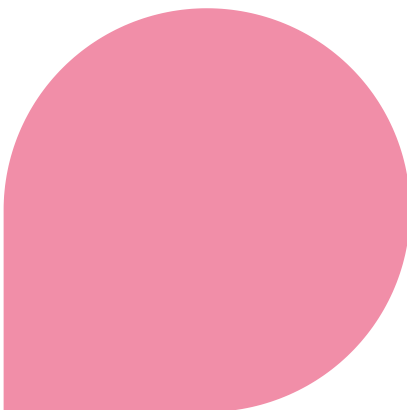
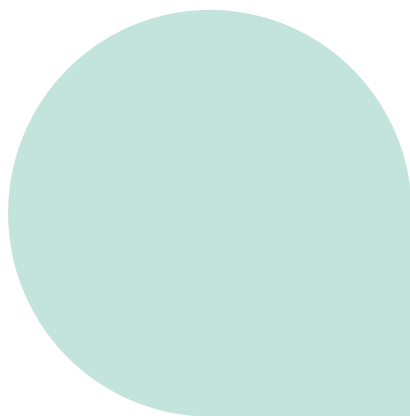




STATUTS

Assemblée générale
mixte du
22/05/2025

Date d'effet :
01/06/2025



Sommaire

TITRE I – NATURE JURIDIQUE ET OBJET DE LA MUTUELLE	4
Article 1 ^{er} – Nature juridique – dénomination et siège de la Mutuelle	4
Article 2 – Objet et activités de la Mutuelle	4
2.1 – Objet de la Mutuelle	4
2.2 – Branches d'activités	4
2.3 – Activités accessoires	4
2.4 – Partenariats, regroupements et opérations communes	4
2.4.1 – Respect des engagements	5
2.4.2 – Conventions de réassurance – de coassurance	5
2.4.3 – Convention de substitution	5
2.4.4 – Convention d'assurance	5
2.4.5 – Intermédiaire mutualiste	5
2.5.6 – Convention de gestion – Conventions de services	5
2.5.7 – Délégation de gestion d'un contrat collectif	5
2.5.8 – Constitution de groupe – Création d'une autre Mutuelle ou Union	5
TITRE II – CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION	5
Section 1 – Engagement mutualiste, règlements et contrats collectifs	5
Article 3 – Définition de l'engagement mutualiste	5
Article 4 – Règlements - contrats collectifs - cotisations	5
4.1 – Règlement mutualiste	5
4.2 – Règlement intérieur	5
4.3 – Opérations collectives	5
4.4 – Cotisations et prestations variables	5
Section 2 – Adhésion	6
Article 5 – Catégories de membres	6
Article 6 – Conditions d'adhésion	6
6.1 – Adhésion individuelle	6
6.2 – Adhésion collective facultative	6
6.3 – Adhésion collective obligatoire	7
6.4 – Information	7
6.4.1 – Étendue de l'information à l'adhésion	7
6.4.2 – Subrogation	7
Section 3 – Démission – Radiation – Exclusion	7
Article 7 – Démission	7
Article 8 – Radiation	7
Article 9 – Exclusion	7
Article 10 – Conséquences de la démission, radiation, exclusion	7
TITRE III – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	8
Chapitre 1^{er} – L'assemblée générale	8
Section 1 – Composition et élections	8
Article 11 – Sections de vote – Composition de l'assemblée générale	8
Article 12 – Élection des délégués de sections	8
Article 13 – Candidatures et élections	8
13.1 – Modalités de déclaration des candidatures	8
13.2 – Modalités des élections	8
Article 14 – Durée du mandat	8
Article 15 – Vacance en cours de mandat	8
Article 16 – Litiges relatifs aux résultats des élections	8
Article 17 – Dispositions propres aux mineurs – Âge minimum	8
Section 2 – Réunions de l'assemblée générale	8
Article 18 – Convocation annuelle obligatoire	8
18.1 – Convocation à une Assemblée générale en présentiel	8
18.2 – Convocation à une Assemblée générale à distance	8
18.3 – Convocation par le président du Tribunal Judiciaire	9
Article 19 – Autres convocations	9
Article 20 – Modalités de convocation	9
Article 21 – Ordre du jour	9
Article 22 – Modalités de vote et procurations	9
Article 23 – Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale	9
Section 3 – Compétences de l'assemblée générale	9
Article 24 – assemblée générale statuant sur des questions nécessitant un quorum et une majorité simples	9
24.1 – Compétence	9
24.2 – Quorum	10
24.3 – Modalités de vote	10
Article 25 – assemblée générale statuant sur des questions nécessitant un quorum et une majorité renforcés	10
25.1 – Compétences	10
25.2 – Quorum	10
25.3 – Modalités de vote	10
Article 26 – Délégation de pouvoirs de l'assemblée générale	10
Chapitre 2 – Le conseil d'administration	10
Section 1 – Composition et élections	10

Article 27 – Composition	10
Article 28 – Conditions d'éligibilité et limite d'âge	10
Article 29 – Candidatures et élections	11
29.1 – Modalités de déclaration des candidatures	11
29.2 – Modalités des élections	11
Section 2 – Durée du mandat, renouvellement, vacance	11
Article 30 – Durée du mandat	11
Article 31 – Renouvellement du conseil d'administration	11
Article 32 – Vacance	11
Section 3 – Réunions du conseil d'administration	11
Article 33 – Réunions	11
Article 34 – Représentants du personnel	12
Article 35 – Délibérations	12
Section 4 – Attributions du conseil d'administration	12
Article 36 – Compétences	12
Article 37 – Délégations d'attribution par le conseil d'administration	12
Article 38 – Dirigeant salarié	13
Article 39 – Attributions du (ou des) Directeurs Généraux et délégations accordées par lui (eux)	13
Section 5 – Statut des administrateurs	13
Article 40 – Gratuité des fonctions et remboursement de frais	13
Article 41 – Obligation des administrateurs	13
Article 42 – Situations et comportements interdits aux administrateurs	13
Article 43 – Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du conseil d'administration	13
Article 44 – Conventions courantes autorisées soumises à obligation d'information	14
Article 45 – Conventions interdites	14
Article 46 – Responsabilité des administrateurs	14
Chapitre 3 – Président, bureau, commissions et mandataire mutualiste	14
Section 1 – Le Président	14
Article 47 – Élection, révocation	14
Article 48 – Vacance	14
Article 49 – Missions	14
Section 2 – Le Bureau	15
Article 50 – Élections	15
Article 51 – Composition	15
Article 52 – Réunions de bureau - Conseils de gouvernance	15
Article 53 – Attributions	15
53.1 - Le 1 ^{er} Vice-président	15
53.2 - Le 2 nd Vice-président	15
53.3 - Trésorier Général	15
53.3 - Trésorier Général Adjoint	15
53.4 - Secrétaire Général	15
53.4 - Secrétaire Général Adjoint	15
Section 3 – Les Commissions / Comités	15
Article 54 – Objet	15
Article 55 – Missions	16
Section 4 – Le mandataire mutualiste	16
Chapitre 4 – Organisation financière	16
Section 1 – Produits et charges	16
Article 56 – Produits	16
Article 57 – Charges	16
Article 58 – Vérifications préalables	16
Section 2 – Règles de sécurité financière, Modes de placement et de retrait des fonds	16
Article 59 – Système de garantie	16
Article 60 – Placements et retraits	16
Section 3 – Comptes sociaux	16
Article 61 – Exercice comptable	16
Article 62 – Comptes annuels	16
Section 4 – Commissaires aux Comptes	16
Article 63 – Attributions	16
Article 64 – Modalités de convocation	17
Article 65 – Relations avec l'Autorité de Contrôle des Mutuelles	17
Section 5 – Fonds d'établissement	17
Article 66 – Contribution	17
Section 6 – Intervention des salariés	17
Article 67 – Droit d'alerte	17
TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES	17
Article 68 – Dissolution et liquidation	17
Article 69 – Fusion, scission et transfert de portefeuille	17
Article 70 – Procédure de conciliation, sauvegarde, redressement et liquidation judiciaire	17
Article 71 – Contestations et litiges	17
71.1 – Contentieux - Litiges avec les adhérents	17
71.2 – Contentieux - Litiges avec les tiers	17
71.3 – Interprétation des textes	18
Article 72 – Immatriculation	18
Article 73 – Protection des données personnelles	18

TITRE I – NATURE JURIDIQUE ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1^{er} – Nature juridique – dénomination et siège de la Mutuelle

Une Mutuelle dénommée «JUST», qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, est établie à Valenciennes, 53, avenue de Verdun.

