

NOTICE
(VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES)

MA SANTÉ ESSENTIELLE +



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

SOMMAIRE

PREAMBULE	p.3
1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?	p.4
2. QUE GARANTIT LA CONVENTION MA SANTÉ ESSENTIELLE + ?	p.4
3. VOS GARANTIES	p.4
3.1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	p.4
3.2. CONTENU DES GARANTIES	p.5
3.2.1. EN CAS D'HOSPITALISATION	p.5
3.2.2. FRAIS MÉDICAUX	p.6
3.2.3. PHARMACIE	p.7
3.2.4. FRAIS DENTAIRE	p.7
3.2.5. FORFAIT OPTIQUE	p.8
3.2.6. LENTILLES PRESCRITES ACCEPTÉES, REFUSÉES, JETABLES	p.8
3.2.7. CHIRURGIE RÉFRACTIVE (MYOPIE ET PRESBYTIE)	p.8
3.2.8. CURE THERMALE REMBOURSEE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	p.8
3.2.9 SOINS À L'ÉTRANGER PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	p.8
3.2.10 FORFAIT COMPLÉMENTAIRE : DÉPENSES MÉDICALES EFFECTUÉES DANS UN PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE ET SUISSE	p.8
3.3. LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ	p.8
4. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?	p.8
4.1. LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER	p.8
4.2. LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT	p.9
4.3. LE CONTRÔLE MÉDICAL	p.9
5. CE QUE VOTRE CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE	p.9
6. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ?	p.10
6.1. MODALITÉS D'ADHÉSION	p.10
6.2. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES	p.10
6.3. DROIT DE RENONCIATION	p.11
6.4. DURÉE DE VOTRE ADHÉSION	p.11
6.5. CESSATION DE VOTRE ADHÉSION	p.11
7. VOTRE COTISATION	p.11
7.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?	p.11
7.2. COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?	p.12
7.3. LES MODES DE PAIEMENT	p.12
7.4. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?	p.12
8. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION À LA CONVENTION	p.12
9. PRESCRIPTION	p.13
10. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?	p.13
11. PROTECTION DE VOS DONNÉES ?	p.14
LEXIQUE	p.14
ANNEXE	p.15
STATUTS MUTUELLE BLEUE	p.16
EXTRAIT DES STATUTS ASSOCIATION DES ASSURES APRIL (ASSOCIATION 3A)	p.28

PRÉAMBULE

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du contrat collectif à adhésion facultative MA SANTE ESSENTIELLE + souscrit par **L'Association des Assurés APRIL** auprès de Mutuelle Bleue (Convention d'assurance MB2015S01), ci-après dénommé « la Convention ».

Mutuelle Bleue, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, située 68 rue du Rocher - 75396 PARIS Cedex 08, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775671993 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

Cette Convention vous est présentée par l'intermédiaire du réseau distribution d'APRIL Santé Prévoyance.

Mutuelle Bleue est également désignée par le terme « Organisme assureur » dans la présente Notice.

L'Association des Assurés APRIL est une association loi 1901, située 69439 LYON Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale.

L'Association des Assurés APRIL est également désignée par le terme « Association » dans la présente Notice.

L'organisme gestionnaire de la Convention est, par délégation de l'Organisme assureur, **APRIL Santé Prévoyance** - SA au capital social de 500 000 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances enregistré à l'ORIAS sous le numéro 07 002 609.

APRIL Santé Prévoyance est également désignée par le terme "APRIL" dans la présente Notice.

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à l'Association et à la présente Convention. L'Adhérent est également membre Participant de Mutuelle Bleue à compter de son adhésion. Il est désigné par le terme « Vous » dans la présente Notice.

L'adhésion est constituée par la demande d'adhésion, la présente Notice et le **Certificat d'adhésion** qui mentionne l'**Organisme assureur**. La Convention est soumise à la législation française et au Code de la Mutualité.

Le terme « Assuré » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de la Convention. Les Assurés sont l'Adhérent et les Ayants droit inscrits au Certificat d'adhésion.

MA SANTE ESSENTIELLE + est un contrat de type « solidaire » et « responsable » c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et L. 862-4 du code de la Sécurité sociale issues des articles 14 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la Sécurité sociale et 22 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 et des décrets d'application (articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la Sécurité sociale).

En conséquence, vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « Contrats responsables et solidaires ».

Si l'Adhérent souhaite bénéficier du régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin » il doit obligatoirement :

- exercer une activité professionnelle non salariée et non agricole et relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou des Bénéfices Non Commerciaux ou des traitements et salaires en application des dispositions de l'article 62 du Code général des impôts;
- être affilié à un **Régime Obligatoire** d'assurance maladie français ;
- être à jour du paiement de ses cotisations au titre des **Régimes Obligatoires** d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquels il est affilié.

Pour Vous faciliter la compréhension, chaque terme ou expression écrit en gras et en italique est défini(e) au Lexique.

AVEC APRIL JE COMPRENDS

À NOTER :

En adhérant à ce contrat vous devenez membre d'une association pouvant vous venir en aide en cas de difficulté à l'aide de son fonds social. Vous pouvez consulter les statuts sur son site : www.association-assures-april.fr

À NOTER :

La gestion de votre contrat par APRIL Santé Prévoyance, c'est la garantie d'un service de qualité notamment en terme de délais. Vos prestations sont ainsi gérées en 24 heures et vos réclamations traitées en 48 heures dès réception des documents chez APRIL Santé Prévoyance. Vos remboursements sont accessibles à tout moment sur l'Espace Assuré : www.april.fr.

1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?

Pour adhérer à la Convention MA SANTE ESSENTIELLE + et être Assuré, Vous devez :

- Adhérer à l'Association,
- Résider en France Métropolitaine, Corse ou dans un Département d'Outre-Mer (DOM) à l'exception de Mayotte ou dans l'une des Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint Barthélemy ou Saint Martin,
- Relever d'un **Régime Obligatoire** d'assurance maladie français.

Peuvent également être assurés au titre de cette Convention, les **Ayants droit** de l'Adhérent relevant du **Régime Obligatoire** d'assurance maladie français. Ils sont alors inscrits au **Certificat d'Adhésion**.

Les **Ayants droit** bénéficient du même niveau de garantie que l'Adhérent.

À NOTER :

Si au cours de la vie du contrat votre situation devait changer, n'oubliez pas d'en informer APRIL Santé Prévoyance en suivant les indications de l'article 8 de la présente Notice.

2. QUE GARANTIT LA CONVENTION MA SANTE ESSENTIELLE + ?

La Convention MA SANTE ESSENTIELLE + prend en charge en fonction du niveau de garanties que Vous avez souscrit, le remboursement :

- des frais médicaux et chirurgicaux restant à votre charge après remboursement de la **Sécurité sociale**,
- des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutique non prises en charge par la **Sécurité sociale** mais relevant des garanties de la Convention,
- des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus dans votre tableau de garanties.

Les dépenses et frais indiqués ci-dessus doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité de vos garanties.

Si les remboursements de la **Sécurité sociale** venaient à être modifiés en cours d'année, l'**Organisme assureur** pourrait conserver la **Base de Remboursement** qui était la sienne en valeur absolue avant cette modification.

3. VOS GARANTIES

3.1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES :

Pour chaque garantie, le montant de vos remboursements est défini au sein de Votre tableau des garanties en fonction du niveau que Vous avez souscrit et de la nature de vos dépenses médicales. Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la **Sécurité sociale (Base de remboursement)** ;
- ou sous la forme d'un forfait. Ces forfaits sont valables par **Année d'adhésion** ou pour deux (2) **Années d'adhésion** et par **Assuré** et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Par dérogation, certains forfaits sont exprimés par Jour. Ils sont alors signalés dans Votre tableau des garanties.

CONSEIL :

Tout forfait non utilisé sur une Année d'adhésion ne donnera lieu, pour chaque Assuré, à aucun report sur l'Année d'Adhésion suivante.

LES REMBOURSEMENTS SONT TOUJOURS EFFECTUES DEDUCTION FAITE DU REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE OU DE TOUT AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE AUPRES DUQUEL VOUS POURRIEZ ETRE ASSURE ET DANS LA LIMITE DE VOS GARANTIES.

DANS TOUS LES CAS VOS REMBOURSEMENTS SONT LIMITES AU MONTANT DE VOTRE DEPENSE REELLE.

En effet, conformément aux dispositions de l'article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Si Vous et/ou les Assurés bénéficiez de **garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs**, Vous devez en informer APRIL immédiatement et Nous faire connaître le nom du ou des assureurs avec lequel (ou lesquels) une autre assurance a été contractée et les garanties souscrites.

Quand elles sont contractées sans fraude, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

3.2. CONTENU DES GARANTIES :

Vous trouverez ci-après les modalités d'application de l'ensemble des garanties proposées dans le cadre de la Convention MA SANTE ESSENTIELLE +. Il convient donc pour chaque garantie mentionnée dans votre tableau des garanties de Vous reporter au paragraphe concerné. Les garanties dont Vous bénéficiez dépendent du niveau que Vous avez souscrit.

Attention : si une ou plusieurs des garanties mentionnées ci-dessous n'apparaissent pas dans votre tableau des garanties, c'est que Vous n'en bénéficiez pas.

Si Vous souscrivez l'OPTION ECO, Vous ne bénéficierez pas des garanties suivantes : chambre particulière, médecine naturelle, autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale et le forfait pour les soins effectués dans l'Union Européenne et Suisse.

Modification des niveaux de garanties :

Tout changement de niveau de garanties est soumis à étude et acceptation préalable de la part d'APRIL.

L'option ECO peut être souscrite au moment de l'adhésion à la Convention MA SANTE ESSENTIELLE + ou en cours d'adhésion sous réserve de l'acceptation de l'**Organisme assureur**. En cas d'accord, l'Option ECO prendra effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

Vous avez la possibilité de résilier l'Option ECO à chaque échéance annuelle, en adressant un courrier par lettre recommandée à APRIL - 114 boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, **sous réserve que cette OPTION ECO ait pris effet depuis plus de six (6) mois. Cette garantie ne pourra plus être souscrite ensuite.**

3.2.1 EN CAS D'HOSPITALISATION

Les garanties de la Convention MA SANTE ESSENTIELLE + interviennent uniquement en cas d'**Hospitalisation** prise en charge par la **Sécurité sociale**.

3.2.1.1 SÉJOURS EN MÉDECINE CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ EN SECTEUR CONVENTIONNÉ

Forfait journalier :

Cette garantie rembourse le forfait hospitalier facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une **Hospitalisation**. Le montant de ce forfait est règlementé, et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

Frais de séjour :

En cas d'**Hospitalisation**, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à votre charge après un remboursement de la **Sécurité Sociale**.

La participation forfaitaire de 18 euros :

Votre contrat prend en charge la participation forfaitaire de 18 euros que votre **Régime Obligatoire** peut laisser à votre charge si Vous bénéficiez d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la **Sécurité sociale**.

Honoraires médicaux et chirurgicaux :

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une **Hospitalisation**, à une intervention chirurgicale ou en cas d'**Hospitalisation** à domicile, tel qu'exprimés au sein de votre tableau des garanties.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent au **Contrat d'Accès aux Soins** (CAS) prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8).

Chambre Particulière :

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de chambre particulière pour des séjours en médecine, chirurgie et maternité, **dans la limite du montant exprimé par jour dans Votre tableau des garanties.**

Si Vous avez souscrit l'Option ECO, Vous ne bénéficiez pas de cette garantie.

