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en oeuvre. Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs. La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des administrateurs ainsi qu'à toute personne interposée.

Article 49 - RESPONSABILITÉ

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

**Chapitre III
Président et bureau
Section 1**

Election et missions du président

Article 50 - ÉLECTION ET RÉVOCATION

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 pour une durée de trois ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible. La déclaration des candidatures aux fonctions de président du conseil d'administration doit être envoyée au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception, quinze jours francs au moins avant la date de l'élection.

Article 51 - VACANCES

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent 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 le premier vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le premier vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Article 52 - MISSIONS

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L.510-8 et L.510-10 du code de la mutualité. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées. Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage les dépenses. Le président 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.

Section 2

Election, composition du bureau

Article 53 - ÉLECTION

Sans objet

Article 54 - COMPOSITION

Sans objet

Article 55 - RÉUNIONS ET DÉLIBÉRATIONS

Sans objet

Article 56 - REPRÉSENTATION DU COMITÉ D'ENTREPRISE

Sans objet

Article 57 - LE VICE-PRESIDENT

Le conseil d'administration de la mutuelle peut élire un ou plusieurs vice-présidents.
Le ou les vice-présidents secondent le président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 58 - LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Le secrétaire général est responsable de la rédaction des procès verbaux, de la conservation des archives, ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.

Article 59 - LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT

Sans objet

Article 60 - LE TRÉSORIER

Le trésorier effectue les opérations financières de la mutuelle et tient la comptabilité. Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le président et fait encaisser les sommes dues à la mutuelle.

Il prépare et soumet à la discussion du conseil d'administration :

- les comptes annuels et les documents, états tableaux qui s'y rattachent,
- le rapport prévu au paragraphe m) et le plan prévu au paragraphe n) de l'article L.114-9 du code de la mutualité,
- les éléments visés aux paragraphes a) c) d) et f) ainsi qu'aux deux derniers alinéas de l'article L.114-17 du code de la mutualité.
- un rapport synthétique sur la situation financière de la mutuelle.

Le trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnement, notamment le chef du service comptable, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 61 - LE TRÉSORIER GÉNÉRAL ADJOINT

Sans objet.

**Chapitre IV
Organisation des sections de la mutuelle
Section 1
Sections locales administratives**

Article 62 - CRÉATION

Les membres de la mutuelle sont groupés en sections. Celles-ci sont créées par décision du Conseil d'Administration.

Article 63 - ADMINISTRATION

Les sections sont administrées directement par le siège de la mutuelle.

Article 64 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement des sections locales administratives de la mutuelle.

**Section 2
Sections de mutuelles à caractère professionnel ou interprofessionnel**

Article 65 - COMPOSITION DES SECTIONS

Sans objet

Article 66 - COMMISSION DE GESTION

Sans objet

Article 67 - RÈGLEMENT

Sans objet

**Section 3
Sections de mutuelles d'entreprise ou interentreprises**

Article 68 - COMPOSITION DES SECTIONS

Sans objet

Article 69 - COMMISSION DE GESTION SPÉCIALE

Sans objet

Article 70 - COMPTES SÉPARÉS

Sans objet

Article 71 - INTÉRÊT DIRECT OU INDIRECT DES ADMINISTRATEURS

Sans objet.

**Chapitre V
Organisation financière
Section 1
Produits et charges**

Article 72 - PRODUITS

Les produits de la mutuelle comprennent :

- 1° le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'assemblée générale,
- 2° les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
- 3° les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- 4° les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- 5° plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la Loi.

Article 73 - CHARGES

Les charges comprennent :

- 1° les diverses prestations servies aux membres participants,
- 2° les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
- 3° les versements faits aux unions et fédérations,
- 4° la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
- 5° les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds,
- 6° les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L.111-5 du code,
- 7° la redevance prévue à l'article L.951-1, 2° du code de la sécurité sociale et affectée aux ressources de l'ACP pour l'exercice de ses missions,
- 8° plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

Article 74 - VÉRIFICATIONS PRÉALABLES

Le responsable de la mise en paiement des charges de la mutuelle s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la mutuelle.

Article 75 - APPORTS ET TRANSFERTS FINANCIERS

En cas de création de mutuelles définies à l'article L.111-3 ou d'unions définies à l'article L.111-4 du code de la mutualité, la mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

**Section 2
Modes de placement et de retrait des fonds, règles de sécurité financière**

Article 76

Rédaction réservée en attente de l'intervention des textes réglementaires sur les règles prudentielles.

Article 77

Rédaction réservée en attente de l'intervention des textes réglementaires sur les règles prudentielles.

Article 78

La mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

**Section 3
Commission de contrôle statutaire et commissaires aux comptes**

Article 79 - COMMISSAIRES AUX COMPTES

En vertu 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.

Le président convoque le commissaire aux comptes à toute assemblée générale.

Le commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le conseil d'administration et présenté à l'assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le conseil d'administration,
- prend connaissance de l'avis donné par le président du conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du code de la mutualité,
- établit et présente à l'assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité,
- fournit à la demande de la commission de contrôle des mutuelles tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel,
- signale sans délai à la commission tout fait et décision mentionné à l'article L.510-6 du code de la mutualité dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du conseil d'administration et de la commission de contrôle les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le code de commerce,
- signale dans son rapport annuel à l'assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

**Section 4
Fonds d'établissement**

Article 80 - MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 1.500.000 €.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 24 I des statuts, sur proposition du conseil d'administration.

**TITRE III
INFORMATION DES ADHÉRENTS**

Article 81 - ÉTENDUE DE L'INFORMATION

Un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste sont, sur simple demande, à la disposition des adhérents au Siège de la Mutuelle.

Chaque adhérent est informé :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès,
- des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

**TITRE IV
DISPOSITIONS DIVERSES.**

Article 83 - DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

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 24 I des statuts. L'assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir 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 24-I des présents statuts à d'autres mutuelles ou unions ou 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.

Article 84 - MÉDIATION

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, l'adhérent peut avoir recours au service de la Médiation Fédérale. Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser au siège social de la Mutuelle.

Article 85 - INTERPRÉTATION

Les statuts, le règlement mutualiste, le bulletin d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

PREAMBULE

En application de l'article 4 des statuts de la Mutuelle Générale Santé « M.G.S », il a été établi le présent règlement intérieur fixant les conditions d'application des statuts et notamment les modalités pratiques de l'administration de la Mutuelle.

**TITRE I
RELATIONS AVEC LES MEMBRES**

Section 1

Information des membres

Article 1^{er} - OBLIGATION DES MEMBRES

Le présent règlement, établi par le conseil d'administration, approuvé par l'assemblée générale, s'applique à tous les membres au même titre que les statuts et le règlement mutualiste.

Article 2 - PUBLICITE DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le présent règlement est, sur simple demande, à la disposition, des membres participants ou honoraires lors d'une adhésion à titre individuel.

Lors de la souscription d'un contrat collectif, il est remis à la personne morale copie du présent règlement et les notices d'information qu'elle est chargée de transmettre à l'ensemble des membres participants.

Article 3 - MODIFICATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le conseil d'administration peut apporter des modifications au présent règlement et les appliquer immédiatement, sous réserve de les faire ratifier par la plus proche assemblée générale.

Section 2

Contestations – Litiges des membres – Perte de la qualité de membre

Article 4 - MODALITÉS

Tout contentieux, conflit, litige avec les membres, relatif à l'application du présent règlement, est soumis préalablement à une Commission telle que définie à l'article 36 du présent règlement.

Article 5 - PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE

La perte de la qualité de membre entraîne de plein droit à son égard la cessation des effets du présent règlement.

**TITRE II
ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE
CHAPITRE 1**

L'ASSEMBLEE GENERALE

Section 1

Critères de représentativité

Article 6 - CONSTITUTION DES SECTIONS DE VOTE

Selon les dispositions de l'article 16 des statuts, il est constitué des sections de vote.

Article 7 - CONSTITUTION DES COLLÈGES

Il est constitué deux collèges :

Le collège 1 est constitué des adhérents individuels : personne physique ayant acquis la qualité de membre participant ou honoraire selon les modalités de l'article 10 des statuts.

Le collège 2 est constitué des adhérents groupes et entreprises (actifs ou retraités) : personne physique ayant acquis la qualité de membre participant ou honoraire selon les modalités de l'article 11 des statuts.

Article 8 - RÈGLE GÉNÉRALE DE COMPTAGE DES MEMBRES PAR COLLÈGE

Le nombre de délégués titulaires et suppléants est fixé d'après les effectifs des membres participants, tels qu'ils ont été enregistrés au Siège de la mutuelle le 1^{er} janvier précédant la date des élections.

Section 2

Détermination du nombre de délégués

Article 9 - COLLÈGE ADHÉRENTS INDIVIDUELS

Il est nommé un délégué titulaire et un suppléant par unité de 2000 membres ou fraction de 2000 membres de l'effectif enregistré dans chaque section.

Article 10 - COLLÈGE ADHÉRENTS GROUPES ET ENTREPRISES

Il est nommé un délégué titulaire et un suppléant par unité de 2000 membres ou fraction de 2000 membres de l'effectif enregistré dans chaque section.

Section 3

Candidatures

Article 11 - APPEL A CANDIDATURE DES DÉLÉGUÉS

Un courrier sera adressé aux membres (collèges 1 et 2), au moins deux mois avant la date du vote fixée par le conseil d'administration.

A ce courrier, seront jointes une fiche de renseignements à compléter et à renvoyer par le candidat accompagnée d'une lettre de motivation.

Les voies de recours en cas de contestation devront être mentionnées.

Article 12 - DÉPÔT ET CONTRÔLE DES CANDIDATURES

Les membres participants et honoraires devront faire parvenir leur candidature dans les 20 jours qui suivent la date d'envoi du courrier prévu à l'article 11 du présent règlement cachet de la poste faisant foi ou pourront la déposer au Siège social de la mutuelle contre reçu portant la date de réception.

Dans les huit jours qui suivent cette date limite, les candidatures seront contrôlées par la Commission prévue aux articles 35 et 36 du présent règlement.

Les membres honoraires ou participants seront avisés par courrier si leur candidature est ou non retenue. En cas de contestation du fait d'une candidature invalidée, le candidat dispose de 8 jours à compter de la connaissance du refus pour adresser une réclamation auprès de la commission de contrôle et d'arbitrage, par courrier recommandé avec accusé de réception.