Elle est immatriculée sous le numéro SIREN 783.864.150.

Article 2 – Objet et activités de la Mutuelle

2.1 – Objet de la Mutuelle

La Mutuelle est un organisme de prévoyance et de secours pratiquant des opérations d'assurances dites non-vie et vie. Pour les activités non-vie, la contribution des adhérents est déterminée forfaitairement. Pour les opérations vie, la Mutuelle exige de chacun de ses adhérents une contribution forfaitaire appropriée.

La Mutuelle accorde des prestations susceptibles de varier selon les ressources disponibles.

Plus particulièrement, la Mutuelle a pour objet de réaliser les opérations d'assurance suivantes :

- Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie,
- Proposer des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine,
- Verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants,
- Participer à la Complémentaire Santé Solidaire
- Participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles L.611-20 et suivants du code de la sécurité sociale.

Elle peut, en outre exercer les activités suivantes dans la mesure où ces activités sont accessoires et accessibles uniquement aux personnes visées à l'article L111-1 III du Code de la Mutualité :

- Encourager la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées,
- Mettre en oeuvre une action sociale, gérer éventuellement des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles,
- Accorder des secours exceptionnels,
- Mener toute autre activité compatible avec les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Pour la réalisation de cet objet, la Mutuelle peut accepter ces mêmes risques et engagements en co-assurance ou réassurance et accomplir toute opération de substitution dans la limite de son objet social.

Elle peut céder tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue, à un ou plusieurs organismes relevant du Code de la Mutualité ou, sur décision de l'assemblée générale, à tout organisme habilité pratiquant la réassurance.

La Mutuelle peut également déléguer totalement ou partiellement la gestion de contrats collectifs et/ou individuels sur la base de principes définis par l'assemblée générale.

La Mutuelle peut aussi présenter d'autres garanties que celles qu'elle réalise, et dont le risque est porté par un autre

organisme habilité à pratiquer les opérations d'assurance. La Mutuelle peut aussi recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

Elle peut enfin diffuser d'autres prestations ou services sans en assurer le risque notamment dans les conditions de l'article L 221-3 du Code de la Mutualité, soit en inclusion, soit pour d'autres organismes mutualistes en tant qu'intermédiaire mutualiste.

2.2 – Branches d'activités

Les branches d'activités garanties directement assurées, co-assurées ou acceptées en réassurance, pour lesquelles la Mutuelle est agréée sont :

1. Accidents
2. Maladie
20. Vie-décès
21. Natalité-Nuptialité

Pour les activités pour lesquelles la Mutuelle ne dispose d'aucun agrément, la Mutuelle intervient dans le cadre de l'article L 221-3 du Code de la Mutualité, ou présente ces garanties en application de l'article L116-1 du Code de la Mutualité.

2.3 – Activités accessoires

La Mutuelle peut exercer accessoirement les activités suivantes :

- Assurer la prévention des risques des dommages corporels liés à des accidents ou la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées dans les conditions définies à l'article L.111-1 III du Code de la Mutualité,
- Mettre en oeuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles, dans les conditions définies à l'article L.111-1 III du Code de la Mutualité,
- Accorder des secours aux membres et à leurs ayants droit en difficulté, dans les limites fixées annuellement par l'assemblée générale.
- Favoriser la maternité, la nuptialité.
- Gérer, sous mandat, pour le compte d'autres organismes d'assurance certains risques et dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ou certains risques liés à la durée de la vie humaine.
- En tant qu'intermédiaire mutualiste, souscrire des contrats collectifs en vue de faire bénéficier ses membres ou une certaine catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires (notamment des opérations d'assistance, des engagements dont l'exécution dépend de la durée de vie humaine).
- Présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.
- Louer des biens immobiliers dont elle est propriétaire.
- Prendre toute participation dans une autre structure en rapport avec son objet.
- Mettre en place toute action, prestation ou service en rapport avec son objet.

2.4 – Partenariats, regroupements et opérations communes

La Mutuelle peut souscrire tout contrat ou convention auprès d'une mutuelle, d'une union de mutuelles, d'institutions de prévoyance ou d'unions d'institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale, ou d'une entreprise relevant du Code des Assurances.

La Mutuelle peut conclure une convention avec une association relevant de la loi du 1^{er} juillet 1901.

La Mutuelle peut conclure des conventions avec des intermédiaires d'assurance ou de réassurance dans les conditions prévues aux articles L.116-2 et suivants du Code de la Mutualité.

2.4.1 – Respect des engagements

Sous réserve que la Mutuelle conclue une convention de substitution avec un organisme qui se substitue à elle, selon les dispositions légales ou réglementaires, dans tous les cas où la Mutuelle se réassure, elle n'en demeure pas moins seule responsable de ses engagements vis-à-vis des personnes garanties (article L.211-4 du Code de la Mutualité).

2.4.2 – Conventions de réassurance – de coassurance

La Mutuelle peut conclure toutes conventions de réassurance ou de coassurance sur les activités visées au présent article, auprès d'un organisme régi par le Code de la Mutualité, par le livre IX du Code de la Sécurité Sociale ou par le Code des Assurances.

2.4.3 – Convention de substitution

La Mutuelle peut se substituer à d'autres Mutuelles ou unions dans les conditions définies par le Code de la Mutualité.

2.4.4 – Convention d'assurance

La Mutuelle peut, dans les conditions prévues à l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, souscrire auprès d'une Mutuelle ou d'une union, d'une institution de prévoyance régie par le titre III du livre IV du Code de la Sécurité Sociale ou d'une entreprise relevant du Code des Assurances, toute convention d'assurance garantissant ses membres ou une partie d'entre eux, dans le cadre de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité et du présent article.

2.4.5 – Intermédiaire mutualiste

La Mutuelle qui propose des garanties dont le risque est porté par un autre organisme mutualiste agit comme intermédiaire mutualiste. La Mutuelle peut, éventuellement, en assurer la gestion totale ou partielle sans en assurer le risque.

2.5.6 – Convention de gestion – Conventions de services

La Mutuelle peut prendre en charge sans assumer le risque, la seule gestion technique et administrative des garanties supplémentaires des prestations assumées par d'autres organismes régis par le Code de la Mutualité, par le Livre IX du Code de la Sécurité Sociale ou par le Code des Assurances, dans le cadre des conditions fixées à l'article L.221-3 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut aussi, en application de l'article L.116-1 du Code de la Mutualité, présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurances.

La Mutuelle peut conclure une convention avec un organisme associatif afin de faire bénéficier ses membres d'activités, prestations ou services, tels que prévus au présent article.

2.5.7 – Délégation de gestion d'un contrat collectif

La Mutuelle peut déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion d'un contrat collectif. L'assemblée générale définit les principes que doivent respecter ces délégations de gestion. Le délégataire rend compte chaque année de sa gestion au conseil d'administration de la Mutuelle.

2.5.8 – Constitution de groupe – Création d'une autre Mutuelle ou Union

La Mutuelle peut constituer un groupe avec une autre Mutuelle, union ou autres organismes mentionnés à l'article L.212-7 du Code de la Mutualité. La Mutuelle peut participer à la création d'une autre Mutuelle ou union selon les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

La Mutuelle peut par ailleurs constituer et adhérer à une Union de Groupe Mutualiste (UGM) ou une Union Mutualiste de Groupe (UMG). La Mutuelle peut participer à la création de ces deux types d'Union selon les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

TITRE II – CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

Section 1 – Engagement mutualiste, règlements et contrats collectifs

Article 3 – Définition de l'engagement mutualiste

La Mutuelle est constituée par la volonté de personnes physiques et morales réunies en assemblée générale. Elle garantit à ses membres participants et leurs ayants droit le règlement intégral des engagements qu'elle contracte à leur égard.

L'engagement mutualiste consiste en un engagement réciproque de la Mutuelle et de la personne physique qui en est membre.