Frais d'accompagnant :

En cas d'**Hospitalisation** d'un **Assuré**, cette garantie prévoit le versement d'un **forfait exprimé par jour** prenant en charge le cas échéant les frais de repas et de lit de l'accompagnant ayant également la qualité d'**Assuré**.

3.2.1.2 SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, RÉADAPTATION, RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS ET PSYCHIATRIE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ

Sont pris en charge au titre de ces garanties les séjours et **Hospitalisations** suivants, **effectués au sein d'un établissement conventionné** et pris en charge par la **Sécurité Sociale** :

- les séjours en établissements ou services climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec **Hospitalisation**, les frais de maisons de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues,
- les séjours pour motif psychiatrique.

CONSEIL :

En cas d'hospitalisation, pensez à faire une demande de prise en charge sur votre Espace Assuré : www.april.fr. Les frais pris en charge par votre contrat seront ainsi directement réglés par APRIL Santé Prévoyance à l'hôpital ou à la clinique, ce qui vous évite des avances de frais importantes.

A NOTER :

Cette garantie ne permet pas le remboursement des frais non pris en charge par la Sécurité sociale tels que les frais de téléphone ou de télévision.

À NOTER :

Ce forfait vous permet notamment d'accompagner votre enfant ou votre conjoint assurés au cours de son hospitalisation.

Sont pris en charge, le forfait journalier, les frais de séjour, les honoraires médicaux dans les conditions définies au 3.2.1.1 de la présente Notice.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale**.

Chambre Particulière :

Pour les séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés, les frais de chambre particulière sont pris en charge dans la limite du montant exprimé par jour dans votre tableau des garanties et de trente (30) jours par **Année d'Adhésion** et par **Assuré**.

Si Vous avez souscrit l'Option ECO, Vous ne bénéficiez pas de cette garantie.

Sont toujours exclus de cette garantie les frais de chambre particulière relatifs à une Hospitalisation en psychiatrie.

3.2.1.3 HOSPITALISATION EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

En cas d'**Hospitalisation** en secteur non conventionné sont pris en charge, dans les conditions définies au 3.2.1.1 de la présente Notice, le forfait journalier, la participation forfaitaire de 18 euros, les frais de soins et de séjour pris en charge par la **Sécurité sociale**.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale**.

3.2.2 FRAIS MÉDICAUX

3.2.2.1 CONSULTATIONS GÉNÉRALISTES, SPÉCIALISTES (Y COMPRIS EN SOINS EXTERNES)

Sont pris en charge au titre de cette garantie les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin (y compris les consultations de médecins stomatologistes) ou pour une visite effectuée par ce dernier à votre domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes), ayant donné lieu à un remboursement par la **Sécurité sociale**. Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale**.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent au **Contrat d'Accès aux Soins** (CAS) prévu par l'avenant n°8 de la convention nationale médicale.

Sont soumis à des conditions de remboursement spécifiques :

Les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors parcours de soins coordonnés » : la Convention ne prendra pas en charge la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la **Sécurité sociale**) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats Responsables.

3.2.2.2 ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX, AUXILIAIRES MÉDICAUX (Y COMPRIS EN SOINS EXTERNES)

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, et kinésithérapeutes,
- les frais d'actes techniques.

Le niveau de garantie des actes techniques varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) prévu par l'avenant n°8 de la convention nationale médicale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale**. **Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.**

3.2.2.3 RADIOLOGIE, ANALYSES (Y COMPRIS EN SOINS EXTERNES)

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'analyses, les frais consécutifs à des actes de prélèvement, les frais d'examen, de radiologie et d'imagerie médicale, y compris en soins externes.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale**.

Le niveau de garantie des actes techniques varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) prévu par l'avenant n°8 de la convention nationale médicale.

3.2.2.4 APPAREILLAGE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'orthopédie, de petits et gros appareillages et de prothèse auditive ayant donné lieu à un remboursement par la **Sécurité sociale**. Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale**.

CONSEIL :

Respectez le parcours de soins ! Si vous n'avez pas déclaré votre médecin traitant ou si vous consultez directement un médecin sans être orienté par votre médecin traitant, vous serez considéré comme étant en dehors du parcours de soins coordonnés. Vos consultations seront donc moins bien remboursées.

À NOTER :

Une participation forfaitaire sera appliquée par la Sécurité sociale en cas de consultation chez un médecin stomatologue. Votre contrat, en tant que contrat responsable, ne pourra la prendre en charge.

À NOTER :

Si vous recherchez un professionnel de santé proche de votre domicile contactez votre Caisse de Sécurité sociale par téléphone au 36.46.

À NOTER :

Votre contrat est responsable. En conséquence la franchise médicale ou la participation forfaitaire appliquée par la Sécurité sociale sur le remboursement des frais de transport, des actes paramédicaux (c'est-à-dire effectués par des Auxiliaires médicaux) et des analyses biologiques ne pourra vous être remboursée.

3.2.2.5 TRANSPORT

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de transport prescrits par Votre médecin et ayant donné lieu à un remboursement de la **Sécurité sociale**. Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale**.

3.2.2.6 MÉDECINE NATURELLE

Sont pris en charge, tel qu'exprimés dans Votre tableau des garanties, les frais non remboursés par la **Sécurité sociale** et consécutifs à des consultations de médecine naturelle : acupuncteur, ostéopathe, naturopathe, micro-kinésithérapeute, étiope, diététicien, homéopathe, chiropracteur et podologue.

Votre remboursement est limité à 25 € par acte. Le montant cumulé des remboursements est limité par **Année d'Adhésion** et par **Assuré** au montant prévu au sein de Votre tableau des garanties.

Si Vous avez souscrit l'Option ECO, Vous ne bénéficiez pas de cette garantie.

3.2.2.7 LES PRESTATIONS DE PRÉVENTION

Sont prises en charge, en complément de la **Sécurité sociale**, les prestations de prévention prévues à l'article R 871-2 du Code de la **Sécurité sociale** et définies par arrêté du 8 juin 2006.

3.2.3 PHARMACIE

Sont pris en charge les frais de médicament restant à votre charge **après remboursement de la Sécurité sociale**.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale**.

3.2.4 FRAIS DENTAIRE

3.2.4.1 SOINS DENTAIRE

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien-dentiste,
- les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux.

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale. Ils sont exprimés en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale**.

3.2.4.2 PROTHÈSES DENTAIRE REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de prothèses dentaires qui ont fait l'objet d'un remboursement de la **Sécurité sociale**.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale** comme indiqué au sein de Votre tableau des garanties.

3.2.4.3 ORTHODONTIE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'orthodontie qui ont fait l'objet d'un remboursement de la **Sécurité sociale**.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale** comme indiqué au sein de Votre tableau des garanties.

3.2.4.4 PLAFOND DENTAIRE

Les garanties Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale et Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale seront limitées à 100 % de la Base de Remboursement dès que le montant cumulé des remboursements effectués au titre de ces garanties par Année d'Adhésion et pour un Assuré dépasse le montant du plafond indiqué dans votre tableau des garanties en fonction de votre niveau de garantie.

3.2.4.5 AUTRES FRAIS DENTAIRE NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais dentaires **NON REMBOURSÉS** par la **Sécurité Sociale** et notamment les frais :

- de prothèses dentaires,
- d'orthodontie,
- d'implantologie,
- et de parodontologie.

Cette garantie est plafonnée par **Année d'Adhésion** et par **Assuré**.

Si Vous avez souscrit l'Option ECO, Vous ne bénéficiez pas de cette garantie.

À NOTER :

Certains transports prescrits par votre médecin peuvent ne pas donner lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie. Renseignez-vous auprès de votre centre de Sécurité sociale !

À NOTER :

Votre contrat est responsable. En conséquence la franchise médicale appliquée par la Sécurité sociale sur le remboursement de vos médicaments ne pourra pas faire l'objet d'un remboursement.

À NOTER :

Le détartrage, le traitement d'une carie, la dévitalisation font partie des soins dentaires dits « conservateurs », et les extractions sont des soins dentaires chirurgicaux.

3.2.5 FORFAIT OPTIQUE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'équipement d'optique médicale remboursés par la **Sécurité sociale** comme indiqué au sein de votre tableau des garanties en fonction du niveau souscrit, du niveau de correction de l'Assuré et de la complexité des verres (cf annexe Grille optique).

Si vous bénéficiez d'une prise en charge dans le cadre d'un forfait :

La prise en charge est limitée à l'acquisition d'un équipement complet (composé de deux verres et d'une monture) au cours de deux **Années d'adhésion** consécutives.

La prise en charge des frais de monture dans le cadre de cette garantie est limitée à 150 euros.

Par dérogation, la prise en charge est limitée à un équipement complet (composé de deux verres et d'une monture) par **Année d'adhésion** si l'**Assuré** est mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

3.2.6 LENTILLES PRESCRITES ACCEPTÉES, REFUSÉES, JETABLES

Sont pris en charge dans la limite des garanties exprimées par **Année d'Adhésion** et par **Assuré** prévue au sein de votre tableau des garanties les frais liés à l'achat de lentilles correctrices (acceptées ou refusées par la **Sécurité Sociale**).

3.2.7 CHIRURGIE RÉFRACTIVE (MYOPIE ET PRESBYTIE)

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé par **Année d'adhésion** et par **Assuré**, les frais de chirurgie réfractive pour la myopie et la presbytie.

3.2.8 CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA **SÉCURITÉ SOCIALE**

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de cure thermale remboursée par la **Sécurité sociale**.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité sociale**.

3.2.9 SOINS À L'ÉTRANGER PRIS EN CHARGE PAR LA **SÉCURITÉ SOCIALE**

Sont pris en charge au titre de cette garantie Vos frais médicaux chirurgicaux et/ou d'**Hospitalisation** lors d'un séjour temporaire dans le monde entier **dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité Sociale française.**

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la **Base de Remboursement** de la **Sécurité Sociale** et exclut tout autre remboursement de la part d'APRIL (hors garantie « Dépenses médicales effectuées dans un Pays de l'Union Européenne et Suisse »).

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

3.2.10 FORFAIT COMPLÉMENTAIRE : DÉPENSES MÉDICALES EFFECTUÉES DANS UN PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE ET SUISSE

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais médicaux chirurgicaux et/ou d'Hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans un pays de l'Union Européenne et Suisse pris en charge ou pas par la Sécurité sociale.

Si ces frais ont donné lieu à un remboursement au titre de la garantie « Soins à l'étranger pris en charge par la Sécurité sociale », la garantie interviendra en complément de cette garantie et dans la limite des frais réels.

Les frais de soins sont pris en charge dans la limite d'un plafond par Assuré et par Année d'adhésion.

Si Vous avez souscrit l'Option ÉCO, Vous ne bénéficiez pas de cette garantie.

3.3. LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ

Ce service Vous permet de ne pas régler les frais de soins pris en charge par la **Sécurité sociale** auprès des professionnels de santé acceptant le Tiers Payant. **Cette dispense de paiement est limitée au montant de la Base de Remboursement ou au montant du forfait prévu au tableau des garanties.**

Pour bénéficier de ce service, Vous devrez présenter au professionnel de santé votre carte Tiers Payant Santé.

4. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?

4.1. LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER

Si Vous bénéficiez de la télétransmission des informations entre la **Sécurité sociale** et APRIL, vos remboursements s'effectueront automatiquement.