Pour être candidat, il faut :

- être membre participant ou honoraire
- être âgé de 18 ans révolus, quelle que soit la section de vote,
- avoir signé un contrat collectif à adhésion obligatoire.

Article 13 - PRINCIPE DU VOTE

Le vote se déroule par correspondance avec une stricte confidentialité.

Article 14 - CONSTITUTION DU BULLETIN DE VOTE DES SECTIONS DU COLLÈGE 1

Une fois les candidatures validées, les membres participants et honoraires du collège reçoivent un bulletin de vote faisant apparaître par candidat :

- ✓ Nom, prénom, année de naissance, mandat en cours au sein de la M.G.S,
- ✓ Domicile,
- ✓ Année d'adhésion,
- ✓ Profession,
- ✓ Nombre de candidats titulaires et suppléants à élire.

Le classement sur la liste s'effectue comme suit :

- ✓ Par ordre alphabétique pour les candidats rééligibles,
- ✓ Puis par ordre alphabétique pour les nouvelles candidatures.

Article 15 - CONSTITUTION DU BULLETIN DE VOTE DES SECTIONS DU COLLÈGE 2

Une fois les candidatures validées, les membres participants reçoivent un bulletin de vote faisant apparaître les renseignements suivants par candidat :

- ✓ Nom, prénom, année de naissance, mandat en cours au sein de la M.G.S,
- ✓ Domicile,
- ✓ Année d'adhésion,
- ✓ Profession, entreprise ou établissement
- ✓ Nombre de candidats titulaires et suppléants à élire.

Les modalités de classement sur les listes sont les mêmes que pour le collège 1.

Article 16 - DÉTERMINATION DES DÉLÉGUÉS TITULAIRES ET SUPPLÉANTS

En fonction du nombre de postes à pourvoir dans chaque section de vote, les candidats ayant obtenu un nombre suffisant de suffrages, sont déclarés élus en tant que délégués titulaires. Les autres candidats n'ayant pas obtenu le nombre suffisant de voix sont élus en tant que délégués suppléants, dans la limite fixée par l'article 16.5 des statuts.

Section 4

Modalités de vote

Article 17 - TECHNIQUES DE VOTE

Pour toutes les sections de vote, le conseil d'administration décide des modalités de vote et de dépouillement : forme des bulletins, etc. en respectant la règle de confidentialité du vote.

Article 18 - LE VOTE

La Commission prévue à l'article 35 du présent règlement est présente lors du dépouillement. Elle est chargée de veiller au bon déroulement des opérations.

La Commission valide ou invalide les bulletins de vote litigieux. A l'issue du dépouillement elle établit un procès-verbal reprenant pour chaque section et chaque collège, les délégués titulaires et suppléants élus et les non élus et le nombre de voix obtenues. Elle y fait mention des modalités en cas de carence de postes, conformément à l'article 21 du présent règlement.

Chaque candidat est personnellement avisé sous huitaine du résultat du collège de sa section.

Article 19 - RÉCLAMATION – LITIGE (ÉLECTION DE DÉLÉGUÉS)

Tout candidat élu ou non élu au poste de délégué, dispose d'un délai de 15 jours à compter de la réception de la notification des résultats pour faire toute remarque ou contestation auprès de la Commission prévue à l'article 35 du présent règlement, cachet de la poste faisant foi.

Cette démarche s'effectue par courrier recommandé avec accusé de réception adressé au Siège social de la mutuelle. Les modalités de recours doivent être mentionnées sur la notification des résultats prévue à l'article 18 du présent règlement.

Section 5

Convocations aux Assemblées Générales

Article 20 - MODALITÉS

Les délégués titulaires et suppléants sont convoqués selon les modalités légales et réglementaires. Les délégués suppléants remplaçant des délégués titulaires ont droit de vote. Les autres assistent à l'assemblée générale en tant que simples auditeurs.

En cas d'empêchement, chaque délégué a la faculté de donner par écrit procuration de vote à un autre délégué.

Article 21 - VACANCE COLLÈGES 1 ET 2

Dans la mesure où un délégué titulaire perd sa qualité de membre participant ou honoraire, s'il démissionne de son poste de délégué ou s'il vient à décéder, c'est le délégué suppléant ayant obtenu le plus grand nombre de suffrages lors des élections qui le remplace, à condition qu'il appartienne au même collège d'une même section. S'ils ont obtenu le même nombre de suffrage, c'est le suppléant le plus ancien, en terme d'années d'adhésion, qui devient titulaire.

CHAPITRE 2

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1

Élection

Article 22 - MODALITÉ DE REPRÉSENTATIVITÉ

Le conseil d'administration est composé au minimum de 10 administrateurs.

Le nombre total des postes à pourvoir est proposé par le conseil d'administration à l'assemblée générale préalablement à la séance de vote.

Article 23 - ENVOI DE CANDIDATURES D'ADMINISTRATEURS

En application de l'article 28 des statuts, la candidature doit être accompagnée d'un extrait de casier judiciaire datant de moins d'un mois, joint à une lettre de motivation.

Article 24 - EXAMEN DES CANDIDATURES

Le conseil d'administration est chargé d'examiner la recevabilité des candidatures en application des articles 27 et 29 des statuts et des dispositions légales et réglementaires, au moins 15 jours avant la date de convocation de l'assemblée générale.

Un procès-verbal du conseil d'administration est dressé et présenté aux délégués lors de l'assemblée générale préalablement au vote, en apportant notamment toutes les précisions sur les éventuelles candidatures invalidées. Les candidats sont informés, sous huitaine, de l'acceptation ou du refus de la candidature en précisant les recours.

Article 25 - LITIGE – CONTESTATION

Le candidat à un poste d'administrateur ayant vu sa candidature refusée par le conseil d'administration, a jusqu'au jour de la tenue de l'assemblée générale pour porter réclamation par écrit auprès de la Commission. La réponse sera apportée par la commission de contrôle et d'arbitrage séance tenante avant le vote de l'assemblée générale. Un procès-verbal de la décision sera établi autorisant ou non le délégué à poser sa candidature pour l'élection qui suit.

Article 26 - PRÉSENTATION DES CANDIDATS AUX DÉLÉGUÉS

Préalablement au vote, le président présentera chaque candidat et rappellera notamment les termes de sa lettre de motivation.

Article 27 - OPÉRATION DU VOTE

Le président du conseil d'administration, assisté par un assesseur membre du conseil d'administration, organise les modalités de vote et notamment le respect de sa confidentialité, à savoir l'élection à bulletins secrets (article 30 des statuts). Il est dressé un procès-verbal signé par le président et son assesseur. Les résultats sont portés à la connaissance de l'assemblée générale.

Toute contestation portant sur le déroulement du vote doit être remise, à l'issue de l'assemblée générale par écrit, au président. Ce dernier a 15 jours à compter de la date de l'assemblée générale pour répondre au requérant par écrit, cachet de la poste faisant foi. Il devra rappeler ces modalités de recours avant le démarrage du vote.

Article 28 - ÉLECTION DU PRÉSIDENT

En application de l'article 50 des statuts, un conseil d'administration se tient à l'issue de l'assemblée générale électorale afin de procéder à l'élection du président.

Le Conseil est présidé temporairement par l'administrateur le plus âgé qui fait appel à candidature au poste de président et rappelle que les votes s'effectuent à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à un tour. Il rappelle les voies de recours en cas de contestation du vote : écrit établi à l'issue du vote et remis au président qui aura 15 jours pour répondre au requérant par écrit, cachet de la poste faisant foi.

L'administrateur annonce les résultats et cède sa place au nouveau président qui poursuit les opérations de vote, dans les mêmes conditions et dans l'ordre suivant : Vice-président, Trésorier Général, Secrétaire Général. A l'issue des votes et s'il s'agit d'un renouvellement total, il est procédé à un tirage au sort pour désigner les tiers renouvelables.

Lors d'un renouvellement partiel, les modalités électorales restent les mêmes, ainsi que les dispositions en cas de contestation du vote.

Section 2

Réunions

Article 29 - PRINCIPE DE CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS ET DES DÉBATS

Les administrateurs, les membres du personnel qui assistent aux réunions, sont tenus à la plus grande discrétion et au secret sur des informations confidentielles réputées comme telles, vis-à-vis des tiers. En cas de manquement à ces obligations, le ou les administrateurs encourent leur révocation par le conseil d'administration et le ou les membres du personnel les sanctions telles que prévues dans le Code du Travail.

En cas de contestation sur les sanctions prises et à défaut de son règlement par la Commission prévue à l'article 45 du présent règlement, seules les juridictions civiles seront compétentes.

Les réunions se tiennent au Siège social de la mutuelle ou en tout autre endroit, à la diligence du président.

Les convocations sont faites par simple lettre, par télégramme, télécopie, email. En cas d'urgence, les administrateurs peuvent être convoqués verbalement.

Article 30 - POINTAGE DES PRÉSENCES

Lors de chaque réunion, les administrateurs et membres du personnel présents ou les personnes invitées, doivent signer une feuille de présence. Une mention particulière doit être apposée pour les personnes absentes ou excusées.

Article 31 - VOTES

En application de l'article 37 des statuts, les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante. A la diligence du président le vote se fait à main levée, ou si le sujet le nécessite à bulletin secret.

Article 32 - PROCÈS-VERBAUX

En application de l'article 37 des statuts, les délibérations, dénommées « procès-verbaux », sont reproduites sur un registre coté et paraphé. Les procès-verbaux sont signés par le président, ou à défaut le Vice-président et le Secrétaire Général. Les procès-verbaux sont conservés au Siège de la mutuelle et doivent pouvoir être présentés à tout moment aux instances judiciaires, au Commissaire aux Comptes ou à son suppléant, aux instances de tutelle émanant de l'Etat (A.C.P.) et à tout autre organisme habilité.

Article 33 - REPRÉSENTATION DU PERSONNEL

En application de l'article 35 des statuts et des dispositions de la Convention Collective Nationale des Organismes Mutualistes, un membre du personnel, avec voix consultative, assiste aux réunions du conseil d'administration. Les modalités de son élection, ainsi que la durée de son mandat, sont prévues au règlement intérieur.