Article 4 – Règlements - contrats collectifs - cotisations

4.1 – Règlement mutualiste

Un règlement dit «mutualiste», adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration, définit le contenu des engagements contractuels existant, pour les opérations individuelles, entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les conditions d'adhésion, les prestations servies, les cotisations, conformément à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité.

4.2 – Règlement intérieur

Un règlement dit «intérieur» établi par le conseil d'administration et adopté par l'assemblée générale, précise les conditions d'application des statuts et notamment les modalités pratiques de l'administration de la Mutuelle. Tous les membres de la Mutuelle sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et au règlement mutualiste pour les opérations individuelles. Le conseil d'administration peut y apporter des modifications qui s'appliquent immédiatement. Celles-ci seront présentées pour ratification à la plus proche assemblée générale.

4.3 – Opérations collectives

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre le souscripteur et la Mutuelle.

4.4 – Cotisations et prestations variables

Les cotisations versées par les adhérents constituent leur contribution financière et sont la contrepartie du versement de prestations par la Mutuelle.

La Mutuelle est à cotisations et prestations variables. Les cotisations et prestations peuvent ainsi être modifiées d'une année sur l'autre par l'Assemblée générale de la Mutuelle. Les cotisations peuvent aussi être ajustées en cours

d'année via un rappel de cotisation décidé par le Conseil d'administration. En effet, s'il s'avérait que, compte tenu des ressources disponibles de la Mutuelle, la cotisation qu'elle a initialement appelée n'était pas suffisante pour assurer l'équilibre de ses opérations, son conseil d'administration pourrait décider de procéder à un rappel de cotisation au titre de l'exercice considéré. Ce rappel pourrait ne concerner que certaines catégories de risques, à l'exclusion des autres. Toutefois, l'adhérent ne peut être engagé en aucun cas au-delà du maximum de cotisation indiqué dans le règlement mutualiste. Ce maximum de cotisation ne peut toutefois pas excéder deux fois le montant de la cotisation initialement appelée.

En cours d'année, des mesures d'urgence définies dans le règlement mutualiste et mises en œuvre par le Conseil d'administration peuvent augmenter les cotisations et/ou réduire le niveau des prestations afin de sauvegarder les intérêts de l'ensemble des adhérents.

Une partie de la cotisation est reversée à Santé Just. Ce reversement est de 1 € par contrat.

Section 2 – Adhésion

Article 5 – Catégories de membres

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques majeures bénéficiant d'un régime général ou particulier d'assurance maladie d'un pays membre de l'Union Européenne (hors régime obligatoire monégasque) qui bénéficient et font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle, que ces garanties aient été souscrites par elles même ou qu'un tiers (personne physique ou morale) les aie souscrites pour elles.

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

La Mutuelle se réserve le droit de fixer une cotisation annuelle pour les membres honoraires personnes physiques. Cette cotisation est fixée par l'assemblée générale ou par le conseil d'administration sur délégation de l'assemblée générale.

Les ayants droit des membres participants pouvant bénéficier des prestations de la Mutuelle sont :

- Leurs enfants ou ceux du conjoint, concubin ou pacsé, dans les conditions suivantes :
 - o Socialement à charge (figurant sur la carte de Sécurité Sociale de l'adhérent ou du conjoint, concubin ou pacsé) ;
 - o Fiscalement à charge, sous réserve de présentation de l'avis d'imposition de l'année précédente ;
 - o étudiants jusqu'à 28 ans (âge calculé, selon la formule choisie, au 1^{er} Janvier ou au 1^{er} Avril) sous réserve de la présentation d'un justificatif de poursuite d'études adressé chaque année au service de la Mutuelle ;
 - o exceptionnellement, les enfants se trouvant dans d'autres situations et considérés comme à charge. Étant précisé que s'ils sont majeurs, ils devront souscrire un contrat individuel.
- Exceptionnellement, les ascendants et descendants se

trouvant dans une situation particulière et pouvant être considérés comme à charge. Étant précisé que s'ils sont majeurs, ils devront souscrire un contrat individuel.

À leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal, conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du Code de la Mutualité.

Les nouveaux nés et les enfants adoptés sont inscrits au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'ensemble des pièces visées par le règlement mutualiste sont réceptionnées par la Mutuelle.

Article 6 – Conditions d'adhésion

La Mutuelle admet des membres participants dans les conditions prévues par le règlement mutualiste en ce qui concerne les prestations ou avantages servis par la Mutuelle.

Les personnes physiques qui désirent bénéficier des avantages servis par les organismes auprès desquels la Mutuelle facilite l'adhésion, doivent remplir les conditions exigées par lesdits organismes.

Les membres honoraires ne sont soumis, en ce qui concerne les personnes physiques, à aucune condition d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité. Seules les personnes morales qui ont conclu un contrat collectif à adhésion obligatoire peuvent devenir, si elles le souhaitent membre honoraire.

L'adhésion à la Mutuelle, qu'elle soit directe par la signature d'un bulletin d'adhésion ou la conséquence d'un transfert de portefeuille, entraîne automatiquement l'adhésion à la Mutuelle Santé Just, Mutuelle dédiée à la Mutuelle Just et soumise aux dispositions du livre III du code de la mutualité, inscrite sous le numéro SIREN 442.599.312, sans possibilité pour l'adhérent de se soustraire à cette seconde adhésion.

6.1 – Adhésion individuelle

Lorsque l'adhésion d'une personne physique conduit aussi à ouvrir les prestations de la mutuelle au conjoint ou concubin de cet adhérent, à ses enfants majeurs ou à ceux de son conjoint ou concubin, ces bénéficiaires prennent également la qualité de membre participant de la mutuelle. Cette qualité emporte leur acceptation des dispositions statutaires et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste et des règles prévues au règlement intérieur de la mutuelle.

Lorsque les enfants mineurs de l'adhérent ou ceux de son conjoint ou concubin bénéficient aussi des prestations de la mutuelle, ils ont la simple qualité de bénéficiaire.

Les membres participants et bénéficiaires sont administrativement rattachés à l'adhérent ayant formalisé la demande d'adhésion ou à celui ayant adhéré via la souscription par son employeur à un contrat collectif.

L'exclusion ou la radiation ou la démission d'un adhérent, quelles que soient ses modalités d'adhésion, emporte celle des membres participants qui lui sont rattachés, ainsi que la cessation des droits de ses bénéficiaires.

6.2 – Adhésion collective facultative

La qualité de membre participant de la Mutuelle, des personnes appartenant à un groupe professionnel,

interprofessionnel, d'entreprise ou associatif, désirant adhérer librement à la Mutuelle, résulte de l'adhésion au contrat collectif souscrit par l'employeur ou la personne morale, cette adhésion intervenant par la signature d'un bulletin d'adhésion qui emporte alors acceptation des conditions contractuelles et des statuts de la Mutuelle.

6.3 – Adhésion collective obligatoire

La qualité de membre participant de la Mutuelle des personnes appartenant à un groupe professionnel, interprofessionnel ou d'entreprise, résulte de la signature par leur employeur souscripteur d'un contrat collectif qui emporte adhésion obligatoire de ces personnes. Le contrat est qualifié d'obligatoire lorsque adhérent au contrat l'ensemble des salariés d'une ou plusieurs catégories, en vertu des dispositions légales et réglementaires, d'une convention collective, d'un accord d'entreprise, de la ratification par la majorité des salariés d'un projet d'accord, d'une décision unilatérale de l'employeur. L'employeur peut acquérir la qualité de membre honoraire, selon les modalités fixées par le règlement mutualiste et les présents statuts.

6.4 – Information

6.4.1 - Étendue de l'information à l'adhésion

Chaque signataire d'un bulletin d'adhésion reçoit un exemplaire des présents statuts et les documents prévus au règlement mutualiste auxquels il adhère par la signature d'un bulletin d'adhésion. Les modifications de ceux-ci sont portées à sa connaissance par email, par courrier ainsi que sur l'espace adhérent, l'application mobile et le site internet, ou par tout autre support permettant une notification individuelle. Il peut, sur sa demande expresse, demander une copie du règlement intérieur.

Dans le cadre des opérations collectives, la Mutuelle transmet avec les statuts et le contrat collectif une notice d'information générale à la personne morale souscriptrice du contrat qui devra transmettre cette notice et les statuts aux membres participants.