À NOTER :

La télétransmission permet à APRIL Santé Prévoyance de recevoir de votre Sécurité sociale les informations nécessaires à votre remboursement. Vous n'avez donc rien à faire ! Vous serez remboursé sous 24 heures.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Dans les autres cas, ou si Vous n'utilisez pas le système de télétransmission lors de votre dépense de santé, Vous devrez Nous adresser dans les trois (3) mois qui suivent l'indemnisation par la **Sécurité sociale** :

- les originaux des décomptes délivrés par la **Sécurité sociale**,
- **Y compris lorsque la Sécurité sociale n'intervient pas** : les notes ou factures acquittées comportant le numéro SIRET du praticien, détaillant le nom et prénom de l'**Assuré** concerné et les actes ou prestations réalisés pour lesquels un remboursement est prévu au sein de votre tableau des garanties
- les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.

Pour vos frais optiques : si Vous n'utilisez pas le service Tiers payant Optique, Vous devrez Nous adresser les factures et ordonnances relatives aux frais dont le remboursement est demandé.

En cas de renouvellement de l'équipement d'optique médical (verres et monture) par un **Assuré** adulte (18 ans et plus) avant la fin de la deuxième **Année d'adhésion** qui suit l'acquisition de l'équipement précédent, l'**Assuré** devra Nous communiquer la prescription médicale et tout justificatif permettant d'attester que ce renouvellement anticipé est consécutif à une évolution de la vue. A défaut les frais liés à l'acquisition de l'équipement d'optique médical ne seront pas pris en charge au titre de la garantie optique.

Pour vos soins effectués dans un Pays de l'Union Européenne et Suisse, il pourra vous être demandé des éléments complémentaires comme un justificatif du pays de l'origine des soins, un décompte de la Sécurité sociale le cas échéant et/ou les factures.

4.2. LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

Nous pourrions demander à l'**Assuré** ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document que Nous jugerons utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'**Assuré** pourra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL.

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'**Organisme assureur** est subrogé dans Vos droits. Cela signifie que si les frais de santé remboursés sont la conséquence d'un accident causé par un tiers, Nous pourrions agir contre ce dernier pour récupérer les sommes qui Vous ont été versées.

4.3. LE CONTRÔLE MÉDICAL

APRIL se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré par un médecin de son choix, à tout moment.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, les médecins désignés par APRIL doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état. A défaut, le service des prestations sera suspendu ou supprimé.

En cas d'accident ou de maladie atteignant l'**Assuré** hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

En cas de contestation d'ordre médical, chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin, ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal compétent. Dans la première éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception : s'il y a lieu, la désignation du troisième médecin est faite par le Président du Tribunal statuant en référé.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à toute action en justice pour le règlement du litige tant que le troisième médecin désigné, soit à l'amiable soit par référé, n'a pas déposé de rapport provisoire ou définitif, (à moins que trois mois ne soient écoulés depuis sa nomination), sous réserve du délai éventuellement fixé par le Président du Tribunal.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

À NOTER :

Si vous êtes victime d'un accident impliquant un tiers responsable, contactez le service santé APRIL Santé Prévoyance.

À NOTER :

Vous pouvez être en désaccord avec les conclusions de l'expert et demander l'organisation d'une expertise contradictoire en présence du médecin de votre choix.

5. CE QUE VOTRE CONVENTION NE PREND PAS EN CHARGE

Ne sont pas garantis :

- les séjours en gériatrie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en longs séjours,
- les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf celles prise en charge dans le cadre de la garantie « Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale »), la thalasso-thérapie.

En outre, votre Convention ayant la qualité de « Convention Responsable » elle ne prendra jamais en charge :

- la participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux,
- la diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non respect du parcours de soins coordonné.

Aucune exclusion mentionnée au sein de la présente notice d'information ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

De même, les garanties couvrent à minima à hauteur de 100% de la **Base de Remboursement** les frais de santé donnant lieu à remboursement de la **Sécurité sociale**.

À NOTER :

Montants appliqués au 1er janvier 2014 :

- Franchise de 50 cts par boîte de médicament
 - Franchise de 50 cts par acte paramédical
 - Franchise de 2 € par transport sanitaire.
 - Participation forfaitaire de 1 € par consultation, analyse biologique, acte technique et examens de radiologie.
- Ces franchises sont limitées à 50 € par an et par personne.

6. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ?

6.1. MODALITÉS D'ADHÉSION

Si Vous adhérez à la Convention en signant la demande d'adhésion papier, votre adhésion à la Convention sera conclue à la date de signature mentionnée sur le document. Par la signature, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre contrat dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous Vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Si Vous adhérez à la Convention à distance par téléphone, votre adhésion sera conclue dès lors que Vous aurez manifesté, lors de l'entretien téléphonique, votre volonté d'adhérer aux conditions proposées. Un dossier d'adhésion, contenant notamment le **Certificat d'adhésion** et la Notice, Vous sera ensuite envoyé par courrier dans les jours qui suivent votre adhésion par téléphone. L'enregistrement, préalablement autorisé par l'Adhérent, de l'entretien téléphonique au cours duquel il a demandé à adhérer à la Convention, sera conservé par APRIL et pourra être utilisé comme preuve de l'accord de l'Adhérent sur les conditions du contrat et du contenu de l'ensemble de ses déclarations.

Si Vous adhérez à la Convention à distance par Internet sur le site d'APRIL, en signant électroniquement la demande d'adhésion, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous Vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations. Une fois votre adhésion finalisée, Vous recevrez un mail de confirmation à l'adresse électronique que Vous Nous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion par APRIL. Votre adhésion est réputée conclue à la date d'envoi dudit mail de confirmation. Ce mail contiendra un lien Vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de vos documents contractuels.

Les documents signés sont archivés par APRIL chez un tiers certifié et serviront de preuve en cas de différend sur l'application des conditions de la Convention.

Votre adhésion à la Convention est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL. Votre adhésion sera matérialisée par l'émission d'un **Certificat d'adhésion**.

CONSEIL :

Conservez précieusement votre Certificat d'adhésion, il est la justification de votre contrat.

6.2. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

Vos garanties prennent effet à la date indiquée sur votre **Certificat d'adhésion sous réserve du paiement de votre cotisation**. Cette date ne peut jamais être antérieure à la date de réception de votre demande d'adhésion par APRIL, ou à la date de l'entretien téléphonique ou à la date de confirmation de votre adhésion en ligne le cas échéant.

6.3. DROIT DE RENONCIATION

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement (c'est-à-dire en dehors des locaux professionnels de l'intermédiaire en assurance) Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion à la Convention sans donner de motif dans un délai de quatorze (14) jours. Le délai de renonciation expire quatorze (14) jours après l'adhésion à la Convention.

Pour exercer votre droit à renonciation, Vous devez Nous notifier votre décision de renonciation à votre adhésion à la Convention à APRIL Santé Prévoyance Service Adhésion santé au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté faite par lettre envoyée par la poste à l'adresse suivante : Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que Vous transmettiez votre décision de renonciation avant l'expiration du délai de rétractation de quatorze (14) jours susmentionné. Pour notifier votre volonté de renoncer à votre adhésion à la Convention, Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de renonciation ci-après mais ce n'est pas obligatoire.

« Je soussigné(e) M, Mme..... (Nom, prénom et adresse de l'Adhérent) déclare renoncer à mon adhésion à la Convention « MA SANTE ESSENTIELLE + » que j'avais souscrite le Fait à le signature ».

Si lors de votre adhésion Vous avez demandé une prise d'effet des garanties avant l'expiration du délai de renonciation, les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et Nous Vous rembourserons les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la notification de votre volonté de renoncer à l'adhésion à la Convention.

Si des prestations Vous ont déjà été versées au titre de votre adhésion à la Convention, Vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

6.4. DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

Votre adhésion à la Convention a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à l'échéance annuelle, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année.

Votre adhésion est viagère, c'est-à-dire que l'**Organisme assureur** ne pourra résilier votre adhésion sauf dans les cas mentionnés à l'article 6.5 « Cessation de votre adhésion ».

À NOTER :

Vous n'avez pas à intervenir, votre contrat se renouvelle automatiquement au 1^{er} janvier de chaque année.

6.5. CESSATION DE VOTRE ADHÉSION

Les garanties et le droit aux prestations cessent dès la résiliation de votre adhésion dans les cas suivants :

A votre initiative :

● Résiliation annuelle

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion à chacune de ses échéances soit le 31 décembre de chaque année par l'envoi d'un courrier recommandé **adressé à APRIL Santé Prévoyance - 114 Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03**, au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre.

Le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre (cachet de la Poste faisant foi).

● Résiliation exceptionnelle

En cas de modification de vos droits et obligations, Vous pouvez mettre fin à votre adhésion dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la Notice d'information ou de l'avenant à la Notice d'information comportant les modifications. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

À NOTER :

Si vous souhaitez résilier votre contrat, pensez à nous adresser en recommandé votre courrier de résiliation avant le 31 octobre.

A l'initiative d'APRIL :

- En cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation »,
- En cas de résiliation de la Convention par l'Association des Assurés APRIL ou l'**Organisme assureur** à l'échéance ou en cas de cessation d'activité de l'Association. Vous en serez informé par l'Association et l'**Organisme assureur** Vous maintiendra le bénéfice de vos garanties,
- En cas de décès de l'Adhérent sauf si l'Ayant-droit assuré demande le maintien de la couverture.
- En cas de fausse déclaration conformément à l'article 8 des présentes,**
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à Mutuelle Bleue, conformément à l'article L. 211-9 du Code de la Mutualité.

De même, chaque **Assuré** cesse d'être garanti dès lors qu'il ne remplit plus les conditions pour être assuré au titre de la Convention telles que prévues à l'article 1 des présentes Notices.

Dans ce cas, l'Organisme assureur proposera une solution d'assurance.

7. VOTRE COTISATION

7.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- de l'âge à la date de prise d'effet des garanties de chaque **Assuré**,
- des garanties et Option que Vous avez souscrites,
- de la composition de la famille assurée (et notamment nombre de parent et nombre de **Enfant** de moins de 21 ans ayant la qualité d'**Assuré**),
- du **Régime Obligatoire** de chaque **Assuré**,
- du département de **Résidence** de l'Adhérent.

Les taxes actuelles à la charge des Adhérents sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

Comment est déterminé l'âge de chaque Assuré ?

L'âge de l'**Assuré** est toujours déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

En cas de modification du niveau de garantie ou de changement de **Régime Obligatoire** d'un **Assuré**, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge des **Assurés** à la date de prise d'effet de ladite modification.

7.2. COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation évolue contractuellement de deux virgule cinq pour cent (2.5 %) chaque année.

A ce taux, peut s'ajouter l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'**Année d'Adhésion**, de l'âge de chaque **Assuré**, de la zone géographique de la **Résidence**, de la composition de la famille assurée, du **Régime Obligatoire** et des garanties souscrites.

La Cotisation **Enfant** est applicable à l'**Enfant** Assuré jusqu'à ses vingt et un (21) ans. A partir de vingt et un (21) ans, la cotisation Adulte correspondante à l'âge sera appliquée à l'**Enfant** Assuré. Elle évoluera contractuellement chaque année de deux virgule cinq pour cent (2.5 %).

Les augmentations de cotisations ont lieu :

- chaque année au 1^{er} janvier,
- ou éventuellement en cours d'année si les montants pris en charge par les conventions d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés suite à l'évolution de la réglementation de la **Sécurité sociale**.

7.3. LES MODES DE PAIEMENT

La cotisation est payable par l'**Adhérent** d'avance annuellement, par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.