Article 34 - DEMANDE DE CONVOCATION

Lorsque la convocation est demandée par le quart au moins des membres du Conseil, l'administrateur le plus âgé, pris dans le quart des demandeurs, en avise le président par tout moyen. Le président demande au Secrétaire Général ou à défaut à son adjoint, d'envoyer les convocations. La ou les questions inscrites à l'ordre du jour sont celles exposées par le quart des administrateurs ayant demandé la convocation.

CHAPITRE 3

LES COMMISSIONS

Section 1

Commission « conflits, contrôle et statuts »

Article 35 - COMPOSITION

Cette commission est présidée par un administrateur. Sa composition est définie en conseil d'administration et reprise dans les délibérations. Peuvent faire partie de cette commission, des administrateurs, des délégués titulaires ou suppléants, des membres participants, des salariés.

Article 36 - MISSIONS

Conformément à l'article 4 du présent règlement, la commission a pour but d'examiner tout conflit, litige qui a pu naître de l'application des statuts et des règlements, tant entre la mutuelle et ses adhérents, qu'entre la mutuelle, ses élus ou un salarié.

Elle a un rôle de médiation, de conciliation, d'arbitrage, afin d'aboutir à un accord amiable. Mais elle ne peut pour autant interdire toute voie de recours aux instances judiciaires si le contexte l'y oblige ou s'y prête.

Elle est également chargée de l'organisation des élections des délégués et veille, à ce titre, à l'application des articles 6 à 19 du présent règlement.

Les délais de recours en cas de litige, ainsi que les délais impartis pour y répondre, sont fixés dans les statuts, le règlement mutualiste, le présent règlement et les documents s'y rattachant (contrat collectif, notice d'information, conditions particulières etc.). Le requérant peut être entendu s'il le souhaite.

Article 37 - CONVOCATIONS

Le président de la Commission est chargé des convocations et de l'établissement de l'ordre du jour, en conformité avec les missions confiées.

Article 38 - COMPTES-RENDUS

Les comptes-rendus sont signés par le président de la Commission. Ils sont conservés au Siège de la mutuelle et sont portés à la connaissance du conseil d'administration qui suit sa séance, ou si l'urgence l'exige, ils pourront être portés à la connaissance de chaque membre du conseil d'administration par tout moyen.

Section 2

Commission « action sociale »

Article 39 - COMPOSITION

Cette commission est présidée par un administrateur. Sa composition est définie en conseil d'administration et reprise dans les délibérations. Il peut s'y adjoindre des personnes extérieures.

Article 40 - MISSIONS

La commission a pour mission d'étudier les orientations en matière de prévention et d'action sociale en vue de propositions au conseil d'administration. Elle a également pour objet d'examiner les demandes de secours et allocations en provenance des membres participants, selon les critères définis au règlement mutualiste.

Article 41 - CONVOCATIONS

Le président de la Commission est chargé des convocations et de l'établissement de l'ordre du jour, en conformité avec les missions confiées.

Article 42 - COMPTES-RENDUS

Les comptes-rendus sont signés par le président de la Commission. Ils sont conservés au Siège de la mutuelle et sont portés à la connaissance du conseil d'administration qui suit ou, si l'urgence l'exige, ils pourront être portés à la connaissance de chaque membre du conseil d'administration par tout moyen.

Section 3

Autres commissions

Article 43 - COMPOSITION

A la diligence du conseil d'administration, il peut être mis en place toute commission temporaire présidée par un membre du conseil d'administration. Il peut s'y adjoindre le Directeur, des salariés, des délégués, des conseillers extérieurs, des personnes invitées.

Article 44 - MISSIONS

Les missions sont clairement fixées par une délibération du conseil d'administration. Ces commissions n'ont aucun pouvoir décisionnaire. Leurs travaux ont pour but de débattre de toutes questions dans le cadre des missions confiées par le conseil d'administration et de lui en rendre compte.

Article 45 - CONVOCATIONS

Le président de la commission est chargé des convocations et de l'établissement de l'ordre du jour, en conformité avec les missions confiées.

Article 46 - COMPTES-RENDUS

Les comptes-rendus des travaux de la commission sont établis et signés par le président de la Commission. Ils sont conservés au Siège de la mutuelle et sont portés à la connaissance du conseil d'administration qui suit, ou si l'urgence l'exige, ils pourront être portés à la connaissance de chaque membre du conseil d'administration par tout moyen.

CHAPITRE 4

DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTION À UN DIRECTEUR

Article 47 - MODALITÉS

Les modalités d'application des délégations d'attributions données au Directeur par le conseil d'administration doivent être reprises dans la délibération du conseil d'administration fixant l'étendue des missions déléguées.

Article 48 - EXÉCUTION, DÉLÉGATIONS À DES COLLABORATEURS

Le Directeur est habilité à subdéléguer sous sa seule responsabilité. Il doit en informer préalablement le conseil d'administration afin que les délégations accordées sur des objets précis soient actées dans les délibérations (article 41 des statuts). Les subdélégations sont nominatives. Le Directeur doit informer le conseil d'administration lorsqu'il y met fin et en indiquer le motif.

Article 49 - LITIGES

Tout litige relatif à l'exécution des délégations telles que prévues aux articles 47 et 48 est présenté à la commission prévue à l'article 36 du présent règlement. A défaut d'accord sur l'interprétation ou si des fautes ont été commises, seules les juridictions civiles demeurent compétentes.

CHAPITRE 5

AUTRES RÉGLES TENANT AUX FONCTIONS D'ADMINISTRATEUR

Article 50 - INDEMNITÉS ALLOUÉES AUX ADMINISTRATEURS

Conformément à l'article 40 des statuts, des indemnités peuvent être allouées à des administrateurs. Une convention entre l'employeur de l'administrateur et la mutuelle est signée prévoyant le remboursement des salaires et charges patronales lorsque les attributions confiées à un administrateur l'empêchent d'exercer ses activités salariales sur les heures normales de travail, dans les limites fixées par les dispositions légales et réglementaires. Le remboursement s'effectue directement auprès de l'employeur de l'administrateur.

Lorsqu'il s'agit d'une profession indépendante, l'indemnité est calculée en fonction de la perte de gains constatée, dans les limites fixées par les dispositions légales et réglementaires.

A noter que les indemnités versées aux administrateurs ayant cessé tout ou partie de leur activité professionnelle ont le caractère de rémunération au sens de l'article L.242.1 du Code de la Sécurité Sociale (article L.114.17 du Code de la Mutualité). Les conventions sont proposées par le conseil d'administration à l'assemblée générale et n'ont une durée que d'une année (article 42 des statuts).

Article 51 - REMBOURSEMENT DE FRAIS

Conformément à l'article 43 des statuts, les frais occasionnés par les administrateurs dans le cadre de leurs missions, sont remboursés par la mutuelle, dans les limites fixées par la loi et sous réserve de présentation des justificatifs correspondants.

Si la loi ne le prévoit pas, les frais de déplacement sont indemnisés sur le barème applicable aux administrateurs du régime général de la Sécurité Sociale. A ce titre, chaque administrateur doit fournir copie de la carte grise de son véhicule.

Article 52 - ASSURANCES DIVERSES

Lors de déplacements ayant fait l'objet d'une convocation ou pour toute mission pour laquelle il est dûment mandaté, l'administrateur bénéficie de l'assurance souscrite par la mutuelle en sa faveur pour tous dommages causés du fait de l'utilisation de son véhicule. La mutuelle s'engage également à régler toutes cotisations sociales légales découlant de l'exercice du mandat d'administrateur.

La mutuelle peut, en outre, contracter toutes assurances portant notamment sur la responsabilité civile, la protection juridique, au profit des administrateurs sous réserve de l'accord préalable de l'assemblée générale.

TITRE III

DISPOSITIONS DIVERSES

CHAPITRE 1

ORGANISATION FINANCIÈRE

Section 1

Archives

Article 53 - DURÉE

Les pièces comptables ayant permis la sortie des bilans, comptes de résultats, annexes, ainsi que tous documents prévus par la loi sont conservés pour une durée fixée par les dispositions légales et réglementaires.

Article 54 - DESTRUCTION

Au-delà de la durée légale de conservation, les justificatifs peuvent être détruits. Il est alors établi un procès-verbal de destruction signé conjointement du Trésorier et du Directeur. Ce document est conservé au Siège social de la mutuelle.

Section 2

Commissaire aux Comptes

Article 55 - CONVOCATION EN DEHORS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

A la diligence du président, ou à défaut du Vice-président, le Commissaire aux Comptes peut être invité à participer à certaines réunion du conseil d'administration.

Article 56 - RELATIONS AVEC LA COMMISSION DE CONTRÔLE DES MUTUELLES

Déoulant de l'application de l'article 79 des statuts, le Commissaire aux Comptes prévient le président de la mutuelle des informations et remarques qu'il transmet à la Commission de Contrôle des mutuelles.

PREAMBULE

En application de l'article 5 des statuts de la M.G.S, il est rédigé le présent règlement dit « Règlement Mutualiste » fixant le contenu des engagements contractuels existants entre les membres et la mutuelle.

TITRE I CONTEXTE CONTRACTUEL CHAPITRE 1 Information des membres

Article 1^{er} - Obligation des membres

Le présent règlement, établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'assemblée générale, s'applique à tous les membres, au même titre que les statuts et le règlement intérieur (article 4 des statuts).

Article 2 - Publicité du règlement mutualiste

Le présent règlement est, sur simple demande, à la disposition, des membres participants ou honoraires lors d'une affiliation à titre individuel.

Lors de la souscription d'un contrat collectif, il est remis à la personne morale copie du présent règlement et les notices d'information qu'elle est chargée de transmettre à l'ensemble des membres participants.

Article 3 - Modification du règlement mutualiste

Lorsque des modifications, sur proposition du Conseil d'Administration, sont apportées au présent règlement et approuvées par la plus proche assemblée générale, la mutuelle est tenue d'en informer ses membres. Sauf stipulation contraire indiquée lors du vote de l'assemblée générale, les modifications prennent effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit celle de la tenue de l'assemblée.

CHAPITRE 2 Affiliation à caractère individuel Section 1 Modalités de souscription

Article 4 - Qualité de membre participant

Le membre participant, personne physique, bénéficie des prestations de la mutuelle. Il est le signataire du bulletin d'adhésion tel que prévu à l'article 7 du présent règlement.