Cette notice définit les garanties servies, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription, de forclusion. Si le contrat collectif renvoie pour l'application de certaines dispositions au règlement mutualiste, la personne morale souscriptrice reçoit également un exemplaire du règlement mutualiste en vigueur. Elle peut obtenir, sur sa demande expresse, une copie du règlement intérieur.

Chaque signataire d'un bulletin d'adhésion est informé :

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

6.4.2 – Subrogation

La Mutuelle est subrogée dans les limites de l'article L.224-9 du Code de la Mutualité de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Le règlement mutualiste en fixe les modalités d'exercice.

Section 3 – Démission – Radiation – Exclusion

Article 7 – Démission

- le membre participant pour les opérations individuelles,
 - le membre participant ou l'employeur ou la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives à adhésion facultative,
 - La personne morale souscriptrice pour les opérations collectives à adhésion obligatoire,
- peut mettre fin à son adhésion à la Mutuelle ou résilier le contrat collectif souscrit auprès de la Mutuelle à l'échéance annuelle, en cours d'année au titre du droit de résiliation infra-annuelle ou par d'autres cas prévus au règlement mutualiste, selon les modalités fixées par le règlement mutualiste et conformément à la réglementation en vigueur.

La Mutuelle peut, dans des conditions identiques, mettre fin à un contrat collectif à adhésion obligatoire, conformément aux dispositions de l'article L.221-10 du Code de la Mutualité. Les personnes physiques ou morales qui bénéficient d'avantages ou prestations servis par les organismes auprès desquels la Mutuelle facilite l'adhésion, demeurent tenues par les conditions de démission exigées par lesdits organismes.

Article 8 – Radiation

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

Article 9 – Exclusion

Sont exclus les membres de la Mutuelle qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle ou de ses collaborateurs et représentants tels que définis à l'article 12.1 du Règlement Mutualiste.

Le membre dont l'exclusion est proposée est convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué son exclusion peut être prononcée par le conseil d'administration. Par dérogation à ce qui précède, en cas d'atteinte suffisamment grave aux intérêts de la Mutuelle, et notamment en cas de violence verbale ou physique ou d'injure, l'exclusion peut être prononcée par le Président après consultation unique du Bureau.

L'exclusion est notifiée au membre participant par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception.

Article 10 – Conséquences de la démission, radiation, exclusion

La perte de la qualité de membre entraîne de plein droit et sans qu'il soit nécessaire d'effectuer quelques formalités que ce soit, la cessation des effets de tous bulletins d'adhésion, contrats collectifs, ou tous autres documents, entre la Mutuelle et le membre participant.

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des cas prévus expressément par les dispositions légales, et entraînent de plein droit la cessation de toutes les garanties assurées par la Mutuelle.

Aucune prestation ou avantage ne peut être servi après la date d'effet de la démission, de la radiation ou de l'exclusion, sauf ceux pour lesquels les conditions de leur obtention étaient réunies antérieurement.

TITRE III - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre 1^{er} – L’assemblée générale

Section 1 – Composition et élections

Article 11 – Sections de vote – Composition de l’assemblée générale

L’assemblée générale est composée des délégués des sections de vote.

En vue de l’élection des délégués à l’assemblée générale, les membres participants et honoraires sont répartis en deux sections de vote selon les dispositions de l’article L.114-6 du Code de la Mutualité.

Les deux sections seront ainsi constituées :

- Une première section, (dénommée Section 1 - INDIVIDUELS) rassemblera l’ensemble des membres participants ayant souscrit un contrat individuel directement auprès de la Mutuelle, ainsi que les membres honoraires personnes physiques
- Une deuxième section, (dénommée Section 2 – COLLECTIFS) rassemblera l’ensemble des membres participants ayant adhéré à la Mutuelle par l’intermédiaire d’un contrat collectif, obligatoire ou facultatif, lui-même souscrit directement auprès de la Mutuelle, ainsi que les membres honoraires personnes morales.

En cas d’opération de fusion et afin de respecter le traité de fusion, il sera créé une section de vote spécifique qui prendra le nom de « section » suivie du nom de la Mutuelle fusionnant avec Mutuelle Just. Cette section comprendra les Adhérents de la Mutuelle qui sera intégrée à Mutuelle Just. Les Adhérents de cette section de vote procéderont à l’élection de leurs Délégués conformément aux dispositions du traité de fusion. Par dérogation à l’article 14, les Délégués de cette section locale seront élus pour une durée expirant à la date de la fin du mandat des autres Délégués des autres sections. Cette section sera dissoute lors de l’élection des délégués subséquente.

Article 12 – Élection des délégués de sections

Les membres de chaque section élisent, parmi eux, un ou plusieurs délégués.

Le nombre de délégués, pour chaque section, est fixé d’après les effectifs des membres, tels qu’ils ont été enregistrés au 1^{er} jour du mois précédant celui au cours duquel est envoyé l’appel à candidatures.

- Pour la section 1, il est élu un délégué par unité entière de 750 membres

- Pour la section 2, il est aussi élu un délégué par unité entière de 750 membres

Le règlement intérieur fixe les modalités de vote et de présentation des candidatures.

ÉLECTION PARTIELLE : En cas de fusion entre la Mutuelle Just et une autre mutuelle, une élection partielle de délégués est organisée pour les adhérents issus de la mutuelle absorbée dans les six mois qui suivent la publication de l’arrêté de fusion. Le nombre de délégués à élire sera déterminé suivant la règle prévue aux présentes et par le règlement intérieur de la Mutuelle Just et fera l’objet d’une délibération du Conseil d’administration constatant le nombre ainsi déterminé. Le mandat des délégués élus court alors jusqu’à la prochaine élection générale.

Article 13 – Candidatures et élections

13.1 – Modalités de déclaration des candidatures

Tout membre participant ou honoraire âgé de 18 ans révolus, candidat à un poste de délégué, doit obligatoirement envoyer sa candidature, par écrit, dans les 15 jours calendaires qui suivent la date d’envoi de l’appel à candidature, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre recommandée électronique.

Le règlement intérieur fixe les modalités de ces candidatures.

13.2 – Modalités des élections

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les délégués sont élus par correspondance ou vote électronique.

Les modalités de ce vote sont fixées par le règlement intérieur.

Article 14 – Durée du mandat

Les délégués sont élus pour une durée de six ans.

Toutefois, la perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué.

Article 15 – Vacance en cours de mandat

Le règlement intérieur fixe les conditions dans lesquelles il est pourvu au remplacement des postes vacants.

Article 16 – Litiges relatifs aux résultats des élections

Le règlement intérieur fixe les modalités de recours prévues en cas de contestation d’un membre participant ou honoraire.

Article 17 – Dispositions propres aux mineurs – Âge minimum

Seuls les membres âgés de 18 ans révolus au jour des élections peuvent être candidats au mandat de délégué de section.

Les mineurs de plus de 16 ans, ayant la qualité de membre participant, ne peuvent être élus délégués de section.

Section 2 – Réunions de l’assemblée générale

Article 18 – Convocation annuelle obligatoire

18.1 – Convocation à une Assemblée générale en présentiel

Les délégués de section se réunissent en assemblée générale au moins une fois par an, sur convocation par courrier ou courriel du président du conseil d’administration.

18.2 – Convocation à une Assemblée générale à distance

Sur proposition du Président, il pourra être décidé par le conseil d’administration la tenue de l’assemblée générale en audio ou visio-conférence.

Dans ce cas, le vote s’exercera de manière dématérialisée ou à distance, selon les modalités qui seront définies par la délibération du conseil d’administration autorisant le recours à l’audio ou à la visio-conférence.

Les délégués sont réputés présents pour le calcul de quorum et de majorité. Par dérogation à ce qui précède le conseil d’administration peut décider de réserver tout ou partie des points à l’ordre du jour aux délégués présents ou représentés par procuration. Dans ce cas la convocation en précise les modalités.

La Mutuelle mettra en œuvre une solution technique garantissant la sécurité et la confidentialité des votes.