Elle peut faire l'objet d'un fractionnement selon le mode de paiement que Vous avez choisi :

- semestriel,
- trimestriel (par prélèvement automatique seulement),
- mensuel (par prélèvement automatique seulement).

7.4. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?

A défaut du paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, Nous Vous adresserons une lettre recommandée de mise en demeure Vous informant qu'à défaut de règlement de la cotisation dans un délai de quarante (40) jours suivant la notification de la mise en demeure, l'adhésion sera résiliée.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi, le lendemain du jour du paiement.

8. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION À LA CONVENTION

La gestion de votre adhésion est confiée à APRIL. L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent donc être transmis directement à APRIL.

En Nous communiquant votre adresse électronique, Vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre adhésion Vous soient transmises à cette adresse. Vous pouvez à tout moment, par écrit, Nous demander de cesser ce mode de communication.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, Vous devez Nous avertir dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

Votre adhésion est établie d'après les déclarations que Vous avez faites lors de votre adhésion et pendant la durée de celle-ci.

Ainsi, au cours de votre adhésion, Vous devez Nous déclarer par écrit dès que Vous en avez connaissance, tout changement concernant les critères ayant servi à la détermination de la cotisation à l'adhésion.

Si la modification entraîne un changement du montant de la cotisation, Vous avez trente (30) jours pour accepter ou refuser cette proposition. En cas de refus, la résiliation de votre adhésion prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

Attention : Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans les informations qui seront fournies à APRIL et notamment dans la déclaration d'un sinistre, Vous expose à une déchéance de garanties et à la résiliation de Votre adhésion à la Convention MA SANTE ESSENTIELLE + conformément aux articles L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la Mutualité ci-dessous reproduits.

Article L. 221-14 du Code de la Mutualité :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union 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 en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, 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 ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Lorsque l'adhésion à la mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel, les deux premiers alinéas ne s'appliquent pas.

CONSEIL :

Pour que votre contrat soit toujours adapté à votre situation, pensez à nous informer de tout changement.

De même en cas de naissance d'un enfant, si vous l'assurez au titre de ce contrat dans les deux mois suivant sa naissance, il bénéficiera des garanties à partir de sa naissance.

À NOTER :

Cacher une information à l'assureur est très dangereux notamment dans le cadre de la déclaration de votre sinistre.

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 ou l'union 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. La mutuelle ou l'union 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. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du précédent alinéa.

9. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme d'un délai de DEUX (2) ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L221 -11 et L221-12 du code de la Mutualité qui prévoient :

- L221-11 « 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 :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant. »

- L221-12 « 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 ou l'union 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 ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (Article 2245 du code Civil)
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (Article 2246).

10. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?

Pour toute réclamation, Vous pouvez contacter votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis le formulaire « Une insatisfaction » accessible sur Votre espace assurés.

Si la réponse ne Vous satisfait pas, Vous pouvez adresser Votre demande à notre Service Réclamation (par mail : reclamations@april.com ou par courrier : Service Réclamations - APRIL Santé Prévoyance - 114 Bd Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03).

Vos interlocuteurs seront attachés à Vous apporter une réponse sous quarante-huit (48) heures (en jours ouvrés) ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, Nous nous engageons à Vous communiquer, sous quarante-huit (48) heures, le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder trente (30) jours.

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, Vous pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à Votre disposition, faire appel au médiateur de

À NOTER :

Vous pouvez retrouver les coordonnées complètes de votre Assureur conseil sur votre Certificat d'adhésion ou sur l'Espace Assuré en vous connectant sur www.april.fr.

Mutuelle Bleue, 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 MELUN Cedex (dans les cas relevant de sa compétence et sans préjudice des autres voies d'actions légales).

11. PROTECTION DE VOS DONNÉES

Les données à caractère personnel, recueillies au titre des demandes d'adhésion, sont exclusivement utilisées dans le cadre des activités d'APRIL et de Mutuelle Bleue.

Elles sont destinées à Mutuelle Bleue et APRIL en tant que responsables du traitement et, éventuellement, aux mandataires, partenaires et/ou aux réassureurs de Mutuelle Bleue.

Elles sont régies par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiées par la Loi n° 2004801 du 6 août 2004.

Les Adhérents ainsi que leurs Ayants droit, figurant sur tout fichier informatique à l'usage d'APRIL ou de Mutuelle Bleue, de ses mandataires, ses réassureurs ou ses partenaires peuvent demander communication, rectification ou encore exercer leur droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à propos de toute information les concernant en s'adressant à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

LEXIQUE

Année d'Adhésion :

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties portée au **Certificat d'adhésion** pour chaque **Assuré**.

Ayants droit :

Conformément aux statuts de l'Organisme assureur, peuvent être considérés comme Ayants droit de l'Adhérent :

- le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle,
- le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'Adhérent et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés).
- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité, sur présentation d'une copie du récépissé de l'enregistrement du PACS,
- les enfants à charge au sens de l'article L. 313-3 du Code de la Sécurité sociale jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur à 80% et ne percevant pas l'allocation d'adulte handicapé, en contrat de qualification, d'adaptation, d'orientation ou d'insertion,
- à la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'assuré social et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux à condition qu'elle soit également inscrite comme ayant droit au Régime Obligatoire.

Base de Remboursement :

Tarif de base déterminé par l'Assurance Maladie Française comme référence pour le calcul des remboursements (le montant remboursé par la **Sécurité sociale** résulte de l'application d'un taux de remboursement sur ce tarif de base).

Ce tarif de base peut selon les actes être désigné par l'Assurance Maladie sous les termes **TA**, **TC**, **TFR** ou **TR**.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS) :

Le **Contrat d'Accès aux Soins (CAS)** a été mis en place par l'avenant n°8 à la convention médicale, signé le 25 octobre 2012, et paru au Journal Officiel du 7 décembre 2012. Il est ouvert aux médecins de secteur 2 (à honoraires libres) et certains médecins du secteur 1 qui s'engagent à limiter leurs dépassements pendant trois ans.

En consultant un Médecin signataire du CAS, Vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la **Sécurité sociale**.

Pour connaître les médecins adhérent au CAS, vous pouvez consulter le site ameli-direct.ameli.fr

Certificat d'adhésion :

Document remis à l'Adhérent constatant son adhésion aux Conventions et qui précise les garanties souscrites, leur date d'effet et le niveau choisi.

Enfant(s) :

Les enfants à charge au sens de l'article L. 313-3 du Code de la Sécurité sociale jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur à 80% et ne percevant pas l'allocation d'adulte handicapé, en contrat de qualification, d'adaptation, d'orientation ou d'insertion,

Hospitalisation :

Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilitée) s à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

Est également considérée comme une **Hospitalisation** au sens du contrat les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (**Hospitalisation** ambulatoire) et les **Hospitalisations** à domicile (H.A.D.) prise en charge par la **Sécurité sociale**.

EXEMPLE :

La date d'effet de vos garanties mentionnée sur votre certificat d'adhésion est le 01/09/2015.

L'Année d'Adhésion correspond à la période entre le 01/09/2015 et le 01/09/2016.

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Régime Obligatoire :

Le régime français de **Sécurité sociale** auquel est affilié l'**Assuré**.

Résidence :

Lieu de situation du logement que l'Adhérent occupe habituellement et effectivement avec sa famille et où se situe le centre de ses intérêts professionnels et matériels.

Sécurité Sociale :

Terme générique utilisé dans les présentes conditions générales pour désigner le régime d'Assurance Maladie auprès duquel l'**Assuré** est affilié.

TA (Tarif d'Autorité) :

Base de Remboursement de la **Sécurité sociale** établie entre la **Sécurité sociale** française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (Tarif de Convention) :

Base de Remboursement établie entre la **Sécurité Sociale** française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) :

Base de Remboursement calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établit par Arrêté ministériel.

TM (Ticket Modérateur) :

Différence entre la **Base de Remboursement** et la part effectivement prise en charge par la **Sécurité sociale**.

TR (Tarif de Responsabilité) :

Cela vise :

- le Tarif de Convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le Tarif d'Autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

ANNEXE

GRILLE OPTIQUE

Les plafonds de garanties prévus au tableau de garantie varient selon les niveaux de correction classés par catégorie comme suit :

VERRES	PLAFONDS APPLICABLE SELON NIVEAU DE GARANTIE (CF TABLEAU DE GARANTIE COMPLET)
CATÉGORIE A ● Deux verres simple foyer dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00	Niveau 1 : 100% BR Niveau 2 : 150 € Niveau 3 : 175 € Niveau 4 : 200 € Niveau 5 : 300 € Niveau 6 : 350 €
CATÉGORIE B > Verre 1 : ● Un verre simple foyer dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est ≤ à + 4,00 > Verre 2 (au choix) : ● Un verre simple foyer dont la sphère est]- 6,00 à + 6,00[● Un verre simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 ● Un verre multifocal ou progressif ● Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[● Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est]- 4,00 à + 4,00[Niveau 1 : 100% BR Niveau 2 : 150 € Niveau 3 : 175 € Niveau 4 : 200 € Niveau 5 : 300 € Niveau 6 : 350 €
CATÉGORIE C > 2 verres (au choix) : ● Deux verres simple foyer dont la sphère est]- 6,00 à + 6,00[● Deux verres simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 ● Deux verres multifocaux ou progressifs ● Deux verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[● Deux verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est]- 4,00 à + 4,00 OU > Verre 1 (au choix) : ● Un verre simple foyer dont la sphère est]-6,00 à +6,00[● Un verre simple foyer dont le cylindre est > à +4,00 ● Un verre multifocal ou progressif > Verre 2 (au choix) : ● Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[● Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est]- 4,00 à + 4,00[Niveau 1 : 100% BR Niveau 2 : 200 € Niveau 3 : 225 € Niveau 4 : 250 € Niveau 5 : 300 € Niveau 6 : 350 €

* Exprimé en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

STATUTS MIS EN CONFORMITÉ AVEC LE CODE DE LA MUTUALITÉ (ANNEXE À L'ORDONNANCE N° 2001-350 DU 19 AVRIL 2001).

STATUTS ADOPTÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 29 MAI 2008, DU 28 MAI 2009, DU 20 MAI 2010, DU 28 AVRIL 2011, DU 3 MAI 2012, DU 25 AVRIL 2013, DU 22 MAI 2014 ET DU 21 MAI 2015. COMPOSÉS DE 84 ARTICLES ET 2 ANNEXES.

TITRE I FORMATION, OBJET ET COMPOSITION

CHAPITRE 1 : FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 : Dénomination

Il est constitué une Mutuelle dénommée MUTUELLE BLEUE. La Mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité ainsi que les présents statuts et règlements mutualistes.

Article 2 : Objet

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

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

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

La Mutuelle a aussi pour objet :

- de participer à la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité en application de l'article L. 611-20 du Code de la Sécurité sociale et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'Etat ou d'autres collectivités publiques ;
- d'accepter en réassurance les engagements mentionnés ci-dessus au titre des branches 1, 2, 20 et 21 ;
- de se substituer intégralement aux mutuelles ou unions qui le demanderont, dans les conditions prévues par l'article L. 211-5 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut :

- créer une ou plusieurs autres mutuelles, notamment pour gérer des réalisations sanitaires et sociales et pourra créer ou adhérer à une union de groupe mutualiste définie à l'article L. 111-4-1 du Code de la Mutualité ou à une union mutualiste de groupe définie à l'article L. 111-4-2 du Code de la Mutualité ;
 - recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance ;
 - déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion des contrats collectifs ou individuels dans le respect des principes définis par l'Assemblée générale ;
 - présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.
- Dans tous les actes et documents de la Mutuelle et, notam-

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

Article 3 : Respect de l'objet de la Mutuelle

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

Article 4 : Élection de domicile

Le siège social de la Mutuelle est fixé au 68 rue du Rocher - CS 60075 - 75396 Paris Cedex 08.