Article 5 - Définition des ayants droit

Pour les contrats dont la mutuelle assure le risque, les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont définis à l'article 9 des statuts.

Article 6 - Qualité de membre honoraire

Conformément à l'article 9 des statuts, le membre honoraire est une personne physique signataire d'un bulletin d'adhésion, payant une cotisation, mais ne bénéficiant pas des prestations offertes par la mutuelle ou une personne morale ayant souscrit un contrat collectif.

Article 7 - Conditions d'adhésion

a) Membres participants et leurs ayants droit :

Pour les garanties dont la mutuelle assure le risque et sauf exceptions prévues aux conditions particulières du contrat, le membre participant et ses ayants droit doivent résider en France, dans les DOM-TOM ou à l'étranger s'ils relèvent d'un régime obligatoire français.

L'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion complété, daté et signé qui vaut acceptation des statuts et règlements de la mutuelle.

Les documents à joindre nécessaires à l'adhésion sont mentionnés sur le bulletin d'adhésion. Les modalités de prises d'effet et périodes de carence des garanties figurent dans la notice d'information remise au membre participant au moment de l'adhésion.

b) Membres honoraires personnes physiques :

Le Conseil d'Administration peut admettre des membres honoraires, personnes physiques ou morales, qui ont fait des dons ou rendu des services (article 9 des statuts de la mutuelle). Il examine les candidatures. Les documents à joindre, nécessaires à l'adhésion sont mentionnés dans la notice d'information. Les membres honoraires ne sont soumis à aucune condition d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité.

Article 8 - Renonciation

Conformément à l'article L.223-8 du Code de la Mutualité, le membre participant dispose d'un délai de 14 jours pour se rétracter (cachet de la poste faisant foi) à compter de la date de signature du contrat.

En cas d'exercice de cette faculté de renonciation, l'adhésion à la garantie est annulée. La mutuelle restitue dans un délai de trente jours calendaires, à compter de la date de réception de la lettre de renonciation, l'intégralité des sommes versées par le membre participant au titre de son adhésion. En cas de versement de prestations, le membre participant en effectue le remboursement dans le même délai.

La demande de renonciation est faite par lettre recommandée avec accusé de réception à : MGS – 22, rue Malmaison – 93700 BAGNOLET selon le modèle ci dessous :

Je soussigné(e) « Prénom NOM », déclare renoncer au contrat MGS n° souscrit le et vous prie de bien vouloir m'adresser le remboursement des sommes que j'ai versées au titre de mon adhésion dans un délai de 30 jours calendaires, à compter de la réception de la présente.

Fait àle..... « Signature ».

Section 2 Exécution du contrat

Article 9 - Paiement des cotisations des membres participants

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle dont le montant est déterminé au 1^{er} janvier.

La cotisation est due à compter de la date de prise d'effet du contrat. Elle peut être fractionnée, les périodicités et modes de règlement acceptés sont repris dans la notice d'information.

En cas de décès, les cotisations sont dues jusqu'au 1^{er} jour du mois suivant la date du décès.

Article 10 - Paiement des cotisations des membres honoraires

La cotisation relative aux membres honoraires est payable annuellement sans fractionnement.

Article 11 - Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisations due dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant.

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

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de règlement entraînera la résiliation des garanties.

Les cotisations impayées donnent lieu à recouvrement. Des pénalités de retard et frais de recouvrement peuvent être prévues sans formalité et seront dus par le membre participant. Les conditions particulières en reprennent les formalités.

Article 12 - Durée du contrat

Sauf exception prévue aux conditions particulières du contrat, le contrat est conclu pour une période d'un an à compter du 1^{er} janvier jusqu'au 31 décembre, sauf pour la première année si l'adhésion prend effet en cours d'année. Il est reconduit d'année en année par tacite reconduction.

Article 13 - Obligation d'information en cas de modifications familiales

Le membre participant informe par écrit la mutuelle, dans un délai maximum de 30 jours, de tout changement familial : mariage, décès, naissance, adoption, concubinage, pacte civil de solidarité (PACS), changement d'adresse, de banque, de régime obligatoire de Sécurité Sociale, de situation professionnelle, bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, immatriculation d'un ayant droit, ou tout autre événement énuméré dans les conditions particulières du contrat et ayant un lien direct sur son exécution et doit fournir les justificatifs nécessaires.

Article 14 - Démissions (résiliation volontaire du membre participant)

a) Règle générale

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans, en envoyant une lettre recommandée avec accusé réception à la mutuelle, au moins 2 mois civils avant la date d'échéance.

b) Particularités

Il peut également être mis fin à l'adhésion, et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, dans les conditions prévues à l'article L.221.7 du Code de la Mutualité.

c) Résiliation découlant d'autres dispositions légales ou réglementaires

Par ailleurs, en fonction d'autres dispositions légales, le membre participant peut également mettre fin à son adhésion pour les motifs suivants :

→ La mise en place d'un contrat collectif de même nature que les risques couverts par la mutuelle, à condition que ce contrat soit à titre obligatoire conformément aux dispositions de la loi EVIN et de l'article 83 du Code Général des Impôts et sur présentation d'un justificatif de l'employeur.

→ Le bénéfice, pour lui-même et éventuellement pour ses ayants droit, de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, sur présentation d'un justificatif du régime obligatoire ayant accordé les droits.

Article 15 - Exclusions

Les conditions d'exclusion des membres participants sont fixées par l'article 14 des statuts.

Article 16 - Conséquence de la démission, de la résiliation, de l'exclusion

La perte de la qualité de membre participant entraîne de plein droit pour lui-même et ses ayants droit et sans qu'il soit nécessaire d'effectuer d'autres formalités, la cessation des effets du bulletin d'adhésion, de tous autres documents contractuels entre la mutuelle et le membre.

Section 3 Information des membres

Article 17 - Pièces transmises – Informatique et Liberté

Les modalités du chapitre 2 sont reprises dans la notice d'information générale et les conditions particulières du contrat remises au membre participant.

La mutuelle est tenue d'informer le membre participant de toutes modifications apportées au présent règlement.

Elle rappelle, par ailleurs, que les relations avec le membre participant sont régies par la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978. A ce titre, le membre participant peut demander la communication et la rectification de toute information le concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de la mutuelle. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse du Siège Social de la mutuelle.

CHAPITRE 3 Adhésion à caractère collectif et facultatif Section 1 Modalités de souscription

Article 18 - Qualité de membre participant

Conformément à l'article 9 des statuts de la mutuelle, le membre participant est une personne physique, assurée à un régime obligatoire de la Sécurité Sociale, qui verse une cotisation et bénéficie ou fait bénéficier ses ayants droit des prestations de la mutuelle.

Il est le signataire d'un bulletin d'adhésion. Il se doit, en outre, d'appartenir à un groupe professionnel, interprofessionnel, d'entreprise ou associatif, lui-même signataire d'un contrat collectif.

Article 19 - Définition des ayants droit

Pour les contrats dont la mutuelle assure le risque, les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont définis à l'article 9 des statuts.

Article 20 - Qualité de membre honoraire

Conformément à l'article 9 des statuts de la mutuelle, le membre honoraire est soit une personne physique qui paie une cotisation, ou fait des dons ou a rendu des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, soit un représentant d'une personne morale qui a souscrit un contrat collectif.

Il est le signataire d'un bulletin d'adhésion. Il se doit, en outre, d'appartenir à un groupe professionnel, interprofessionnel, d'entreprise ou associatif, lui-même signataire d'un contrat collectif.

Article 21 - Conditions d'adhésion

a) Membres participants et leurs ayants droit :

Pour les garanties dont la mutuelle assure les risques et sauf stipulation expresse prévue au contrat collectif signé avec la personne morale ou l'employeur, le membre participant ou ses ayants droit doit résider en France, ou dans les DOM-TOM ou s'il réside à l'étranger relever d'un régime obligatoire français.

L'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion, complété, daté, signé par le salarié et visé par la personne morale ou l'employeur (ou son représentant) attestant ainsi l'appartenance au groupe, et qui vaut acceptation des statuts et des règlements.

A ce bulletin d'adhésion est joint une notice d'information générale reprenant les droits et obligations réciproques, ainsi que les conditions particulières applicables au groupe, et notamment l'étendue des prestations servies. Les pièces nécessaires à l'adhésion sont mentionnées sur le bulletin d'adhésion ou sur un document joint. Les modalités de prise d'effet et des périodes éventuelles de carence des garanties, figurent dans les conditions particulières du contrat collectif et dans la notice remise aux membres participants.

b) Conditions d'adhésion des membres honoraires

Il est appliqué les mêmes dispositions que l'article 7b) du présent règlement. Dans ce cas précis, les personnes physiques candidates ont rendu des services dans le cadre d'un contrat collectif.

Article 22 - Renonciation

Les conditions de renonciation du membre participant sont identiques à l'article 8 du présent règlement. Toutefois, cette faculté n'est pas offerte à la personne morale ou à l'employeur qui a signé un contrat collectif.

Section 2

Exécution du contrat

Article 23 - Paiement des cotisations

a) Par le membre participant

La cotisation est fixée annuellement et fait l'objet d'un avenant au contrat collectif signé entre la personne morale ou l'employeur et la mutuelle. Elle peut être fractionnée. Les périodicités et modes de paiement acceptés sont repris aux conditions particulières du contrat et dans la notice d'information destinée aux salariés.

b) Par la personne morale ou l'employeur

La cotisation est fixée annuellement et fait l'objet d'un avenant au contrat collectif entre la personne morale ou l'employeur et la mutuelle.

Les périodicités et modes de paiement acceptés sont repris aux conditions particulières du contrat collectif et dans la notice d'information destinée aux salariés.

Article 24 - Quote-part des Comités d'Entreprise

Même règle que l'article 23 b).

Article 25 - Défaut de paiement de la part de la personne morale ou de l'employeur (article L.221.8 - 1 - du Code de la Mutualité)

Lorsque dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente 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 des garanties.

Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

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 arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 26 - Défaut de paiement de la part du membre participant

En application de l'article L.221.8 - II - du Code de la Mutualité, lorsque, dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix 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 à l'alinéa précédent 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 de cotisations.