18.3 – Convocation par le président du Tribunal Judiciaire

À défaut d'une telle convocation, le président du Tribunal Judiciaire, statuant en référé, peut, sur 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 19 – Autres convocations

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

À défaut d'une telle convocation, le président du tribunal judiciaire, statuant en référé, peut, sur demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 20 – Modalités de convocation

La convocation de l'assemblée générale est faite selon les conditions et délais fixés par les dispositions légales et réglementaires par courrier ou courriel.

Le délai entre la date de convocation à l'assemblée générale et la date de tenue de celle-ci est d'au moins quinze jours sur première convocation et d'au moins six jours sur deuxième convocation.

Les membres composant l'assemblée générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise seront fixées par arrêté du Ministre chargé de la Mutualité.

Article 21 – Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée générale de projets de résolutions. Le projet de résolution, pour être admissible, doit être présenté par le quart au moins des délégués justifiant d'au moins une année d'adhésion, au moins 5 jours avant la date de l'assemblée générale.

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

Elle peut, en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la mutualité.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée, lequel est adopté à la réunion suivante.

Article 22 – Modalités de vote et procurations

Chaque délégué ne dispose en principe que d'une seule voix à l'assemblée générale.

Néanmoins, conformément aux dispositions de l'article L.114-13 du code de la mutualité, il peut recevoir procuration de la part d'un ou plusieurs délégués absents, que ces délégués appartiennent ou non à la même section. Cette procuration est limitée à l'assemblée générale en cause.

Un délégué ne peut cumuler plus de deux procurations pour une même assemblée générale.

Les modalités de vote par procuration et à distance sont précisées dans le règlement intérieur.

Article 23 – Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale

Conformément aux dispositions de l'article L.114-7 du Code de la Mutualité, les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale de la Mutuelle s'imposent à la Mutuelle et à ses membres, sous réserve de leur conformité aux dispositions dudit Code.

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

Section 3 – Compétences de l'assemblée générale

Article 24 – assemblée générale statuant sur des questions nécessitant un quorum et une majorité simples

24.1 – Compétence

L'assemblée générale est appelée à se prononcer sur toute question relevant de sa compétence, en application des dispositions de l'article L.114-9 du Code de la Mutualité, et notamment sur :

- L'élection des membres du conseil d'administration, et le cas échéant leur révocation,
- Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration, et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- Le rapport de la Commission de Contrôle, si elle existe,
- Les comptes combinés ou consolidés de l'exercice, ainsi que le rapport de gestion du groupe,
- Le contenu du règlement mutualiste et du règlement intérieur des présents statuts, à l'exclusion des montants de cotisations et des prestations offertes par la Mutuelle,
- Le rapport spécial du Commissaire aux Comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité,
- L'émission de titres participatifs, les émissions de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité,
- Le montant des secours exceptionnels pouvant être alloués sur une année,
- L'adhésion à une Union ou à une Fédération,
- Le retrait d'une Union ou d'une Fédération,
- La conclusion d'une convention de substitution,
- Le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre Mutuelles ou unions régies par les Livres II et III du Code de la Mutualité, auquel est joint le rapport du Commissaire aux Comptes,
- Les apports faits aux Mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité, et, le cas échéant, le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du Code de la Mutualité,
- La nomination des Commissaires aux Comptes titulaires et

des Commissaires aux Comptes suppléants, choisis dans la liste visée à l'article L.822-1 du Code du Commerce,

- Les conventions résultant de l'application de l'article 42 des présents statuts,
- Les assurances contractées par la Mutuelle au profit des administrateurs et/ou délégués dans le cadre de leur mandat,
- Le montant du fonds d'établissement.

24.2 – Quorum

L'assemblée générale, selon les dispositions de l'article L.114-12 II du Code de la Mutualité, ne peut délibérer valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du total des délégués.

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

24.3 – Modalités de vote

Les décisions sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés.

Article 25 – assemblée générale statuant sur des questions nécessitant un quorum et une majorité renforcés

25.1 – Compétences

L'assemblée générale est appelée à se prononcer sur toute question relevant de sa compétence, en application des dispositions des articles L.114-9 et L.114-12.I du Code de la Mutualité, à savoir :

- Les modifications des présents statuts,
- Les activités exercées,
- L'existence et le montant des droits d'entrée,
- Les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes,
- La délégation de tout ou partie de ses pouvoirs au conseil d'administration, pour déterminer les montants des taux de cotisations et des prestations, cette délégation devant être confirmée annuellement,
- Le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cessions de réassurance, les opérations de coassurance,
- La fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la Mutuelle,
- La création d'une autre mutuelle ou d'une union,
- La dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- La ratification des décisions du conseil d'administration lors de l'assemblée générale la plus proche.

25.2 – Quorum

L'assemblée générale, selon les dispositions de l'article L.114-12 I du Code de la Mutualité, ne peut délibérer valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés, est au moins égal à la moitié du total des délégués. À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement que si le nombre de ses délégués, présents ou représentés, est au moins égal au quart du total des délégués.

25.3 – Modalités de vote

Les décisions sont adoptées par la majorité des deux tiers des suffrages exprimés qu'il s'agisse d'une première ou

d'une seconde convocation.

Article 26 – Délégation de pouvoirs de l'assemblée générale

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration pour une durée n'excédant pas une année.

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

Chapitre 2 – Le conseil d'administration

Section 1 – Composition et élections

Article 27 – Composition

La Mutuelle est administrée par un conseil d'administration dont les membres sont élus parmi les membres participants et honoraires. Le conseil d'administration est composé de 10 à 20 membres.

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, au sens des dispositions de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité (article L.114-16 du Code de la Mutualité).

Pour les renouvellements à compter du 1^{er} janvier 2024, conformément à l'article L.114-16-1 du Code de la mutualité, sa composition s'entend d'une recherche de représentation équilibrée des genres et doit respecter, sauf insuffisance du nombre de candidats d'un genre, une proportion minimale de 40% de sièges dévolus au genre le moins représenté. Dans le cas où la proportion de membres participants d'un genre devenait inférieure à 25%, la part des sièges dévolus aux représentant de ce genre sera compris, sous les mêmes conditions de candidatures suffisantes, entre 25 et 50%.

Article 28 – Conditions d'éligibilité et limite d'âge

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

- Être âgés de 18 ans révolus,
- Ne pas exercer, ou avoir exercé au cours des trois années précédant l'élection, de fonctions de salariés, dirigeant salarié au sein de la Mutuelle,
- N'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité,
- Ne pas appartenir simultanément à plus de cinq Conseils d'Administration de Mutuelles, Unions ou Fédérations, suivant les conditions visées à l'article L.114-23 du Code de la Mutualité,
- Présenter un extrait de casier judiciaire vierge bulletin n°3.

Le nombre des membres du conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans, ne peut dépasser le tiers des membres du conseil d'administration.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Article 29 – Candidatures et élections

29.1 – Modalités de déclaration des candidatures

Tout membre participant ou honoraire, candidat à un poste d'administrateur, doit obligatoirement envoyer sa candidature, par écrit, quinze jours avant la date fixée pour la tenue de l'assemblée générale, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre recommandée électronique.

Le règlement intérieur en fixe les modalités.

29.2 – Modalités des élections

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

Les modalités de ce vote sont inscrites au règlement intérieur.

Pour les renouvellements à compter du 1^{er} janvier 2024, conformément à l'article L.114-16-1 du Code de la mutualité, les bulletins doivent, sauf candidatures insuffisantes, sous peine de nullité de l'élection, comprendre une proposition de candidats de chaque genre permettant d'atteindre les proportions minimales de siège dévolues à chaque genre. Sauf renouvellement intégral du conseil, en cas de renouvellements partiels, les bulletins doivent mentionner expressément le nombre minimum de candidats de chaque genre à élire, permettant de respecter la proportion minimale de sièges dévolue à chaque genre. Ces indications tiennent compte de l'équilibre existant au sein du conseil d'administration pour les membres non renouvelables, et des proportions disponibles en renouvellement partiel. Chaque électeur doit, sous peine de nullité de son bulletin de vote, et sous réserve de candidatures suffisantes, respecter le nombre minimum de membres de chaque genre à élire pour respecter le principe de représentation équilibrée des genres au sein du conseil.