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

CHAPITRE 2 : RELATIONS ENTRE LA MUTUELLE ET SES MEMBRES

SECTION I - COMPOSITION DE LA MUTUELLE ET CATÉGORIES DE BÉNÉFICIAIRES

La Mutuelle se compose essentiellement de membres participants et, éventuellement, de membres honoraires.

Article 5 : Membres participants et honoraires

Les membres participants sont des personnes physiques qui bénéficient des prestations de la Mutuelle et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, en contrepartie du paiement de cotisations.

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

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

Article 6 : Les ayants droit

Sont considérés comme ayants droit de l'adhérent :

- le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin vivant maritalement avec l'affilié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'affilié et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'affilié et de son concubin, devra être adressée à la Mutuelle ;
- le cocontractant d'un pacte civil de solidarité, sur présentation d'un récépissé de l'enregistrement du pacte civil de solidarité ;
- les enfants à charge au sens de l'article L. 313-3 du Code de la Sécurité sociale jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur à 80% et ne percevant pas l'allocation d'adulte handicapé, en contrat de qualification, d'adaptation, d'orientation ou d'insertion ;
- à la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'assuré et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux, à condition qu'ils soient également inscrits comme ayants droit au régime obligatoire.

SECTION II - ADHÉSION

Article 7 : Engagements réciproques

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

Article 8 : Modalités d'adhésion

Aucune limitation d'âge n'est fixée pour l'adhésion, sous réserve des exceptions prévues aux règlements mutualistes de la Mutuelle. Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion et reçoit copie des statuts et du règlement mutualiste de la Mutuelle correspondant à la garantie souscrite. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions statutaires et des droits et obligations définis par les règlements mutualistes. Par dérogation aux alinéas précédents, les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

SECTION III - RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION

Article 9 : Résiliation faite auprès de la Mutuelle

A) Opérations individuelles :

La résiliation de l'adhésion est faite par écrit, par lettre recommandée avec avis de réception deux (2) mois au moins avant la fin de l'année civile et adressée au siège social de la Mutuelle. Toutefois, concernant les garanties 100, 101, 102, 103, 104, 150, 200, 300, H100, H400, commercialisées par l'ex-Mutuelle de Seine et Marne et Mutuelle Bleue, entre septembre 1995 et le 1er octobre 2006, l'adhérent peut résilier son adhésion à chaque échéance annuelle en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception deux (2) mois au moins avant la date anniversaire du contrat.

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

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

B) Opérations collectives :

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

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

Article 10 : Radiation

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

Article 11 : Effets de la résiliation et de la radiation

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

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

Article 12 : Modalités d'exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle. Cette décision est prononcée par le Conseil d'administration et notifiée par lettre recommandée.

Elle est d'application immédiate au jour de sa notification.

Article 13 : Conséquences de l'exclusion

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

pas droit au remboursement des cotisations versées.

SECTION IV - RÈGLEMENTS MUTUALISTES

Article 14 : Les règlements mutualistes

Les règlements mutualistes adoptés par l'Assemblée générale, sur proposition du Conseil d'administration, définissent le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Ces règlements mutualistes pourront prendre comme dénomination

« RÈGLEMENTS MUTUALISTES » ou « CONDITIONS GÉNÉRALES ».

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 :

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

Article 15 : Composition de l'Assemblée générale

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

Article 16 : Sections de vote

Les adhérents membres participants et honoraires sont répartis en « sections de vote » dont l'étendue et la composition sont définies par le Conseil d'administration.

Les sections sont composées des membres participants et honoraires rattachés à la section de vote, sur le critère de leur commune de résidence. Le nombre d'adhérents à prendre en compte est arrêté sur la base du fichier au 31 octobre de l'année des élections.

Article 17 : Élection des délégués

Les délégués sont répartis en deux collèges, l'un dédié aux adhésions individuelles, l'autre aux adhésions collectives.

Les membres participants et honoraires de chaque section élisent ainsi, parmi eux, le ou les délégués à l'Assemblée générale de la Mutuelle, par application de la règle suivante : un (1) délégué pour deux mille sept cents (2 700) membres.

Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale.

Article 18 : Conditions d'éligibilité

Seuls peuvent se porter candidats aux fonctions de délégués (titulaires et suppléants) les membres participants et honoraires de la Mutuelle âgés de plus de 18 ans à la date de l'élection, à jour de leurs cotisations et dont le droit aux prestations est ouvert.

Article 19 : Appel à candidatures

Adhésion individuelle

Les adhérents sont informés de l'appel à candidature par l'intermédiaire du Journal de la Mutuelle ou tout autre moyen permettant cette information. Les annonces précisent l'adresse du siège social de la Mutuelle où ils peuvent retirer les déclarations de candidatures, les heures d'ouverture de la Mutuelle et la date limite de retrait et de dépôt des candidatures.

Adhésion collective

Les correspondants des organismes souscripteurs de contrats collectifs sont informés par une lettre comportant, en annexe, une déclaration de candidature leur permettant de solliciter, au sein des entreprises et parmi les membres participants, des candidatures aux fonctions, soit de délégué titulaire, soit de délégué suppléant.

Le nombre de candidats que peut présenter chacune des entreprises susvisées est limité à deux (2) personnes au plus pour chacune des fonctions (délégué titulaire et délégué sup-

pléant).

Le correspondant d'entreprise est la personne physique responsable de la gestion et du suivi des candidatures au sein de son entreprise.

Article 20 : Enregistrement des candidatures

Les candidatures doivent être adressées ou déposées au siège de la Mutuelle dans les délais fixés par l'annonce ou par la lettre adressée au correspondant d'entreprise.

La Mutuelle accusera réception des candidatures, transmises par lettre recommandée et remettra un récépissé de dépôt pour celles déposées au siège social.

L'envoi par correspondance doit parvenir, au plus tard, avant le jour de clôture de l'enregistrement des candidatures, indiqué par la Mutuelle. Toute candidature adressée ou déposée après la date ainsi arrêtée sera rejetée sans aucune autre formalité, la date de la première présentation de la poste ou de l'attestation de dépôt faisant foi.

Article 21 : Déroulement des votes

Les sections de vote sont appelées à élire les délégués titulaires et suppléants selon le nombre de délégués par section. Une liste d'électeurs est établie pour chaque section.

Le mode d'élection est celui du scrutin de liste majoritaire à un tour, pour les délégués titulaires et les délégués suppléants.

Les élections des délégués ont lieu à bulletin secret, et par correspondance.

Les listes des candidats aux fonctions de délégués relevant de sa section de vote, ainsi que le matériel de vote, sont envoyés à la dernière adresse connue.

Une Commission électorale, composée de 3 administrateurs désignés par le Conseil d'administration sur proposition du Président, sera chargée du bon déroulement des élections.

Article 22 : Dépouillement des votes et résultats des votes

Après la clôture du scrutin, les membres de la Commission électorale procèdent au recensement des votes recueillis par correspondance.

Les enveloppes T comportant les bulletins de vote sont ouvertes.

Sur chaque bulletin figurent deux codes barres. Le premier permet de procéder à l'émargement des votants ; le second a pour objet d'attribuer le vote au collège et à la section correspondant.

Toutes les précautions seront prises pour assurer la confidentialité et la sincérité des votes et pour qu'aucun rapprochement entre le nom des votants et le choix de ces derniers ne puisse être effectué.

Sont mises à part, sans être ouvertes :

- les enveloppes parvenues après la clôture du scrutin ;
- les enveloppes portant une mention ou un signe distinctif.

À l'issue du scrutin, les membres de la Commission électorale constatent que le nombre d'enveloppes T réceptionnées correspond au nombre d'émargements.

Lorsqu'il est procédé au dépouillement du scrutin, sont considérés comme nuls les suffrages exprimés dans les conditions ci-après :

- les bulletins de vote non conformes aux bulletins établis par la Mutuelle ;
- les bulletins comportant des surcharges et des ratures.

Les dépouillements sont effectués dans les locaux d'un prestataire de services, en présence d'un huissier de justice et de la Commission électorale. Un procès-verbal des opérations de vote est établi et signé par les membres de la Commission électorale, pour chaque section de vote.

SECTION II - LES DÉLÉGUÉS

Article 23 : Durée du mandat

Les délégués sont élus pour six (6) ans.

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

En cas d'augmentation significative du nombre d'adhérents, en raison notamment d'un transfert de portefeuille ou d'une

opération de fusion ou de scission comportant transfert de portefeuille au profit de la Mutuelle, il peut être procédé sur décision du Conseil d'administration à l'élection de délégués supplémentaires appelés à représenter les adhérents issus de cette opération, dans les conditions ci-dessus exposées.

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

Article 24 : Statut des délégués

Rôle des délégués

Les délégués élus participent aux Assemblées générales de la Mutuelle dans les conditions définies à l'article 26 des statuts. Ils délibèrent sur toutes les questions qui relèvent de la compétence de l'Assemblée générale telles que définies à l'article 29 des statuts.

Dans leur rôle de représentation des adhérents, ils peuvent soumettre des questions à l'Assemblée générale.

Représentation des délégués

Le délégué titulaire peut se faire représenter par un autre délégué membre de l'Assemblée générale de la Mutuelle, non administrateur, en lui donnant procuration selon les modalités ci-dessous.

Une formule de vote par procuration est remise à tout membre qui en fait la demande. Elle devra être accompagnée du texte des résolutions proposées ainsi que d'un exposé des motifs.

La formule de vote par procuration devra être retournée signée au mandataire et contenir les nom, prénom usuel et domicile du délégué représenté.

Elle devra être déposée ou reçue au siège social de la Mutuelle au plus tard six jours ouvrables avant la date de réunion de l'Assemblée générale.

Le mandat est donné pour une seule Assemblée, sauf dans les deux cas suivants :

- Un mandat peut être donné pour deux assemblées tenues le même jour ou dans un délai d'un mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées à l'article L. 114-12 I du Code de la Mutualité et l'autre pour exercer les attributions visées au II du même article ;
- Un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Chaque mandataire ne pourra représenter qu'un seul délégué par Assemblée générale.

Le délégué absent, souhaitant se faire représenter à l'Assemblée générale, pourra opter pour le vote par procuration ou pour son remplacement par le délégué suppléant prévu dans la disposition ci-dessous.

Remplacement des délégués

Le délégué titulaire ou suppléant démissionnaire, radié ou exclu de la Mutuelle, pour quelque cause que ce soit, est déclaré démissionnaire d'office de ses fonctions de délégué titulaire ou suppléant, sans aucune formalité.

Dans cette hypothèse ou en cas de décès et décision du Conseil d'administration, le délégué titulaire est remplacé dans ses fonctions par un délégué suppléant de sa section de vote. Le délégué titulaire empêché d'assister à l'Assemblée générale est remplacé par un délégué suppléant sur décision du bureau de séance.