Article 27 - Recouvrement des cotisations impayées

Selon les modalités de paiement prévues aux articles 25 et 26 du présent règlement, les cotisations impayées donnent lieu à recouvrement. Des pénalités de retard et des frais de

recouvrement peuvent être prévus sans formalité et seront dus par le membre participant, ou par la personne morale ou l'employeur si les cotisations sont précomptées.

Ces dispositions ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à la Mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche, un accord professionnel ou interprofessionnel régi par l'article L.912-1. du code de la sécurité sociale.

Article 28 - Durée du contrat (article L.221-9 du Code de la Mutualité)

Sauf exception, le contrat est conclu pour une période minimale d'un an à compter du 1^{er} janvier jusqu'au 31 décembre, sauf pour la première année si l'adhésion prend effet en cours d'année.

Il est reconduit d'année en année par tacite reconduction.

Article 29 - Obligation d'information en cas de modifications familiales

Les obligations des membres participants sont identiques à celles prévues à l'article 13 du présent règlement.

Article 30 - Obligation d'information de la part de la personne morale ou de l'employeur

L'employeur ou la personne morale souscriptrice d'un contrat collectif est tenu d'informer par écrit la mutuelle de tout mouvement d'entrée ou de sortie du personnel, de toutes les informations reçues de ses salariés membres participants dans le cadre de l'article 29 du présent règlement, selon les modalités et délais prévus au contrat collectif.

Il en est de même de tous événements pouvant modifier partiellement ou totalement l'exécution du contrat collectif, et notamment : la mise sous règlement judiciaire, la liquidation, la fusion, l'absorption, la scission, la création de filiales, la modification d'un éventuel accord d'entreprise, professionnel, interprofessionnel ou de branche, le changement de banque, les mesures de licenciement collectif.

Article 31 - Démission du membre participant

a) Règle générale

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion conformément aux dispositions de l'article 14 a) du présent règlement.

Ces modalités sont également rappelées dans les dispositions du contrat collectif.

b) Particularités

Il peut également être mis fin à l'adhésion, 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 personnelle ou cessation d'activité professionnelle conformément à l'article 221.17 du Code de la Mutualité.

Sont également un motif légitime de mettre fin à l'adhésion le licenciement, la retraite, ou la démission du salarié du groupe auquel il appartient et pour lequel la personne morale ou l'employeur a signé un contrat collectif.

De même, le membre participant peut dénoncer son affiliation en raison de modifications apportées au présent règlement initialement dans la notice d'information transmise par l'employeur ou la personne morale, et ce dans le mois à compter de la remise de ladite notice (article L.221.6 alinéa 2 du Code de la Mutualité).

c) Membre participant bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire

Le membre participant bénéficiaire de cette couverture peut mettre fin sans délai à son adhésion.

d) Information de l'employeur ou de la personne morale

Le membre participant, quel que soit le motif de la démission prévue aux articles 14a, 14b et 14 c), est tenu, soit d'informer parallèlement son employeur ou la personne morale signataire du contrat collectif dans la mesure où il règle directement les cotisations, soit lui demander, si celui-ci précompte les cotisations, de transmettre sa demande à la mutuelle.

Article 32 - Résiliation du contrat collectif

L'employeur ou la personne morale peut mettre fin au contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée avec accusé réception à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance. La mutuelle peut résilier le contrat dans les conditions identiques en application de l'article L.221.10 du Code de la Mutualité. Ces modalités sont rappelées dans le contrat collectif.

La résiliation peut être, dans un premier temps, effectuée à titre conservatoire. Faute de stipulation expresse prévue dans le courrier, la résiliation ne deviendra effective que si elle est confirmée par un nouveau courrier recommandé avec accusé réception réceptionné avant la fin de l'échéance annuelle.

Par ailleurs, il peut être mis fin de façon anticipée à un contrat collectif avant la date d'échéance prévue aux conditions générales du contrat, pour les motifs suivants :

- La disparition de la personne morale suite à la liquidation, la fusion, l'absorption.
- Le rachat de l'entreprise par une personne morale lui imposant une adhésion à caractère obligatoire résultant d'une obligation prévue dans une convention de branche, un accord professionnel ou interprofessionnel régi par l'article L.912.1 du Code de la Sécurité Sociale ou par un accord d'entreprise ou de groupe d'entreprises.

L'employeur ou la personne morale est tenu d'informer, parallèlement à sa demande de résiliation du contrat.

Article 33 - Exclusion

Conformément à l'article 14 des statuts, sont exclus les membres participants qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle.

Article 34 - Conséquence de la démission, de la résiliation du contrat collectif

La perte de la qualité de membre entraîne de plein droit pour lui-même et ses ayants droits et sans qu'il soit nécessaire d'effectuer d'autres formalités, la cessation des effets du bulletin d'adhésion, du contrat collectif, de tous autres documents contractuels entre la mutuelle et le membre et entre la mutuelle et la personne morale ou l'employeur.

Section 3
Information des membres

Article 35 - Pièces transmises – Informatique et Liberté

Les modalités des articles figurant au chapitre 3 du présent règlement sont reprises soit dans la notice d'information générale et les conditions particulières du contrat remises au membre participant, soit dans le contrat collectif.

La mutuelle transmet les modifications du présent règlement à la personne morale ou l'employeur signataire du contrat collectif. Ce dernier est tenu d'en informer l'ensemble de ses salariés, membres participants. La preuve de la remise de la notice des statuts ou de tous autres documents contractuels ou d'information, incombe à la personne morale ou à l'employeur.

La mutuelle rappelle, par ailleurs, que les relations avec le membre participant sont régies par la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978. A ce titre, le membre participant peut demander la communication et la rectification de toute information le concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de la mutuelle. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse du Siège Social de la mutuelle.

CHAPITRE 4
Affiliation à caractère collectif et obligatoire
Section 1
Modalités de souscription

Article 36 - Qualité de membre participant

Les salariés, personnes physiques, deviennent membres participants du fait de la signature, par leur employeur, d'un contrat collectif ou d'un bulletin d'adhésion. La mise en place du contrat collectif à caractère obligatoire, pour une ou plusieurs catégories de salariés, tient, en vertu des dispositions législatives ou réglementaires, d'une convention ou d'un accord d'entreprise, de la ratification à la majorité des salariés d'un projet d'accord proposé par l'employeur, d'une décision unilatérale de l'employeur de s'affilier à la mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques. A la date de leur affiliation, les salariés deviennent membres participants.

Article 37 - Définition des ayants droit

Ils sont identiques à ceux prévus aux articles 7 et 20 du présent règlement.

Article 38 - Qualité de membre honoraire

Conformément à l'article 9 des statuts, la personne morale ou l'employeur, souscripteur d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, peut devenir, sur sa demande expresse et sur accord préalable du Conseil d'Administration, membre honoraire de la mutuelle.

Article 39 - L'employeur membre honoraire

Ne peut devenir membre honoraire que l'employeur ou la personne morale souscriptrice de l'un des contrats collectifs suivants :

- Contrat de remboursements de soins de maladie, pour lequel la mutuelle assure ou co-assure les risques.
- Tout autre contrat pour lequel la mutuelle assure ou co-assure les risques.

Sont exclus :

- Tous les contrats souscrits pour lesquels la mutuelle n'intervient qu'en tant qu'intermédiaire mutualiste,
- Tous les contrats qui ont été confiés en gestion totale ou partielle à la mutuelle et pour lesquels la mutuelle n'assure pas le risque.

Article 40 - Conditions d'adhésion des salariés et de ses ayants droit

Pour les garanties dont la mutuelle assure les risques et sauf stipulation expresse prévue au contrat collectif entre la mutuelle et la personne morale ou l'employeur, le salarié, ou ses ayants droit, doit résider en France ou dans les DOM-TOM, ou s'il réside à l'étranger relever d'un régime obligatoire français.

Article 41 - Etablissement d'un contrat collectif et obligatoire

Un contrat collectif est établi en deux exemplaires, daté et signé par la mutuelle et l'employeur. Son contenu est fixé par les dispositions légales et réglementaires. Sont annexés, aux conditions particulières, les garanties souscrites et un modèle de fiche de renseignements destiné à chaque salarié.

Article 42 - Remise d'autres documents

La mutuelle remet également à l'employeur :

- Une notice d'information générale qui définit les diverses formalités à accomplir, le contenu des clauses édictant les nullités, les déchéances ou les exclusions, les délais de prescription.
- Les garanties souscrites, leurs limitations, les modalités d'entrée en vigueur, les modalités tarifaires.
- Les statuts et le présent règlement.
- Tout autre règlement, notice, documents établis par les assureurs des garanties souscrites lorsque la mutuelle n'intervient qu'en tant qu'intermédiaire mutualiste.

Sur la demande de l'employeur, il peut également lui être remis une copie du règlement interne.

L'employeur est tenu de remettre les notices et tous autres documents énumérés ci-dessus à l'ensemble des salariés devenus membres participants (article L.221.6 du Code de la Mutualité).

Article 43 - Modalités d'adhésion pour l'employeur membre honoraire

L'employeur souhaitant devenir membre honoraire, en application des articles 38 et 39, doit remplir, à cet effet, un bulletin d'adhésion.

Section 2
Exécution du Contrat

Article 44 - Paiement des cotisations

La cotisation est fixée annuellement et fait l'objet d'un avenant au contrat collectif entre l'employeur et la mutuelle. Elle peut être fractionnée. Les périodicités et modes de paiement acceptés, sont repris aux conditions particulières du contrat collectif et dans la notice d'information remise aux salariés. Peut éventuellement s'y adjoindre une quote-part réglée par un Comité d'Entreprise selon les mêmes règles.

Article 45 - Droit d'entrée

Il n'est pas réclamé de droit d'entrée quel que soit le caractère de l'adhésion.

Article 46 - Défaut de paiement de la part de l'employeur et/ou du Comité d'Entreprise

Lorsque l'employeur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance la mutuelle appliquera les majorations de retard au taux légal. Celles-ci sont à la charge exclusive de l'employeur. La mutuelle se donne l'autorisation de poursuivre en justice l'exécution du contrat (article L.221.8 - III du Code de la Mutualité). Les mêmes modalités sont applicables à la quote-part éventuelle versée par un Comité d'Entreprise.