Section 2 – Durée du mandat, renouvellement, vacance

Article 30 – Durée du mandat

Les membres du conseil d'administration sont élus pour une durée de six ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'assemblée générale d'approbation des comptes tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres qui ont été nommés en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent. Les membres qui ont été nommés en cours de période de 6 ans, même s'ils ne remplacent pas un membre sortant, achèvent leur mandat à l'issue de la période de 6 ans en cours au moment de leur élection.

Les membres du conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- Lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle,
- Lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 28,
- Lorsqu'ils démissionnent,
- Lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, ils

présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,

- Trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

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

Article 31 – Renouvellement du conseil d'administration

Le renouvellement du Conseil a lieu par moitié tous les trois ans.

Les membres sortants sont rééligibles.

Lors d'un renouvellement complet du conseil d'administration ou d'élection en cours de période de 6 ans, il est procédé par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 32 – Vacance

En cas de vacance en cours de mandat, par démission, décès, perte de la qualité de membre participant ou honoraire d'un administrateur, ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier, il est pourvu, provisoirement par le conseil d'administration, à la nomination d'un nouvel administrateur par cooptation.

En cas de fusion, et dans la mesure où le nombre maximal d'administrateur n'est pas atteint, il est possible de pourvoir provisoirement par le conseil d'administration à la nomination d'un nouvel administrateur par cooptation au sein des administrateurs déjà élus de la Mutuelle absorbée.

Le conseil d'administration proposera la candidature de l'administrateur coopté pour ratification, à l'élection lors de la plus proche Assemblée Générale.

Dans la mesure où l'administrateur proposé n'était pas élu, les délibérations prises en conseil d'administration avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables. Si l'administrateur proposé par le conseil d'administration est élu, il achèvera le mandat de son prédécesseur ou sera élu pour une durée conforme aux présents Statuts.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le Président afin de procéder à l'élection de nouveaux administrateurs selon les dispositions de l'article L.114-16, alinéa 4 du Code de la Mutualité. A défaut de convocation par le Président, les dispositions de l'article L.114-8 du Code de la Mutualité s'appliquent.

Section 3 – Réunions du conseil d'administration

Article 33 – Réunions

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile et en tout état de cause, au moins trois fois par an.

L'ordre du jour est fixé par le Président et adressé aux membres du Conseil, en même temps que la convocation, au moins 5 jours francs avant la date de la réunion. La convocation peut être effectuée par courriel. De manière

exceptionnelle, en cas d'urgence impliquant des contraintes justifiées par l'ordre du jour, le Président peut convoquer le Conseil sans respecter le délai de convocation visé ci-avant, à la condition que le Conseil réuni valide en séance à la majorité de ses membres présents la tenue du Conseil malgré le non-respect du délai de convocation.

En outre, la convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart au moins des membres du Conseil. Dans ce dernier cas, le règlement intérieur en fixe les principes.

Le Président peut inviter toute personne extérieure à assister aux réunions du conseil d'administration.

Ces dernières, ainsi que les administrateurs, sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles. Le règlement intérieur en expose les principes et conséquences.

Le Président peut autoriser la tenue des conseils d'administration par audio ou visio-conférence.

Article 34 – Représentants du personnel

Deux membres du comité social et économique de la Mutuelle assistent avec voix consultative aux séances du conseil d'administration conformément aux dispositions du code de la mutualité. Les modalités de leur désignation sont fixées par le règlement intérieur.

Article 35 – Délibérations

Le conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du Président et des autres membres du Bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

Il peut également voter à bulletin secret sur tout sujet le nécessitant. Les modalités de vote sont fixées par le règlement intérieur.

En cas de vote à bulletin secret lors d'un conseil d'administration ayant lieu par audio ou visio-conférence, il sera fait usage d'une solution technique garantissant la sécurité et la confidentialité du vote.

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

Section 4 – Attributions du conseil d'administration

Article 36 – Compétences

La Mutuelle est administrée par le conseil d'administration qui détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.

Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toutes questions intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

Il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux Mutuelles.

Ainsi, sans que cette énumération soit limitative, le conseil d'administration :

- Arrête les comptes annuels à la clôture de chaque exercice et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité et notamment :

- Les prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du Livre II du Code du

Commerce,

- la liste des organismes avec lesquels les Mutuelles constituent un groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité,
- L'ensemble des sommes versées en application de l'article L.214-26 du Code de la Mutualité ; un rapport distinct, certifié par le Commissaire aux Comptes et également présenté à l'assemblée générale détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- L'ensemble des rémunérations versées aux dirigeants,
- La liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la Mutuelle,
- Les transferts financiers entre Mutuelles et unions.

- Établit le cas échéant à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés lorsque la Mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité, ainsi qu'un rapport de gestion du groupe qu'il communique à l'assemblée générale.

- Établit également le rapport de solvabilité visé à l'article L.212-3 du Code de la Mutualité et l'état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes visées à l'article L.212-6 du Code de la Mutualité.

- Autorise enfin les conventions qui entrent dans le champ d'application de l'article L.114-32 du Code de la Mutualité,

- Examine la candidature et autorise l'affiliation des membres honoraires.

- Le montant et les modalités de répartition pour l'année écoulée de la participation aux excédents.

- Établit chaque année un rapport qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la Mutualité,

- Établit chaque année les rapports du contrôle interne, qu'il présente à l'assemblée générale.

Article 37 – Délégations d'attribution par le conseil d'administration

Dans le respect des dispositions légales et réglementaires, le Conseil peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions, soit au Directeur.

Il peut également, en ce qui concerne la gestion courante de la Mutuelle, déléguer à des salariés des pouvoirs définis.

Le conseil d'administration peut confier au Bureau toutes attributions qui ne sont pas spécialement réservées au conseil d'administration par la loi.

Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Le conseil d'administration peut confier au Président ou un administrateur nommément désigné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou type de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le Président ou l'administrateur ainsi désigné agit sous le contrôle et l'autorité du Conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

Les délégations consenties sont reprises de façon précise dans une délibération du conseil d'administration. Celle-ci est en principe prise pour une durée courant jusqu'au

renouvellement des membres du conseil d'administration. Une durée différente peut être retenue si l'objet de la délégation est justifié.

Le règlement intérieur fixe les modalités des missions et fonctions déléguées

Article 38 – Dirigeant salarié

Sans objet

Article 39 – Attributions du (ou des) Directeurs Généraux et délégations accordées par lui (eux)

Dans le cadre des pouvoirs qui lui (leur) sont accordés par le conseil d'administration, le(s) Directeur(s) Généraux est (sont) chargé(s) d'assurer efficacement le fonctionnement de la Mutuelle, conformément aux décisions prises par le conseil d'administration, auquel il(s) rend(ent) compte.

Ces délégations sont prises pour une durée d'un an et renouvelées chaque année en conseil d'administration.

Il(s) peu(ven)t également représenter la Mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile si cette délégation lui(leur) a été accordée par le Président.

Le(s) Directeur(s) Généraux peu(ven)t, sous son contrôle et sa seule responsabilité, établir toutes subdélégations de pouvoir pour des objets limités. Il(s) doi(ven)t en informer le conseil d'administration qui le notifie dans une délibération.

Section 5 – Statut des administrateurs

Article 40 – Gratuité des fonctions et remboursement de frais

Il est rappelé que les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Néanmoins, la Mutuelle peut décider d'allouer une indemnité au Président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 et L.114-27 du code de la mutualité et dans les limites et règles fixées par décret.

Les administrateurs ayant des attributions permanentes, qui témoignent d'un engagement fort pour la mutuelle, peuvent obtenir le versement d'indemnités spécifiques. Ce versement est conditionné à la production d'un rapport d'activités justifiant notamment, sans que cette liste soit exhaustive :

- De temps d'information sur le monde de la mutualité et de l'assurance
- De participation à des formations
- D'activités de promotion, de représentation, de valorisation de la mutuelle
- De participation aux travaux de commissions de la mutuelle
- De participation aux activités et/ou aux instances des structures partenaires de la mutuelle ou présentant un intérêt pour elle
- Plus généralement, de tout le temps passé au service de la mutuelle.

Ce rapport d'activité est trimestriel pour les membres du conseil d'administration et annuel pour les membres du bureau.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité

correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par l'article L.114-26 du code de la mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

L'assemblée générale confirme annuellement cette attribution pour chaque administrateur. Le règlement intérieur en fixe les modalités.