SECTION III : RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 25 : Périodicité des réunions

L'Assemblée générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'administration. À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal de grande instance du siège social de la Mutuelle, statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette Assemblée, ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 26 : Modalités d'admission aux Assemblées générales

Les Assemblées générales réunissent les délégués titulaires des sections de vote définies par l'article 16 des statuts. Chaque délégué titulaire dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale.

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

- les délégués suppléants ;
- les salariés non délégués de la Mutuelle invités par voie de note interne ;
- toute autre personne indiquée sur la feuille d'inscription adressée par le délégué, à titre d'auditeur.

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

Article 27 : Modalités de convocation

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

À cette convocation sont joints les documents prévus par le Code de la Mutualité.

Autres convocations :

L'Assemblée générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le Conseil ;
2. le ou les commissaires aux comptes ;
3. l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;
4. un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, à la demande des dirigeants de la Mutuelle, ou d'un ou plusieurs membres participants ;
5. le ou les liquidateurs.

À défaut, le Président du tribunal de grande instance peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Dans le cas où la convocation n'émanerait pas du Président du Conseil d'administration, elle doit être obligatoirement effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 28 : Ordre du jour

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

Les demandes doivent être adressées au Président par lettre recommandée avec accusé de réception ou déposées au siège contre récépissé, et reçues au plus tard cinq (5) jours ouvrés avant la date de tenue de l'Assemblée générale, accompagnées des motifs et buts poursuivis. Le Président du Conseil d'administration, ou toute autre personne habilitée, accuse réception de cette question qui doit être communiquée aux administrateurs.

Article 29 : Attributions de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale :

- procède obligatoirement chaque année à l'examen et à la révision des cotisations et des prestations pour l'exercice civil suivant ;
- décide de la modification ou de la suppression de chaque garantie ;
- se prononce sur le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent, sur les comptes combinés ou consolidés de l'exercice, le cas échéant, ainsi que sur le rapport de gestion du groupe et sur le rapport spécial

des commissaires aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du Code de la Mutualité ;

- procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle est également appelée à se prononcer sur :

- les activités exercées ;
- les règles générales qui régissent les opérations individuelles et collectives ;
- la modification des statuts ;
- la délégation de pouvoirs prévue à l'article L. 114-11 du Code de la Mutualité ;
- le transfert de portefeuille ;
- les principes directeurs en matière de réassurance ;
- la fusion ou la scission, les apports faits aux mutuelles et unions ;
- la dissolution de la Mutuelle ;
- la création d'une mutuelle ou d'une union ;
- la nomination des commissaires aux comptes ;
- l'approbation des règlements mutualistes ;
- la définition des principes que doivent respecter les délégations de gestion accordées par la Mutuelle ;
- toute question relevant de sa compétence en application des textes légaux en vigueur.

Article 30 : Délégations

L'Assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations des opérations individuelles, au Conseil d'administration. Cette délégation n'est valable qu'un an.

Les décisions prises au titre de cette délégation sont ratifiées par l'Assemblée générale.

Article 31 : Bureau de séance et Bureau de vote

Bureau de séance

Le Bureau de séance de l'Assemblée générale est composé des membres du Bureau du Conseil d'administration.

Le Président du Bureau de séance est le Président du Conseil. En cas d'absence ou d'empêchement de celui-ci, le Bureau de séance est présidé par le premier Vice-Président, à défaut par le deuxième, ou à défaut, l'Assemblée désigne le Président de séance.

Le Bureau de séance prend ses décisions à la majorité relative. En cas de partage de voix, le Président du Bureau de séance a voix prépondérante. Il veille à la bonne tenue des débats et règle les incidents de séances.

Bureau de vote

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

Les 3 scrutateurs, désignés en début de séance, choisissent parmi eux leur Président. Ils sont chargés de contrôler les opérations de vote et d'en assurer la régularité, ils vérifient la qualité de chaque votant, veillent à ce que les délégués participant au vote émargent la feuille d'émargement prévue à cet effet.

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

Article 32 : Déroulement des travaux

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

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

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

générales.

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

Article 33 : Opérations de vote

Les votes portant sur les questions relevant de la compétence de l'Assemblée générale, conformément à l'article 29 des statuts, ont lieu à main levée ou par appel nominatif des délégués, au choix du Président de séance.

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

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

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

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

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

Article 34 : Modalités de délibération

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

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

Lorsqu'une Assemblée générale n'a pas pu délibérer régulièrement faute de quorum requis, une deuxième Assemblée est convoquée dans les mêmes formes et délibère comme indiqué à l'article 35 des statuts.

Article 35 : Validité des délibérations

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

I. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations, la délégation de pouvoir prévue en matière de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations, 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 des délégués.

II. À défaut, une seconde Assemblée générale sera convoquée et délibérera valablement, si le nombre de ses délégués présents représente au moins le quart du total des délégués. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués ayant exprimé leur suffrage.

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

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

IV. À défaut, une seconde Assemblée générale sera convoquée et délibérera valablement, quel que soit le nombre de ses délégués présents.

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

Article 36 : Effet des décisions

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

Article 37 : Procès-verbaux d'Assemblées générales

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

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

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

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

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

Article 38 : Contestations relatives aux Assemblées générales

Toute contestation relative aux Assemblées générales est traitée par le Comité d'audit.

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

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

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

En cas d'égalité des voix, la voix du Président du Comité d'audit est prépondérante.

CHAPITRE 2 :

CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I - RÈGLEMENTS - COMPOSITION - ÉLECTION

Article 39 : Règlement intérieur du Conseil d'administration

Les membres participants sont des personnes physiques. En complément des statuts, un règlement intérieur du Conseil d'administration définit les principales règles de bonne conduite que s'engagent à respecter le Conseil d'administration dans

son ensemble et chaque administrateur individuellement. Instrument au service de la gouvernance de la Mutuelle, il formalise le fonctionnement, l'organisation et les règles auxquelles s'astreignent les membres du Conseil d'administration. Il est complété d'un Code de déontologie des administrateurs qui précise les droits, devoirs et responsabilités auxquels s'exposent les administrateurs dans l'exercice de leur fonction. Ces documents, destinés aux seuls administrateurs ou candidats aux fonctions d'administrateur, sont adoptés et modifiés par décision du Conseil d'administration.

Article 40 : Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration composé de minimum 10 et maximum 20 membres, élus par l'Assemblée générale, parmi les membres participants et honoraires de la Mutuelle.

Le Conseil d'administration ne peut être composé, pour plus de la moitié, d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateur, de dirigeant ou d'associé dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité.

Article 41 : Conditions requises pour être administrateur

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

- être âgés de plus de 18 ans révolus à la date de l'élection ;
- ne pas être frappés de l'une des incapacités prévues au Code de la Mutualité ;
- pour les membres participants, être à jour de leurs cotisations à la date de l'élection. La perte de cette qualité, et ce, quelle qu'en soit la cause, entraîne « ipso facto » la perte de la qualité d'administrateur ;
- ne pas avoir été salariés de la Mutuelle ou de personnes morales avec lesquelles elle constitue un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité, au cours des trois (3) années précédant l'élection,
- disposer de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience nécessaires ;
- et plus généralement, respecter les dispositions législatives, réglementaires et statutaires applicables.

Article 42 : Candidature aux fonctions d'administrateur

Les candidatures aux fonctions d'administrateur des membres participants et honoraires qui remplissent les conditions fixées à l'article 41 des statuts, doivent être confirmées par le postulant à l'aide d'un imprimé prévu à cet effet et qui lui est adressé sur sa demande. Cet imprimé, dûment rempli et signé, doit être adressé au Président de la Mutuelle un (1) mois avant l'Assemblée générale.

Article 43 : Limite d'âge

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 cet administrateur nouvellement élu.

Article 44 : Modalités d'élections

Les membres du Conseil sont élus à bulletin secret par l'Assemblée générale, au scrutin uninominal majoritaire à un tour. Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus âgé.

Article 45 : Durée du mandat

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

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

Les membres du Conseil d'administration cessent leurs fonc-

tions :

- lorsqu'ils perdent leur qualité de membre participant ou honoraire ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions fixées par l'article 43 ;
- lorsqu'ils ne respectent plus les conditions d'éligibilité prévues :
 - lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions des paragraphes I et III de l'article L. 114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul, ils présentent dans les trois (3) mois de leur nomination leur démission ou, à l'expiration de ce délai, sont déclarés démissionnaires d'office ;
 - lorsqu'ils font l'objet d'une condamnation entraînant l'interdiction d'exercer la fonction d'administrateur conformément à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité, ils présentent dans les trois (3) mois leur démission ou, à l'expiration de ce délai, sont déclarés radiés du Conseil d'administration.

Article 46 : Honorariat

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

Article 47 : Renouvellement

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

Article 48 : Vacance

En cas de décès, de démission, de perte de la qualité d'adhérent d'un administrateur ou de cessation de mandat suite à une décision d'opposition de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), en application de l'article L. 612-23-1 du Code monétaire et financier, le Conseil d'administration peut, entre deux Assemblées générales, nommer à titre provisoire des administrateurs, en vue de compléter l'effectif du Conseil d'administration.

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

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

SECTION II - LE PRÉSIDENT

Article 49 : Élection, durée du mandat et révocation

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

Le Président est élu à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à un tour par les membres du Conseil d'administration, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration.

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

Article 50 : Décès, démission, révocation

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du Président ou de cessation de son mandat suite à une décision d'opposition de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), en application de l'article L. 612-23-1 du Code monétaire et financier, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection.

Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le premier Vice-Président, à défaut le deuxième Vice-Président, à défaut le Vice-Président le plus ancien dans la fonction, ou à défaut, par l'administrateur le plus ancien dans la fonction. Celui-ci, dans l'intervalle, assure les fonctions de Président

par intérim.

Article 51 : Attributions du Président

Le Président

- organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale ;
- convoque le Conseil d'administration et en établit l'ordre du jour ;
- informe le Conseil des procédures engagées en application des sections 6 et 7 du Chapitre II du Titre Ier du Livre VI du Code monétaire et financier ;
- s'assure de la communication aux administrateurs de toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de leurs missions et veille à la mise en place des actions de formation visées par l'article L. 114-25 du Code de la Mutualité ;
- veille :
 - à ce que l'ensemble des administrateurs respecte les règles et devoirs décrits dans le règlement intérieur du Conseil d'administration et dans le Code de Déontologie et, le cas échéant, sanctionne les manquements constatés, après avis du bureau ou du Conseil d'administration ; les sanctions d'un manquement sont décrites dans le règlement intérieur du Conseil d'administration ;
 - à ce que les remboursements de frais et indemnités alloués aux administrateurs soient conformes aux prescriptions du Code de la Mutualité et aux conditions prévues aux statuts ;
 - au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle ;
- informe les commissaires aux comptes et le Conseil d'administration de toutes conventions intervenant entre la Mutuelle et ses administrateurs et/ou ses dirigeants dans les conditions prévues aux articles L. 114-32 et L. 114-33 du Code de la Mutualité ;
- engage les recettes et les dépenses ;
- représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- est compétent pour ester en justice au nom de la Mutuelle, en demande comme en défense ;
- assure la représentation de la Mutuelle auprès des instances fédérales.

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

Article 52 : Les Vice-Présidents

Le Conseil d'administration de la Mutuelle élit un premier Vice-Président, un deuxième Vice-Président et trois Vice-Présidents. Les premier et deuxième Vice-Présidents ou les Vice-Présidents secondent le Président qu'ils suppléent en cas d'empêchement, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

SECTION III - RÉUNIONS

Article 53 : Périodicité

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

Article 54 : Convocation du Conseil

En application de l'article 53 des statuts, le Président convoque le Conseil d'administration au moyen d'une lettre simple ou d'un courrier électronique adressé(e) à chacun des administrateurs, quinze (15) jours au moins avant la réunion, indiquant l'ordre du jour de la réunion.