Article 47 - Durée du Contrat

Le contrat collectif entre l'employeur et la mutuelle est conclu pour une durée librement fixée, basée sur l'année civile, mentionnée dans ledit contrat qui prévoit également la possibilité de reconduction tacite chaque année (article L.221.9 du Code de la Mutualité).

Article 48 - Obligation d'information de la part du membre participant

Le membre participant est tenu d'informer son employeur de toutes modifications familiales tendant à modifier sa condition de membre participant, selon les mêmes dispositions que l'article 13 du présent règlement, à charge, pour l'employeur, de transmettre ces informations à la mutuelle.

Article 49 - Obligation d'information de la part de l'employeur

L'employeur, souscripteur du contrat collectif, est tenu d'informer la mutuelle de tout mouvement d'entrée et de sortie du personnel, de toutes les informations reçues de ses salariés, membres participants, dans le cadre de l'article 48 du présent règlement, selon les modalités et délais prévus au contrat collectif.

Il en est de même de tout événement pouvant modifier partiellement ou totalement l'exécution du contrat collectif, et notamment : la mise sous règlement judiciaire, la liquidation, la fusion, l'absorption, la scission, la création de filiales, la modification d'un éventuel accord d'entreprise, professionnel, interprofessionnel ou de branche, le changement de banque, les mesures de licenciement collectif, etc.

Article 50 - Résiliation du contrat collectif

L'employeur peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans, en envoyant une lettre recommandée avec accusé réception à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance.

La mutuelle peut, dans des conditions identiques, résilier le contrat collectif.

Dans ces deux cas, la résiliation peut être, dans un premier temps, effectuée à titre conservatoire. Faute de stipulation expresse prévue dans le courrier, la résiliation ne deviendra effective que si elle est confirmée par un nouveau courrier recommandé avec accusé réception réceptionné avant la fin de l'échéance annuelle.

Ces modalités de résiliation réciproque sont rappelées au contrat.

Par ailleurs, il peut être mis fin de façon anticipée au contrat collectif avant sa date d'échéance annuelle prévue aux conditions générales, pour les motifs suivants :

- La disparition de la personne morale suite à la liquidation, la fusion,
- La disparition de l'accord d'entreprise, professionnel, interprofessionnel ou de branche,
- Le rachat par une autre personne morale lui imposant l'adhésion à un contrat collectif à caractère obligatoire de même nature. Cette disposition ne s'applique pas lorsque la personne morale souscriptrice ne disparaît pas et que le contrat collectif souscrit par la société absorbante n'a qu'un caractère facultatif. En ce cas précis, seules les dispositions prévues à l'alinéa 1 du présent article sont applicables.

La résiliation du contrat collectif met fin à la qualité de membre honoraire de la personne morale lorsque celle-ci l'avait acquise.

Article 51 - Cas particulier des salariés bénéficiaires de la CMU Complémentaire

Lorsqu'un salarié, membre participant dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, vient à bénéficier de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, son employeur est tenu d'informer la mutuelle. Les relations entre la mutuelle et ce membre participant seront régies conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues.

Article 52 - Conséquence de la résiliation du contrat collectif

La résiliation du contrat collectif entraîne de plein droit la perte de la qualité de membre participant pour chacun des salariés. Sans qu'il soit nécessaire d'effectuer d'autre formalité, cessent les effets des contrats, des notices, des conditions particulières et de tous autres documents contractuels.

Section 3
Information

Article 53 - Pièces transmises – Informatique et Liberté

Les modalités des chapitres 4 et 5 du présent règlement sont reprises, selon leur destination, dans la notice d'information générale, les conditions particulières ou le contrat collectif.

La mutuelle transmet les modifications du présent règlement à l'employeur signataire du contrat collectif. Ce dernier est tenu d'en informer l'ensemble de ses salariés, membres participants. La preuve de la remise de la notice, des statuts, de tous autres documents contractuels ou d'information, incombe à l'employeur.

La Mutuelle rappelle, par ailleurs, que les relations avec le membre participant sont régies par la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978. A ce titre, le membre participant peut demander la communication et la rectification de toute information le concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de la mutuelle. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse du Siège Social de la mutuelle.

CHAPITRE 5
Prescriptions – Nullités - Litiges
Section 1
Prescriptions

Article 54 - Règles générales

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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 connu, 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.

Conformément aux dispositions de l'article L.221.11 du Code de la Mutualité, quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Article 55 - Interruption de la prescription

Conformément aux dispositions de l'article L.221.12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec 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 à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L.221.12 du Code de la Mutualité).

Section 2
Nullités

Article 56 -

a) Règles générales

Selon les dispositions de l'article L.221.14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

b) Règles particulières pour les affiliations à caractère collectif et facultatif et celles à caractère individuel

En application de l'article L.221.15 du Code de la Mutualité, pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion, dans le cadre des règlements, ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée avec accusé réception. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 57 - Clauses nulles

En application de l'article L.221.16 du Code de la Mutualité, sont nulles toutes clauses générales frappant de déchéance le membre participant, l'ayant-droit ou le bénéficiaire, en cas de violation des lois ou des règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel. Sont nulles également toutes clauses frappant de déchéance le membre participant, l'ayant-droit ou le bénéficiaire, à raison de simple retard apporté par lui, sans intention frauduleuse, à la déclaration relative à la réalisation du risque, aux autorités, ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit pour la mutuelle de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

Section 3
Litiges

Article 58 -

Tout litige, dans la mesure où il n'aura pas été résolu par des démarches administratives amiables et courantes, pourra être soumis à un médiateur dans les conditions et délais prévus au contrat collectif, et ce avant toute procédure auprès des tribunaux compétents.

CHAPITRE 6
Modalités pour les risques non couverts par la mutuelle
Section 1
La mutuelle intermédiaire mutualiste

Article 59 - Contrats distribués et gérés par la mutuelle

- a) Les modalités de souscription, d'exécution des contrats, les prescriptions, les déchéances et nullités, sont établies par l'assureur des risques.

A la souscription, la mutuelle transmet à cet effet les notices, conditions particulières et tous autres documents contractuels en provenance de l'assureur.

A ce titre, la mutuelle ne pourrait être tenue pour responsable du contenu desdits documents.

- b) Seule la responsabilité de la mutuelle peut être reconnue dans la mesure où elle n'aurait pas distribué ou exécuté les contrats tel que le prévoit l'assureur des risques.

Article 60 - Contrats distribués mais non gérés par la mutuelle

Seules les modalités de l'article 59 a) sont applicables.

Section 2
Contrats non distribués et gérés pour le compte d'assureurs

Article 61 - Règles générales

- a) Les modalités de souscription, d'exécution des contrats, les prescriptions, les déchéances et nullités, sont établies par l'assureur des risques.

A cet effet, l'assureur est tenu de transmettre au signataire du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, les notices, conditions particulières et tous autres documents contractuels prévus par les dispositions légales ou réglementaires qui régissent ses activités d'assureur des risques.

A ce titre, la mutuelle ne pourrait être tenue pour responsable, en tant que simple gestionnaire des risques, des clauses, dispositions, imposées par l'assureur.

- b) Seule la responsabilité de la mutuelle peut être reconnue dans la mesure où elle n'aurait pas distribué ou exécuté les contrats tel que le prévoit l'assureur des risques.

Section 3

Qualité de membre participant pour des personnes physiques souscrivant des risques non assurés par la mutuelle

Article 62 - Principe

Pour des risques ou prestations servies non assurés par la mutuelle, le souscripteur du contrat peut devenir également membre participant de la mutuelle dans la mesure où il signe un bulletin d'adhésion et paie une cotisation de mutualisation. Le montant de cette cotisation est fixé chaque année en assemblée générale.

Une notice d'information lui est remise ainsi que les conditions particulières reprenant les prestations qui lui sont directement servies par la mutuelle.

Article 63 - Etendue

La possibilité de devenir membre participant tel que prévu par les dispositions de l'article 62 du présent règlement n'est offerte qu'aux seules personnes physiques ayant signé un bulletin d'adhésion au titre de garanties proposées par la mutuelle en tant qu'intermédiaire mutualiste (articles 59 et 60 du présent règlement).

TITRE II
PRESTATIONS SERVIES
CHAPITRE 1

Prestations maladie assurées par la mutuelle
Section 1
Ticket modérateur

Article 64 - Définition

Dans le cadre du parcours de soins coordonné à travers un dispositif de médecin traitant et de contrats responsables permettant la prise en charge solidaire des soins, la Mutuelle rembourse, sauf exceptions prévues au contrat, le Ticket Modérateur (T.M.). On entend par ticket modérateur (T.M.), la différence entre la base de remboursement (B.R.) ou le tarif d'autorité de la Sécurité Sociale et le remboursement effectué par celle-ci, diminué des exclusions pour non respect du parcours de soins et refus d'autorisation d'accès au dossier médical personnel (DMP).

La mutuelle prendra en charge totale le T.M. pour deux actes de prévention.

Le T.M. est intégralement remboursé pour les soins en charge préalablement par la Sécurité Sociale, après prise en compte des alinéas 2 et 3 ci-dessus et tels que définis par les articles 65 à 71 du présent règlement.

Article 65 - Maladie

Consultations, visites, indemnités de déplacement des praticiens généralistes ou spécialistes,

Soins prodigués par les auxiliaires médicaux et les indemnités de déplacements,

Les actes de petite chirurgie, de spécialistes, de radiologues,

Les analyses, examens, actes de biologie,

Les médicaments irremplaçables ou de confort et les préparations magistrales pris en charge par la Sécurité Sociale.

Article 66 - Appareillage

Les dépenses d'achat, de location, de réparation des fournitures d'orthopédie, de petit et grand appareillage telles que prévues au T.I.P.S. (tarif interministériel des prestations sanitaires).

Article 67 - Optique

Toutes les dépenses d'achat, de réparation de fourniture d'optique, verres, montures, lentilles cornéennes, prises en charges par la Sécurité Sociale.

Article 68 - Dentaire

La mutuelle prend en charge les dépenses relatives aux soins, actes radiologiques, honoraires, chirurgie, stomatologie, prothèses dentaires conjointes, adjuvantes, restauratrices maxillo-faciales, thérapeutiques, les appareils fonctionnels, et tous autres traitements pour lesquels la Sécurité Sociale a donné son accord préalable.