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais occasionnés dans le cadre de leur mission dans les conditions déterminées par le code de la mutualité.

Article 41 – Obligation des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

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

Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Article 42 – Situations et comportements interdits aux administrateurs

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L.114-26 du code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quel que titre que ce soit à un administrateur (article L.114-31 du code de la mutualité).

Les anciens membres du conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de La Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat (article L.114-28 du code de la mutualité).

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux dispositions des articles L.114-32 et L.114-37 du code de la mutualité.

Il leur est également interdit de se servir de leur titre en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Article 43 – Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du conseil d'administration

Sous réserve des dispositions de l'article 44 des présents statuts, toute convention intervenant entre La Mutuelle et l'un de ses administrateurs, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la Mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs de la Mutuelle est propriétaire, associé

indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur et toute personne morale appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du code de la mutualité.

Le conseil d'administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisation qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

Article 44 – Conventions courantes autorisées soumises à obligation d'information

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre La Mutuelle et l'un de ses administrateurs, telles que définies par un décret pris en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité, sont communiquées par ce dernier au Président du conseil d'administration. La liste et l'objet des dites conventions sont communiqués par le Président aux membres du conseil d'administration et aux Commissaires aux Comptes.

Article 45 – Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la Mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés à chacun des administrateurs au cours de l'année.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des administrateurs ainsi qu'à toute personne interposée.

Article 46 – Responsabilité des administrateurs

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement envers la Mutuelle ou envers les tiers en raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts, ou en raison des fautes commises dans leur gestion (article L.114-29 alinéa 1 du Code de la Mutualité).

Si plusieurs administrateurs ont coopéré aux mêmes faits, le tribunal détermine la part contributive de chacun dans la réparation du dommage (article L.114-29 alinéa 2 du Code de la Mutualité).

L'action en responsabilité contre les administrateurs, à titre individuel ou collectif, se prescrit par trois ans à compter du fait dommageable, ou, s'il a été dissimulé, de sa révélation (article L.114-29 alinéa 3 du Code de la Mutualité).

Chapitre 3 – Président, bureau, commissions et mandataire mutualiste

Section 1 – Le Président

Article 47 – Élection, révocation

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

Il est élu pour trois 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.

Il est élu pour une durée ne pouvant excéder celle de son mandat d'administrateur.

Il est rééligible.

Le conseil d'administration peut, à tout moment, révoquer le Président, selon les dispositions de l'article L.114.18 du Code de la Mutualité.

L'élection a lieu à bulletins secrets au scrutin majoritaire à un tour.

Le Président du conseil d'administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de Président, que quatre mandats d'administrateur, dont au plus deux mandats de Président de conseil d'administration, d'une Fédération, ou d'une union, ou d'une mutuelle. Dans le décompte des mandats de Président, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité (article L.114.23 II du Code de la Mutualité).

Article 48 – Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de membre, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection.

Le conseil d'administration est convoqué immédiatement à cet effet par le 1^{er} Vice-Président. Dans l'intervalle, le 1^{er} Vice-Président remplit les fonctions de Président.

Article 49 – Missions

Le Président organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il préside les réunions et il en rend compte aux Assemblées Générales.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle, et s'assure, en particulier, que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Il représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il a également le pouvoir de décider de toute action en justice, tant en demande qu'en défense, cette mission pouvant être déléguée à un Directeur.

Il convoque le conseil d'administration et en fixe l'ordre du jour.

Il informe le conseil d'administration des procédures engagées par l'Autorité de Contrôle.

Il préside l'assemblée générale.

Il donne avis au Commissaire aux Comptes de toutes les conventions autorisées.

Il engage les recettes et les dépenses.

Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à un Directeur l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. En aucun cas, le Président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement attribuées par la loi.

Section 2 – Le Bureau

Article 50 – Élections

Les membres du Bureau sont élus à bulletin secret au scrutin majoritaire à un tour pour 3 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.

Ils sont élus pour une durée qui ne peut excéder celle de leur mandat d'administrateur. Ils sont rééligibles.

Les membres du Bureau peuvent être révoqués à tout moment par le conseil d'administration.

En cas de vacance, et pour quelque cause que ce soit, le conseil d'administration pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Article 51 – Composition

Le Bureau est composé de la façon suivante :

- Le Président du conseil d'administration,
- Un 1^{er} Vice-Président, et éventuellement un 2nd Vice-Président
- Un Secrétaire Général et éventuellement un Secrétaire Général Adjoint,
- Un Trésorier Général et éventuellement un Trésorier Général Adjoint

Article 52 – Réunions de bureau - Conseils de gouvernance

Le Bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de La Mutuelle. Les réunions de Bureau sont destinées à préparer les Conseils d'administration.

Le Bureau se réunit également sous forme de Conseils de gouvernance, destinés à suivre au plus près et plus fréquemment les activités de la Mutuelle.

Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister à ces réunions.

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Le règlement intérieur précise les modalités de ces réunions.

Article 53 – Attributions

Les membres du Bureau exercent les attributions qui leur sont déléguées par le conseil d'administration. Ils étudient également les orientations et stratégies en vue d'une présentation au conseil d'administration. Ils n'ont pas de pouvoir décisionnaire en dehors du conseil d'administration.

53.1 - Le 1^{er} Vice-président

Le 1^{er} Vice-Président seconde le Président qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes

ses fonctions.

53.2 - Le 2nd Vice-président

Le 2nd Vice-Président, à la demande du Président, du Bureau, du conseil d'administration ou de l'assemblée générale, représente pour une mission délimitée les intérêts de La Mutuelle.

53.3 - Trésorier Général

Il effectue les opérations financières de la Mutuelle et tient la comptabilité.

Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle.

Il fait procéder, selon les directives du conseil d'administration, à l'achat, la vente, et d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et les valeurs.

Il présente à l'assemblée générale le rapport de gestion et les comptes annuels, les documents, tableaux qui s'y rattachent, les comptes combinés, le rapport de gestion du groupe, et tout autre information, rapports, documents, prévus par la loi et entrant dans le cadre de ses attributions. Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle, confier au Directeur de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés et repris dans les délibérations du conseil d'administration.

53.3 - Trésorier Général Adjoint

Il assiste le Trésorier Général dans l'exercice de ses fonctions. En cas d'empêchement du Trésorier Général, il assure la suppléance avec les mêmes attributions. En cas de vacance du Trésorier Général, il assure l'intérim jusqu'à l'élection, par le conseil d'administration, d'un nouveau Trésorier Général.

53.4 - Secrétaire Général

Il est responsable de l'envoi des convocations demandées par le Président, de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives, ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.

Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle, confier au Directeur ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés et repris dans les délibérations du conseil d'administration.

53.4 - Secrétaire Général Adjoint

Il assiste le Secrétaire Général dans l'exercice de ses fonctions. En cas d'empêchement du Secrétaire Général, il assure la suppléance avec les mêmes attributions. En cas de vacance du Secrétaire Général, il assure l'intérim jusqu'à l'élection, par le conseil d'administration, d'un nouveau Secrétaire Général.

Section 3 – Les Commissions / Comités

Article 54 – Objet

Les Commissions / Comités sont chargés d'étudier toutes questions et d'instruire tous dossiers sur des sujets nettement précisés par le conseil d'administration.

Le règlement intérieur fixe la composition de ces commissions / comités et notamment les membres permanents et ceux associés ou invités occasionnellement selon les sujets étudiés.

Chaque commission / comité est présidé par un membre

du Bureau désigné par le conseil d'administration, ou exceptionnellement par un membre du Conseil d'administration qui ne fait pas partie du Bureau ou par un mandataire mutualiste désigné par le conseil d'administration.

Article 55 - Missions

La ou les missions sont clairement reprises dans une délibération du conseil d'administration.

Le règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement des Commissions / Comités. Le Président de chacune de ses structures est chargé d'en assurer efficacement le fonctionnement, conformément aux décisions et missions prévues par le conseil d'administration auquel il doit rendre compte. Il reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de ses missions et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

Les commissions / comités n'ont pas de pouvoirs décisionnaires.

Section 4 - Le mandataire mutualiste

Conformément à l'Article L114-37-1 du Code de la Mutualité, le mandataire mutualiste est une personne physique, exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs mentionnés à l'article L. 114-16, qui apporte à la mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel il a été désigné.