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

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

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

Tout administrateur peut demander, par lettre recommandée ou pli déposé contre récépissé dans les cinq (5) jours qui précèdent le Conseil, l'inscription de telle ou telle question particulière à l'ordre du jour ou l'inversion de points de l'ordre du

jour. En cas de non-respect de ce délai, pour ce qui concerne l'inscription d'une question particulière à l'ordre du jour, l'examen de ladite question est reporté à la séance suivante.

Article 55 : Devoir de réserve

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

Les représentants du personnel sont tenus au secret professionnel édicté par l'article L. 2325-5 du Code du travail.

Article 56 : Personnes habilitées à participer au Conseil d'administration

Le Directeur général et les membres qu'il désigne participent aux réunions du Conseil, sans droit de vote. Le Conseil d'administration admet également en son sein les commissaires aux comptes de la Mutuelle.

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

Enfin, deux représentants des salariés assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'administration.

Ces représentants des salariés au Conseil d'administration sont élus parmi les salariés élus au Comité d'Entreprise, conformément à l'article L. 2323-62 du Code du travail et à l'article 57 ci-après.

Article 57 : Élection des représentants du Comité d'Entreprise pour participation au Conseil d'administration

Le Comité d'entreprise, nouvellement élu, élit parmi ses membres, pour quatre (4) ans, les deux personnes chargées de représenter les salariés au Conseil d'administration :

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

À défaut d'élection par le Comité d'Entreprise, les représentants des salariés sont élus par les seuls salariés de la Mutuelle au scrutin secret, à la majorité relative à un seul tour, pour une durée de quatre (4) ans à compter de la date de leur élection.

Tout salarié majeur ayant au moins une année d'ancienneté peut se présenter et se porter candidat à titre individuel, mais ne peuvent participer à ces élections que les salariés ayant au moins six (6) mois d'ancienneté.

Le scrutin doit avoir lieu tous les quatre (4) ans dans le mois qui précède l'expiration du mandat des représentants en fonction. En cas de démission ou de décès de l'un d'entre eux, il sera procédé à son remplacement dans les six (6) mois de la cessation de fonction.

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

Ce scrutin est annoncé au moins trente (30) jours pleins à l'avance par un avis affiché dans les locaux de la Mutuelle. Pendant ce délai, la liste des électeurs, établie par la Direction, est tenue à la disposition du personnel intéressé.

La liste des candidats sera affichée dix (10) jours au moins avant la date du scrutin. Les bureaux électoraux sont composés en accord avec les délégués du personnel. Le vote a lieu à bulletin secret dans une urne déposée à cet effet. Les salariés mettront leur bulletin dans une enveloppe qui leur sera remise au moment du scrutin.

Article 58 : Délibérations du Conseil d'administration

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

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président du Conseil d'administration est prépondérante.

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

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

aux voix et le résultat des votes.

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

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

SECTION IV - ATTRIBUTIONS, DÉLÉGATIONS ET RESPONSABILITÉS

Article 59 : Attributions

Le Conseil d'administration dispose, pour la gestion et l'administration de la Mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée générale par le Code de la Mutualité et les présents statuts.

Plus particulièrement, le Conseil d'administration conformément au Code de la Mutualité (art L. 114-17 et L.114-11) :

- détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application ;
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle ;
- arrête les comptes annuels à la clôture de chaque exercice et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée générale ;
- établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou com-binés, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée générale ;
- établit également le rapport de solvabilité visé à l'article L. 212-3 et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, visé à l'article L. 212-6 ;
- examine, au moins une fois par an, la mise en œuvre de la politique financière et les risques encourus par la Mutuelle ;
- fixe le montant des prestations et cotisations des opérations individuelles sur délégation de l'Assemblée générale ;
- fixe les montants ou taux de cotisations et prestations des opérations collectives dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale.

Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence pour un an maximum au Président ou au dirigeant de la Mutuelle.

Il rendra compte des décisions qu'il prend en la matière à l'Assemblée générale ;

- vote le budget.

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

Article 60 : Délégations du Conseil d'administration

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

- au Bureau ;
- à un ou plusieurs administrateurs ;
- à une ou plusieurs commissions.

Délégation au Directeur général : le Directeur général est chargé de la responsabilité opérationnelle de la Mutuelle. Il reçoit à cet effet délégation de pouvoir du Président sous approbation du Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration peut également confier au Directeur général certaines de ses attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'administration par le Code de la Mutualité. Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Les délégations données par le Conseil d'administration sont renouvelées d'office.

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

Article 61 : Responsabilité des administrateurs

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

SECTION V - BUREAU ET COMMISSIONS

Article 62 : Élection des membres du Bureau

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

Article 63 : Composition du Bureau

Le Bureau est composé de la façon suivante :

- le Président du Conseil d'administration,
- un premier Vice-Président,
- un deuxième Vice-Président,
- trois Vice-Présidents,
- un Secrétaire général,
- un Secrétaire général adjoint,
- un Trésorier général,
- un Trésorier général adjoint.

Article 64 : Le Secrétaire général

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

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

Article 65 : Le Secrétaire général adjoint

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

Article 66 : Le Trésorier général

Le Trésorier général effectue les opérations financières de la Mutuelle. Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle. Il fait procéder selon les directives du Conseil d'administration à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Le Trésorier général présente le projet de budget au Conseil d'administration et l'informe de son exécution.

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.

Il présente à l'Assemblée générale, au nom du Conseil d'administration, les rapports visés à l'article 29 des statuts.

Article 67 : Le Trésorier général adjoint

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

Article 68 : Attributions du Bureau

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

Il est habilité à prendre toute décision urgente relative à l'administration de la Mutuelle et, d'une manière générale, à régler les questions pour lesquelles le Conseil d'administration lui a donné, sous sa responsabilité, délégation. Ses décisions doivent être avalisées par le prochain Conseil d'administration. Dans le cadre de la délégation donnée par le Conseil d'administration, le Bureau définit les missions dévolues à chacun de ses membres.

Article 69 : Réunions et délibérations du Bureau

Le Bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle. La convocation est envoyée aux membres du Bureau cinq (5) jours francs au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante. Il est établi, si nécessaire, un relevé de décision de chaque réunion qui est approuvé par le Bureau lors de la séance suivante.

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

Article 70 : Comité d'audit

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

Il est composé de 4 à 6 membres assisté du Directeur général et se réunit au minimum deux (2) fois par an.

Modalités de désignation

Les membres du Comité d'audit ainsi que son Président, qui ne peut être le Président du Conseil d'administration, sont désignés parmi les administrateurs à l'issue d'un vote du Conseil d'administration.

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

Durée des mandats

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

Missions

Il est chargé :

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

Modalités d'organisation et de fonctionnement

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

- d'une convocation spécifique auprès de ses membres ;
- d'un compte rendu présenté lors d'un Conseil d'administration suivant.

Les règles de confidentialité qui s'imposent aux administrateurs s'imposent aux membres du Comité d'audit.

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

Ces dernières sont tenues aux mêmes exigences de discrétion et confidentialité que les administrateurs eux-mêmes.

Article 71 : Commissions

Le Conseil d'administration de la Mutuelle détermine les commissions nécessaires à son fonctionnement. Le nombre de commissions, leurs missions, leur organisation et leurs participants sont décrits dans le règlement intérieur du Conseil d'administration.

SECTION VI - DEVOIRS ET COMPORTEMENTS INTERDITS DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Article 72 : Gratuité des fonctions

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

En outre, la Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais

de déplacements, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la Mutualité.

Article 73 : Interdictions

- Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la Mutualité.
- Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des présents statuts.
- Il est interdit aux administrateurs et au Directeur général de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur ou de Directeur général, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la Mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Cette interdiction ne s'applique pas au Directeur général lorsqu'il est susceptible d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la Mutuelle. Dans tous les cas, le Conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs ou au Directeur général. La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes mentionnées au présent article. Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou au Directeur général.

Article 74 : Délai de carence

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

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

SECTION VII - CONVENTIONS CONCLUES ENTRE LA MUTUELLE ET UN ADMINISTRATEUR

Article 75 : Autorisation des conventions

Toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'administration. L'administrateur intéressé ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée. La décision du Conseil d'administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du Conseil d'administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

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

Article 76 : Information

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

Article 77 : Conséquences du défaut d'autorisation

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

Article 78 : Délégation de pouvoir

Le Directeur général peut se voir déléguer par le Président ou un administrateur, dans les limites de leurs attributions respectives, le pouvoir de passer des actes ou de prendre certaines

décisions.

Ces délégations doivent être autorisées par le Conseil d'administration, par décision expresse, déterminées quant à leur objet et reportées dans un registre coté.

Le Conseil d'administration peut également consentir, en cas d'empêchement du titulaire d'une délégation, une délégation au profit d'un autre salarié. En aucun cas le Président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi.

TITRE III DISPOSITIONS FINANCIÈRES ET COMPTABLES

Article 79 : Commissaires aux comptes

L'Assemblée générale nomme un ou plusieurs commissaires aux comptes et un ou plusieurs suppléants choisis sur la liste des commissaires aux comptes inscrits.

Le Président convoque le ou les commissaires aux comptes à toutes les Assemblées générales.

Le ou les commissaires aux comptes certifient les rapports et les comptes dans les conditions prévues au Code de la Mutualité.

Article 80 : Fonds d'établissement

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

Article 81 : Produits et charges

Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

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

Charges

Les charges comprennent :

1. les diverses prestations servies aux membres participants ;
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 de la Mutualité (facultatif) ;
7. la redevance affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) pour l'exercice de ses missions ;
8. plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

Article 82 : Réassurance

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

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

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

TITRE IV DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

Article 83 : Dissolution

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

L'Assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

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

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

TITRE V TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS MÉDIATION

Article 84 (dernier article) : Réclamations - Médiation

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

Si un désaccord subsiste, l'adhérent peut, en dernier recours, contacter le médiateur de la Mutuelle, 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex (dans les cas relevant de sa compétence et sans préjudice des autres voies d'actions légales).

ANNEXES AUX STATUTS

ANNEXE 1 : FRAIS DE DÉPLACEMENT DES DÉLÉGUÉS

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

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

1. Transports en commun

Les délégué(e)s sont réputé(e)s partir de leur dernier domicile connu de la Mutuelle, pour se rendre au lieu de l'Assemblée générale statutaire, de la réunion d'information ou d'études à laquelle ils ou (elles) ont été convoqué(e)s ou invité(e)s, et à ce titre, bénéficient du remboursement de leurs seuls frais de déplacements ou d'hébergements sur justificatifs.

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

2. Transport par véhicule personnel

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

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

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

3. Hébergement

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

3.1. Nuitée

Découcher avec petit-déjeuner inclus 148 euros maximum

3.2. Repas

Déjeuner ou dîner 35 euros maximum

4. Invitation

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

ANNEXE 2 : FRAIS DE DÉPLACEMENT DES ADMINISTRATEURS

1. Rappel du Code de la Mutualité (Article L. 114-26, alinéa 6)

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

2. Règles générales

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

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

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

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

3. Circuit des demandes de remboursement

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

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

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

4. Remboursement de frais aux administrateurs

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

- premier groupe : ceux liés à un déplacement de proximité dont la distance aller et retour est égale ou inférieure à 20 km comme il est précisé ci-après au point 4.3.
- deuxième groupe : ceux liés à un déplacement de moyenne distance aller et retour supérieure à 20 km, mais égale au maximum à 400 km, comme il est précisé ci-après au point 4.4.
- troisième groupe : ceux liés à un déplacement de longue distance aller et retour supérieur à 400 km, comme il est précisé ci-après au point 4.4.