Article 69 - Cures Thermales

La mutuelle effectue le remboursement complémentaire des frais médicaux, du forfait thermal, dans la mesure où la cure a fait l'objet d'un accord préalable du régime obligatoire.

Article 70 - Hospitalisation

Est pris en charge le remboursement des soins, honoraires, frais de salle d'opération, et tous autres actes réalisés dans le cadre d'une hospitalisation quel qu'en soit le motif et sous réserve de la prise en charge par la Sécurité Sociale.

Article 71 - Transports

La mutuelle rembourse les frais de transport en ambulance, véhicule sanitaire léger, SAMU, tous autres moyens de transport habilités, ou éventuellement frais de taxi, véhicule personnel, dans la mesure où la Sécurité Sociale les a pris en charge préalablement.

Section 2
Suppléments ou forfaits

Article 72 - Modalités

Si les garanties souscrites le prévoient, la mutuelle peut être amenée à rembourser, sous forme de forfaits ou suppléments, certains soins selon les modalités indiquées aux conditions ci-dessus rappelées. Le paiement de ces prestations est subordonné à la prise en charge par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale.

Article 73 - Limites

En tout état de cause, les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées.

Article 74 - Dépassements d'honoraires

La mutuelle, si les garanties souscrites le prévoient, rembourse les dépassements d'honoraires dans les limites des dépenses réellement engagées. Sauf exceptions prévues au contrat, la mutuelle ne rembourse pas les honoraires de professions non conventionnées ou non reconnues comme telles par la Sécurité Sociale.

Sont considérés comme dépassements d'honoraires les sommes réclamées par certains praticiens dûment habilités à pratiquer des honoraires libres et déclarés comme tels auprès des régimes de Sécurité Sociale.

Article 75 - Appareillage

La mutuelle peut être amenée, si les garanties souscrites le prévoient, à régler des suppléments ou forfaits, selon les modalités fixées aux conditions particulières, pour l'achat, la réparation ou la location d'appareillages tels que rappelés à l'article 66 et pris en charge par la Sécurité Sociale dans la limite des dépenses réellement engagées.

Article 76 - Optique

La Mutuelle peut être amenée, si les garanties souscrites le prévoient, à accorder des forfaits dans la limite des dépenses réellement engagées.

Sauf exception prévues aux conditions particulières, les forfaits sont définis par année civile et peuvent être plafonnés.

Les forfaits sont versés suite à l'achat, au remplacement total ou partiel de l'appareillage, suite à une prescription médicale ou à une casse qu'il s'agisse de verres, monture ou lentilles cornéennes acceptées par la Sécurité Sociale. Les lentilles cornéennes refusées par la Sécurité Sociale sont remboursables dans la mesure où elles ont été prescrites médicalement y compris les lentilles cornéennes jetables.

Sont exclus des remboursements les consommables d'entretien, les accessoires (étuis, etc.), les appareillages anti-solaires sans prescription médicale et/ou sans correction visuelle, les lentilles cornéennes colorées, ainsi que toute fourniture à but purement esthétique.

Les forfaits sont versés dans la limite des dépenses réellement engagées.

Correction laser de la myopie : la mutuelle peut être amenée, si les garanties souscrites le prévoient, à participer au remboursement de certains frais dans la limite des dépenses réellement engagées.

Article 77 - Dentaire

Pour les soins et prothèses dentaires acceptées par la Sécurité Sociale et si les garanties souscrites le prévoient, la mutuelle prend en charge les suppléments réclamés par les praticiens, dans les limites des dépenses réellement engagées.

Pour les prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale, la mutuelle peut être amenée à participer au remboursement de certaines dépenses si les garanties souscrites le prévoient.

Sauf exceptions prévues au contrat, ne sont pas pris en charge les interventions sous anesthésie générale ou non, lorsque celles-ci concernent les techniques d'implantations unitaires ou multiples visant une restauration prothétique (implants, inlays).

Article 78 - Orthodontie

En complément des remboursements opérés par la Sécurité Sociale, la mutuelle peut accorder, si les garanties souscrites le prévoient, des forfaits ou suppléments.

De même, ces conditions peuvent prévoir la participation de la mutuelle aux traitements orthodontiques refusés par les régimes de Sécurité Sociale. Toutefois, dans ce cas précis, la participation de la mutuelle ne pourra être sollicitée que jusqu'au 18^{ème} anniversaire de l'enfant, et dans la mesure où les traitements n'ont pas un but esthétique mais découlent d'une pathologie pour laquelle il aurait pu bénéficier d'une prise en charge par la Sécurité Sociale si la demande avait été faite dans le délai imparti, soit avant le 16^{ème} anniversaire.

Article 79 - Hospitalisation

a) Honoraires, soins examens :

Si les garanties souscrites le prévoient, la mutuelle peut intervenir sur les dépassements pratiqués par certains praticiens, en particulier : chirurgiens, anesthésistes, et ce, quelle que soit la nature de l'hospitalisation.

b) Forfait journalier hospitalier :

La mutuelle prend en charge le forfait journalier hospitalier fixé par les pouvoirs publics, en fonction des garanties souscrites, et ce quelle que soit la nature de l'hospitalisation.

c) Chambre particulière :

La mutuelle intervient sur les frais de chambre particulière. Les montants et modalités sont fixés en fonction des garanties du contrat souscrit.

d) Frais d'accompagnant :

Si les garanties souscrites le prévoient, la mutuelle rembourse les frais d'hébergement d'accompagnant.

Les prestations prévues au présent article sont versées dans la limite des dépenses réellement engagées.

Article 80 - Cures thermales

Si les garanties souscrites le prévoient, la mutuelle peut accorder des forfaits dans la limite des dépenses réellement engagées.

Ceux-ci permettent le remboursement de frais supplémentaires occasionnés lors d'une cure.

Article 81 - Transports

Si les garanties souscrites le prévoient, la mutuelle rembourse certains suppléments facturés lors des transports. Toutefois, il ne peut en aucun cas s'agir de remboursement de frais de transport non pris en charge préalablement par la Sécurité Sociale.

CHAPITRE 2

FONDS SOCIAL DE LA MUTUELLE

Article 82 - Allocations et Secours

La mutuelle peut, sur une somme particulière que détermine annuellement l'assemblée générale, accorder des allocations et secours aux membres participants et à leur ayants droit. Les allocations et secours sont attribués sur avis de la commission d'action sociale tel

que le prévoit l'article 40 du règlement intérieur. Un secours ne peut être attribué qu'en cas de graves difficultés financières générées par la maladie ou le handicap.

Les demandes d'allocation doivent être réceptionnées dans le mois suivant la survenance de l'événement accompagnées de justificatifs.

Les modalités d'application sont fixées aux articles 91 et 96 du présent règlement.

CHAPITRE 3

Autres prestations non assurées par la mutuelle

Article 83 - Obsèques et décès

La mutuelle propose la souscription de garanties décès ou obsèques pour lesquelles elle n'assure pas directement les risques. A ce titre, en tant qu'intermédiaire mutualiste, la mutuelle remet aux membres participants ayant souscrit ces prestations une notice, élaborée par l'assureur des risques, indiquant les droits et obligations des membres participants, de la mutuelle et de l'assureur.

Article 84 - Prévoyance

La mutuelle peut proposer, en tant qu'intermédiaire mutualiste, la souscription de contrats de prévoyance pour lesquels elle n'assure pas les risques. L'étendue des garanties, les modalités d'exécution du contrat sont reprises dans une notice établie par l'assureur du risque que la mutuelle remet au souscripteur.

Article 85 - Autres prestations

La mutuelle peut, pour le compte notamment d'organismes d'assurance ou de l'Economie Sociale, proposer ou gérer (totalement ou partiellement) des prestations dans les limites éventuelles fixées par les dispositions légales. L'assureur des prestations informe ses assurés ou sociétaires du niveau de prestations proposées, des droits et obligations réciproques, par la remise d'une notice d'information.

CHAPITRE 4

Pratique du tiers payant

Article 86 - Définition

La pratique du tiers payant consiste en un paiement direct, total ou partiel, des frais médicaux ou pharmaceutiques par la mutuelle au lieu et place du membre participant.

Cette pratique est ouverte au niveau national.

Article 87 - Modalités

L'étendue du tiers payant dépend du régime obligatoire d'affiliation des bénéficiaires.

Le membre participant en est informé lors de la remise de la notice d'information et des conditions particulières du contrat.

Article 88 - Radiation - Exclusion

La carte d'adhérent ouvrant les droits au tiers payant doit être impérativement restituée à la mutuelle en cas de résiliation des garanties. En cas d'utilisation frauduleuse, la mutuelle se réserve le droit d'entamer des poursuites.

CHAPITRE 5

Télétransmission avec les régimes obligatoires de Sécurité Sociale

Article 89

Grâce à l'accord passé par la mutuelle avec certains régimes obligatoires, le circuit des remboursements est simplifié par échange de données informatisées.

CHAPITRE 6

Paiement des prestations, secours et allocations

Article 90 - Règles générales en matière de soins de santé

Sauf procédure de télétransmission prévue à l'article 89, ou de tiers payant prévu au chapitre 4, le remboursement complémentaire intervient sur présentation du décompte du régime obligatoire, éventuellement du décompte d'un organisme complémentaire si la mutuelle intervient en deuxième assureur, accompagné des justificatifs indiqués sur la notice remise aux membres participants.

Article 91 - Allocations et Secours

Les pièces justificatives sont indiquées sur le dossier à remplir par le demandeur.

Article 92 - Modalités et délais de paiement en matière de soins de santé

Les remboursements se font par virement sur le compte désigné par le membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans le mois qui suit la réception du dossier lorsque la procédure de télétransmission n'est pas appliquée. Pour les personnes bénéficiant de la télétransmission, les modalités et délais sont ceux appliqués par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale.

Le paiement des allocations et des secours se fait par virement sur le compte désigné par le demandeur, après avis favorable de la commission chargée de l'étude du dossier.