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

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

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

4.2. Définition, objet, portée et limites de l'indemnité forfaitaire
Cette indemnité couvre les frais liés tant au déplacement ressortant du premier groupe, dans la limite de 20 km inclus (10 km aller et 10 km retour), qu'aux frais de représentation ainsi qu'une indemnité de repas forfaitaire de 16,80 euros.

4.3. Déplacements de courte distance ou premier groupe

4.3.1. Définition et conditions de remboursement des frais réels

4.3.1.1. Déplacement de proximité (inférieur ou égal à 20 km)
C'est ainsi que les déplacements de proximité ressortant du premier groupe sont réputés couverts, que ceux-ci représentent un déplacement global intra-muros sur Paris à l'intérieur des zones concentriques 1 ou 2 de la carte Orange telles que déterminées par le STIF, que sur Melun, Metz ou Toulouse dans la limite de 10 km autour du lieu de réunion, ou bien encore représentent les frais de transports intermédiaires nécessaires, de la gare SNCF d'arrivée (Paris ou Melun) au lieu de réunion pour l'aller et du lieu de réunion à la gare SNCF de départ pour le retour, et cela dans les mêmes conditions.

4.3.1.2. Utilisation du véhicule personnel

Si l'administrateur utilise son véhicule personnel, les frais kilométriques ne lui sont remboursés que si la distance parcourue dépasse la limite précitée et précédemment définie des 20 km correspondant au premier groupe visé à l'article 4, et selon le barème fiscal applicable en vigueur, en fonction de la distance (400 km – 20 km = 380 km) indemnisée sur la base du barème fiscal « jusqu'à 5 000 km », au-delà celui visant les distances parcourues annuellement « au-delà de 20 000 km » sera retenu. À défaut, ne lui est versée que la seule indemnité forfaitaire. Dans les autres cas, la Mutuelle lui verse les indemnités kilométriques à due concurrence dans les conditions ci-dessus.

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

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

4.3.1.4. Accès gare et aéroport

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

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

4.3.1.5. Frais de parking, de parc-mètre et de péage

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

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

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

4.4.1. Transports aériens

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

4.4.2. Transports ferroviaires

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

4.4.3. Utilisation du véhicule personnel

De 0 à 20 km : couvert par l'indemnité forfaitaire. Supérieur à 20 km et inférieur ou égal à 400 km soit 380 km, application du barème fiscal tranche 1 (définie comme applicable pour les parcours annuels « jusqu'à 5 000 km »). Au-delà de 400 km, application du barème fiscal tranche 3 (définie comme tarif fiscal applicable « au-delà de 20 000 km »). Il est bien précisé que, pour des raisons fiscales évidentes, si la tranche 1 est atteinte, en cours d'année, pour des distances cumulées annuelles de plus de 5 000 km, c'est la tranche 3 qui s'appliquera à partir du voyage suivant celui au cours duquel le seuil des 5 000 km cumulés aura été atteint. Le remboursement des frais de parking, péage sur justificatifs. (Idem 4.3.1.5.).

4.5. Repas, hôtel, hébergement

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

4.5.1. Nuitée

Découcher avec petit déjeuner inclus..... 148 euros maximum

4.5.2. Repas

Déjeuner ou dîner 35 euros maximum

5. Invitation

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

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

Siège social : 68 rue du Rocher - CS 60075 - 75396 Paris Cedex 08.

Siège administratif : 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex.

Référence 56STA011 - Mai 2015

LES STATUTS COMPLETS ET LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR SONT CONSULTABLES SUR INTERNET À L'ADRESSE SUIVANTE : WWW.ASSOCIATION-ASSURES-APRIL.FR

MIS À JOUR AU 1^{er} AVRIL 2015

ARTICLE 2. OBJET

Cette Association a pour objet :

- d'étudier, rechercher, souscrire, développer tout type de produits d'assurances, d'assistance et de services, notamment dans le domaine de la prévoyance, de la santé, de la retraite, en vue d'optimiser pour ses membres, la souscription de garanties complémentaires ou sur complémentaires, intervenant en tant que de besoin en sus de celles découlant des régimes obligatoires notamment par la signature de contrats collectifs d'assurances à adhésion facultative ou obligatoire ;
- de sensibiliser ses membres aux thèmes essentiels de la prévention dans le but de leur permettre, d'une part, d'entretenir leur capital santé et d'autre part, d'obtenir des organismes d'assurances des conditions préférentielles qui prennent en compte les comportements responsables de ses membres en matière de santé ;
- de réaliser des études statistiques et des analyses sur les comportements de la vie quotidienne dans le domaine de la protection sociale ;
- de mettre en place des actions de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés à travers un Fonds d'Actions Solidaires.

ARTICLE 5. COMPOSITION

L'Association se compose de membres Adhérents qui se distinguent entre :

- les Membres Adhérents ;
- les Membres Adhérents ayant la qualité de travailleurs non salariés ;
- les Membres Adhérents Collectifs qui sont les entreprises, organismes ou autres personnes morales ayant souscrit à l'une des conventions souscrites par l'Association pour le compte de leurs salariés.

Pour faire partie de l'Association, il faut être admis à l'assurance dans le cadre de l'une des conventions souscrites par l'Association et être en règle de sa cotisation associative.

La qualité de Membre Adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de la cotisation associative sous réserve de l'acceptation de l'adhésion à la convention d'assurance par l'organisme assureur. A défaut d'acceptation, le montant de la cotisation associative sera remboursé au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

ARTICLE 6. PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE

La qualité de membre se perd :

- par décès, disparition ou absence pour les personnes physiques ;
- par la liquidation ou la dissolution amiable ou judiciaire pour les personnes morales ;
- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association ;
- par la perte de la qualité d'assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association (résiliation, radiation, renonciation) ;
- par la démission adressée à l'intention du Président au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception. A ce courrier devra être jointe, la copie du courrier, délivré par l'organisme de gestion du(des) contrat(s), confirmant leur résiliation, lesdites résiliations devant respecter les conditions définies à la (aux) notice(s) d'information valant conditions générales du (des) contrat(s).

En tout état de cause, la cotisation associative éventuellement appelée au titre de l'année de perte de la qualité de membre reste acquise à l'Association.

ARTICLE 8. OPPOSABILITÉS AUX ADHERENTS

Toute adhésion à l'Association s'inscrit dans le cadre de conventions d'assurance conclues entre l'Association et des organismes assureurs. Le contenu de ces conventions, mentionnant notamment les conditions et conséquences d'une résiliation des conventions par l'Association ou l'organisme assureur, est remis aux Adhérents lors de leur adhésion à l'Association et au contrat sous la forme de notice d'information valant conditions générales.

ARTICLE 9. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations de ses Membres Adhérents ;
- du revenu de ses biens ;
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- des subventions ou versement autorisés par la loi ;
- de toutes autres ressources non interdites par la loi.

ARTICLE 11. FONDS D'ACTIONS SOLIDAIRES

Il est institué la création d'un Fonds d'Actions Solidaires destiné au financement des actions de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés, prévues ou non aux contrats collectifs d'assurances souscrits par l'Association.

Le montant de la dotation annuelle du Fonds d'Actions Solidaires est arrêté par le Conseil d'Administration qui en fixe les orientations, les missions et les règles de fonctionnement.

Les différentes Actions Solidaires menées par l'Association et leurs conditions d'accès et d'attribution sont définies dans le Règlement Intérieur.

ARTICLE 13. ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

› 1. Convocation

Les membres de l'Association tels que définis à l'article 5, adhérents au jour de la décision de la convocation, sont réunis au moins une fois par an en Assemblée Générale Ordinaire et en tant que de besoin en Assemblée Générale Extraordinaire.

Les Assemblées Générales se composent de tous les membres de l'Association, en règle de leur cotisation associative.

La convocation est nominative et est valablement faite au choix du Conseil d'Administration :

- soit par lettre simple ou courrier électronique envoyé au moins soixante jours calendaires avant la date de l'Assemblée Générale ;
- soit par annonce au sein d'une publication destinée à tous les Adhérents.

Les Assemblées se réunissent sur convocation du Président de l'Association, ou pour ce qui concerne les Assemblées Générales Extraordinaires sur la demande d'au moins 10% des adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée doit être tenue dans les trente jours suivant l'envoi desdites convocations.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du Conseil d'Administration. Elles sont faites au moins soixante jours avant la tenue de l'Assemblée Générale.

Seront également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent adhérents dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au Président du Conseil d'Administration quarante cinq jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'assemblée.

Seules seront valables les résolutions prises par l'Assemblée Générale sur les points inscrits à son ordre du jour.

En outre, les convocations doivent mentionner qu'à défaut de quorum elles tiennent lieu de convocations à une seconde Assemblée Générale.

› 2. Droit de vote

Tout Adhérent de l'Association dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'Assemblée Générale.

Chaque membre Adhérent personne physique, ne peut être représenté que par un autre membre Adhérent personne physique. Les membres Adhérents personnes morales sont représentés par leur représentant légal.

Chaque Adhérent a la faculté de donner mandat à un autre Adhérent ou à son conjoint. Un même Adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote. Le mandat donné vaut pour une seule Assemblée Générale ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint ou si deux Assemblées - ordinaire et extraordinaire - se tiennent le même jour.

Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président et donnent lieu à un vote à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

› 3. Tenue des Assemblées

La Présidence de l'Assemblée Générale appartient au Président du Conseil d'Administration qui peut déléguer ses fonctions au Vice Président et à défaut à un autre Administrateur.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si au moins mille adhérents sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des adhérents présents ou représentés.

A défaut de quorum, la seconde Assemblée Générale pourra se tenir à la suite de la première sur le même ordre du jour.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le Président et le Secrétaire. Les procès verbaux peuvent être consultés au siège de l'Association.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par chaque membre présent et certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées Générales obligent par leurs décisions tous les membres y compris les absents.

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

FINALISATION DE VOTRE ADHÉSION

- › Votre demande d'adhésion est prise en charge le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.
- › Dans les jours qui suivent la validation de votre contrat, vous recevez votre dossier d'assuré.

APRIL VOUS ACCOMPAGNE

Une question ? Une modification à apporter à votre contrat ?
Contactez-nous au 09 74 50 20 20 (appel non surtaxé).
Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi de 9h à 12h.

FRAIS DE GESTION

Les opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance engendrent des frais imputés selon le barème suivant :

- › Avenant au contrat : 10 €.
- › Rejet suite à un prélèvement bancaire : 10 €.
- › Mise en demeure pour non-paiement : 25 €.
- › Réouverture d'un contrat suite à une radiation : 10 €.
- › Relevés des prestations :
 - Si vous avez opté pour un virement automatique et un relevé mensuel : gratuit.
 - Si vous avez opté pour un remboursement par chèque : 0,76 € /relevé.

Ce barème est susceptible d'évoluer. Vous pouvez retrouver ces informations dans votre guide pratique, disponible sur votre Espace assurés APRIL rubrique Mes infos pratiques / Mes guides pratiques.

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances -
immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr).
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par Mutuelle Bleue,
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.