Article 93 - Risques non assurés par la mutuelle

Les modalités de paiement sont rappelées dans la notice établie par l'assureur des risques et transmise par la mutuelle à l'assuré lors de la souscription qui n'intervient qu'à titre d'intermédiaire mutualiste. Si le contrat entre la mutuelle et l'assureur le prévoit, la mutuelle peut gérer tout ou partie des risques, sans pour autant les assurer. Cette information est reprise dans ladite notice. Sont notamment concernés les prestations en matière d'assistance, obsèques, prévoyance, épargne, prêts, soins de santé non assurés par la mutuelle mais gérés par elle, et toutes autres prestations que la mutuelle serait amenée à diffuser auprès des membres participants.

CHAPITRE 7

Non-paiement des prestations

Article 94 - Forclusion

a) Prestations santé assurées par la mutuelle

Les demandes de paiement doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai d'un an à compter de la date d'établissement du décompte par le régime obligatoire de Sécurité Sociale ou celle de la facture émise par le praticien.

b) Prestations non assurées par la mutuelle

Les délais de forclusion applicables pour ces prestations sont repris dans la notice remise par la mutuelle lors de la souscription.

Article 95 - Défaut de paiement des cotisations

a) Prestations santé et prévention assurées par la mutuelle

Conformément aux articles 11, 25, 26 et 46 du présent règlement, les prestations sont suspendues dans les délais impartis par la loi.

b) Prestations non assurées par la mutuelle

Les modalités du refus de paiement des prestations en cas de non-paiement des cotisations ou de fractions de cotisations sont fixées dans la notice établie par l'assureur des risques et remise par la mutuelle intermédiaire mutualiste ou l'assureur lors de la souscription.

Article 96 - Réclamation

Pour être recevables, toutes réclamations portant sur les prestations, actions de prévention ou sur les allocations et secours, devront parvenir dans un délai de six mois à compter de la date de paiement ou de la décision de refus de paiement par la mutuelle.

CHAPITRE 8
Subrogation

Article 97 - Principe

Le membre participant s'engage à informer la mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité entière ou partagée d'un tiers, la mutuelle étant subrogée de plein droit aux bénéficiaires des prestations, victime d'un accident, dans leur action contre le tiers responsable.

Article 98 - Modalités

La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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 des éléments du 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.

CHAPITRE 9
Pluralité d'assurance

Article 99 - Principe

Le membre participant s'engage à informer la mutuelle lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle souscrite auprès de la mutuelle, dans le cadre d'une affiliation individuelle ou collective. Le cumul des prestations ne peut en aucun cas dépasser le montant des frais engagés par le participant.

Article 100 - Modalités

Les garanties de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date d'adhésion ou de souscription. Dans cette limite, le membre participant et, éventuellement son conjoint s'il existe bénéficiaire du contrat, peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix, en application des dispositions de loi EVIN.

TITRE III
LES COTISATIONS
CHAPITRE 1
Contrats soins de santé
Section 1
Modalités de calculs

Article 101 - Critères de calcul

Peuvent être retenus par la mutuelle les critères suivants servant de base au calcul des cotisations :

- L'âge de chaque bénéficiaire adulte, calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année en cours,
- Le département d'appartenance,
- Le régime obligatoire d'affiliation,
- Le niveau de garanties souscrit,
- Les garanties optionnelles souscrites,
- Le nombre total de bénéficiaires.

Article 102 - Critères exclus

La mutuelle ne peut fixer les cotisations en fonction de l'état de santé des bénéficiaires. A ce titre, aucune déclaration de santé, ni questionnaire médical, ne sont à compléter au moment de l'adhésion. Elle n'écarte aucune adhésion.

De même, tout ressortissant étranger sur le sol français, bénéficiant d'un régime obligatoire français, se voit appliquer les mêmes conditions tarifaires qu'un assuré français.

Section 2
Bases de calculs

Article 103 - Calculs du coût du risque

La cotisation est calculée à partir du coût du risque constaté en reprenant les différents critères prévus à l'article 101 du présent règlement, afin d'aboutir à la détermination d'un coût par adulte et par enfant.

Article 104 - Spécificité des entreprises

Pour les entreprises, sauf exception, le coût du risque est calculé pour un âge moyen et pour une population ayant souscrit à un même niveau de garanties.

Lorsque la cotisation est forfaitaire, c'est à dire quelle que soit la situation familiale du membre participant, le coût du risque se détermine en fonction du quotient familial des membres participants, salariés d'entreprise, ayant souscrit à un même niveau de garanties.

Article 105 - Autres charges

Au coût du risque calculé conformément aux articles 103 et 104 du présent règlement, il est ajouté les charges suivantes :

- Les frais techniques de fonctionnement,
- Les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (Fédération), techniques (Unions Mutualistes, Caisses Autonomes, tous autres organismes autorisés par la loi), ou de l'Economie Sociale (associations), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements de ces organismes,

→ La taxe relative à la Couverture Maladie Universelle, dont le taux est fixé par la loi

Et le cas échéant :

- La cotisation assistance, dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par l'assureur du contrat,
- Toute autre charge non interdite par la loi.

Section 4
Particularités des contrats réassurés ou co-assurés

Article 106 - Contrats réassurés

Pour les contrats santé faisant l'objet d'une réassurance totale, le coût du risque est déterminé par le réassureur auquel la mutuelle ajoute les charges telles que prévues à l'article 105 du présent règlement.

Si la réassurance est partielle, la mutuelle ajoute au coût du risque du réassureur le coût de son propre risque, ainsi que les charges prévues à l'article 105 du présent règlement.

Article 107 - Contrats co-assurés

Pour les contrats santé faisant l'objet d'une co-assurance, le coût du risque est communément défini entre les co-assureurs, en appliquant, si nécessaire, une quote-part de répartition des risques entre eux. Peuvent s'y ajouter les charges prévues à l'article 105 du présent règlement, ainsi que toutes autres charges propres aux autres co-assureurs.

Section 5
Renouvellement des cotisations

Article 108 - Principe de la cotisation annuelle

L'assemblée générale détermine annuellement le montant des cotisations. Cependant, elle peut donner annuellement délégation au Conseil d'Administration afin de les fixer.

Le membre participant doit être prévenu dans un délai minimum de 30 jours calendaires avant qu'il n'ait à régler sa nouvelle cotisation à l'échéance prévue, il en est de même des personnes morales ayant souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative.

Article 109 - Réajustements, cotisations exceptionnelles

Dans la mesure où la conjoncture le nécessite, le Conseil d'Administration, qui a eu délégation sur un exercice déterminé, peut réajuster, en cours d'année, le montant des cotisations afin de faire face à une conjoncture particulière, et notamment : baisse des taux de remboursement pratiqués par les régimes obligatoires, hausses substantielles de certains honoraires ou dépenses diverses de santé, dérives des consommations médicales dûment constatées par les pouvoirs publics.

Dans ce même contexte, le Conseil d'Administration peut décider du paiement d'une cotisation exceptionnelle, versée en une seule fois, afin de faire face à ces mêmes situations.

Section 6
Modalités tarifaires

Article 110 - Contrat à adhésion individuelle

Les cotisations sont fixées en fonction de la composition familiale, de la tranche d'âge et du niveau de garantie.

Article 111 - Contrat à adhésion collective facultative ou obligatoire

Que le régime d'affiliation soit facultatif ou obligatoire, les cotisations peuvent être établies comme suit :

- Taux et/ou montant forfaitaire (quelle que soit la situation familiale),
- Taux et/ou montant établi selon la composition familiale

Il peut éventuellement être tenu compte de l'âge et de l'emploi, de la population concernée, ainsi que de l'activité économique de l'entreprise, du secteur géographique etc.

CHAPITRE 2
Autres garanties émises non assurées par la mutuelle
Section 1
Modalités en cas de gestion par la Mutuelle

Article 112 - Périodicité - Moyens de paiement - Défaut de paiement

La mutuelle applique les dispositions telles que définies au contrat par l'assureur des risques. Une convention de gestion, liant la mutuelle et l'assureur, fixe les droits et obligations réciproques. La mutuelle peut percevoir directement les cotisations versées par les assurés.

Article 113 - Responsabilité - Litiges

Seule la responsabilité de la mutuelle peut être retenue en cas de non respect des règles imposées par l'assureur, mais en aucun cas sur la forme et le contenu du contrat.

La mutuelle peut être amenée à procéder au recouvrement des cotisations non réglées si la convention de gestion le prévoit. Des pénalités de retard ou frais de recouvrement peuvent être également réclamés par la mutuelle au souscripteur du contrat.

Section 2
Prestations diffusées par la mutuelle et non gérées par elle

Article 114 - Périodicité - Moyens de paiement - Défaut de paiement

L'assureur gère directement les contrats. Le rôle de la mutuelle se limite à porter les garanties à la connaissance de ses membres participants.

En aucun cas la mutuelle ne peut percevoir en son nom des cotisations, aucune convention de gestion n'étant en place.

Article 115 - Responsabilité - Litige

La responsabilité de la mutuelle ne peut être retenue, celle-ci n'assumant ni la gestion ni l'aide à la souscription des contrats.

CHAPITRE 3
Cotisations spéciales et droit d'entrée
Section 1
Cotisations des membres honoraires

Article 116 - Membres honoraires, personnes physiques

En application de l'article 13 des statuts et des articles 6, 20 et 21 b) du présent règlement, le membre honoraire, personne physique, règle une cotisation annuelle non fractionnée dont le montant est fixé chaque année par l'assemblée générale qui peut donner délégation annuellement au Conseil d'Administration.

Article 117 - Membres honoraires, personnes morales

En application des articles 13 et 17 des statuts et de l'article 38 du présent règlement, le membre honoraire, personne morale, règle une cotisation annuelle non fractionnée dont le montant est fixé chaque année par l'assemblée générale qui peut donner délégation annuellement au Conseil d'Administration.

Section 2

Cotisations de mutualisation

Article 118 - Principe

En application des articles 62 et 63 du présent règlement, toute personne n'étant pas membre participant et ayant souscrit un contrat diffusé par la mutuelle mais pour lequel elle n'en assure pas les risques, peut le devenir en signant un bulletin d'adhésion et en réglant une cotisation de mutualisation. Une notice lui est remise.

Article 119 - Modalités

Le montant annuel de la cotisation de mutualisation est fixé chaque année par l'assemblée générale qui peut donner délégation annuellement au Conseil d'Administration pour le réviser si nécessaire.