Le conseil d'administration peut décider de nommer un mandataire mutualiste à la majorité simple. Le conseil d'administration détermine les missions attribuées au mandataire mutualiste.

Le mandataire mutualiste dispose d'un programme de formation à ses fonctions et aux responsabilités mutualistes. Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Les frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés dans des conditions définies dans les statuts et dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

Le mandataire mutualiste doit rendre compte annuellement de la réalisation de ses missions.

Le mandataire mutualiste peut être invité à assister sans voix délibérative au conseil d'administration, de gouvernance, au bureau et aux commissions.

Chapitre 4 – Organisation financière

Section 1 – Produits et charges

Article 56 – Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

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

Article 57 – 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, associations et autres organismes de l'économie sociale,
- 4° les participations, redevances ou cotisations versées aux instances mutualistes prévues par le Code de la Mutualité et pour lesquelles la Mutuelle est tenue de participer,
- 5° la taxe relative à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS),
- 6° plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement,
- 7° en cas de création de Mutuelle définie à l'article L.111-3 du code de la mutualité, la Mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la Mutuelle créée, dans les conditions prévues à cet article.

Article 58 – Vérifications préalables

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

Section 2 – Règles de sécurité financière, Modes de placement et de retrait des fonds

Article 59 – Système de garantie

La Mutuelle se réserve le droit d'adhérer à un système de garantie.

Article 60 – Placements et retraits

Les opérations relatives aux placements et le retrait des fonds sont déterminées en conseil d'administration conformément aux réglementations en vigueur.

Les principes prudentiels de la gestion de La Mutuelle, la ventilation des résultats et l'affectation des actifs en couverture des engagements s'effectuent conformément aux réglementations en vigueur.

Section 3 – Comptes sociaux

Article 61 – Exercice comptable

Chaque exercice comptable a une durée d'une année qui commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre.

Article 62 - Comptes annuels

Il est tenu une comptabilité des opérations sociales, conformément au plan comptable des organismes mutualistes et aux conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires.

Le règlement intérieur peut fixer certaines règles d'exécution de tâches particulières.

Les comptes annuels, rapports et documents prévus par la loi sont établis conformément aux articles L.114-17, et L.212-6 du Code de la Mutualité. Ils sont soumis à l'assemblée générale sous les conditions fixées aux articles 24 et 25 des présents statuts.

Section 4 – Commissaires aux Comptes

Article 63 – Attributions

Un (ou plusieurs) Commissaire aux Comptes est désigné, conformément aux dispositions légales et réglementaires, selon les modalités fixées à l'article 23 des présents statuts, ainsi qu'un Commissaire aux Comptes suppléant en cas d'empêchement.

Il exerce ses fonctions dans les conditions définies par les

articles L.114-38, L.114-39 et L.114-40 du code la Mutualité et toutes autres dispositions légales et réglementaires.

Il porte à la connaissance du conseil d'administration les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code du Commerce.

Il signale dans son rapport annuel à l'assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission. Il établit et présente un rapport spécial sur les conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité.

Lorsque les circonstances le justifient, il peut convoquer une assemblée générale après avoir vainement requis sa convocation au Président du conseil d'administration.

Article 64 – Modalités de convocation

Le Commissaire aux Comptes est convoqué à l'assemblée générale au plus tard lors de la convocation des délégués.

Article 65 – Relations avec l'Autorité de Contrôle des Mutuelles

Le Commissaire aux Comptes fournit, à la demande de l'Autorité de Contrôle des Mutuelles, tout renseignement sur l'activité de la Mutuelle sans pouvoir opposer le secret professionnel.

Section 5 – Fonds d'établissement

Article 66 – Contribution

La Mutuelle constitue un Fonds d'établissement d'un montant au moins égal au minimum imposé par les dispositions légales et réglementaires.

Section 6 – Intervention des salariés

Article 67 – Droit d'alerte

Lorsque le Comité Social et Économique ou, s'il n'est pas constitué, les délégués du personnel ont connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante la situation économique de la Mutuelle, ils peuvent demander au Directeur, dans les conditions définies par le Code du travail, de leur fournir des explications. Le Directeur est tenu d'en informer le Président. Si le Comité Social et Économique, à défaut les délégués du personnel, n'a pu obtenir de réponse suffisante du Directeur, ou si celui-ci confirme le caractère préoccupant de la situation, il établit un rapport. Ce rapport est transmis au Directeur, et au Commissaire aux Comptes. Le Directeur est tenu de le remettre au Président. Le conseil d'administration doit en être saisi dès qu'il est appelé à se réunir.

Le Comité Social et Économique, à défaut les représentants du personnel, communique au Président de la Commission de Contrôle visée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, tout fait relevant de la cessation de paiement de l'organisme. Les informations concernant la Mutuelle communiquées dans le cadre de cette procédure ont par matière un caractère confidentiel. Toute personne qui y a accès est tenue à leur égard à une obligation de discrétion (article L.114-42 du Code de la Mutualité).

TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 68 – Dissolution et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements, la dissolution volontaire de la Mutuelle peut être décidée à

tout moment par l'assemblée générale selon les conditions de l'article 24 des présents statuts.

En cas de dissolution volontaire la Mutuelle doit respecter les dispositions telles que prévues à l'article L.212-14 du Code de la mutualité.

L'assemblée générale nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être choisis parmi les membres du conseil d'administration, ou en dehors, et détermine leurs pouvoirs. La nomination des liquidateurs met fin aux mandats des administrateurs. L'assemblée générale conserve, pendant le cours de la liquidation, les mêmes attributions. Elle approuve les comptes de liquidation et donne quitus aux liquidateurs. L'excédant de l'actif net sur le passif est dévolu, par décision de l'assemblée générale, à d'autres Mutuelles, ou Unions, ou au fonds national de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L.421-1 du Code de la Mutualité, ou au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

Article 69 – Fusion, scission et transfert de portefeuille

La Mutuelle s'autorise à transférer tout ou partie d'un portefeuille d'opération, conformément aux dispositions des articles L.212-11, L.212-12 et L.212-13 du Code de la Mutualité.

La décision de transfert est prise lors d'une assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 24 des présents statuts.

Les opérations de fusion – scission de la Mutuelle s'effectuent selon les dispositions de l'article 24 des présents statuts en assemblée générale et selon les conditions fixées aux articles L.212-12 et L.212-13 du Code de la Mutualité.

Article 70 – Procédure de conciliation, sauvegarde, redressement et liquidation judiciaire

Les procédures de conciliation, de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire sont ouvertes conformément aux dispositions du Code de la Mutualité et du Code de commerce.

Article 71 – Contestations et litiges

71.1 – Contentieux - Litiges avec les adhérents

Le règlement mutualiste prévoit les conditions de voies de recours en cas de contestation d'un membre participant ou honoraire tenant aux relations avec la Mutuelle, aux activités de celle-ci ou de tout autre différend.

Le règlement intérieur fixe les modalités de convocation de la commission statuts, veille juridique, conflits, élections, chargée d'examiner ladite contestation.

Dans le cadre d'attributions données par le conseil d'administration, la Commission, avant toute procédure auprès de la juridiction compétente, devra examiner les contestations des membres de la Mutuelle selon des modalités fixées par les règlements. Faute d'accord, ces contestations et litiges seront jugés conformément à la loi et soumises aux juridictions compétentes.

71.2 – Contentieux - Litiges avec les tiers

Toutes les contestations qui pourraient s'élever seront jugées conformément à la Loi et soumises aux juridictions compétentes.

71.3 – Interprétation des textes

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

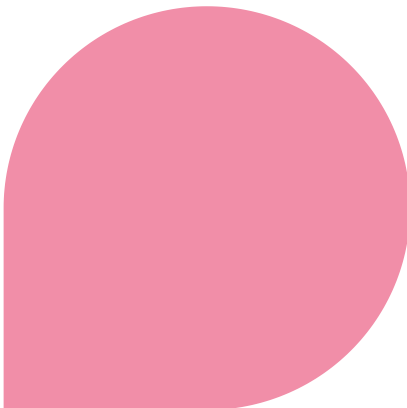
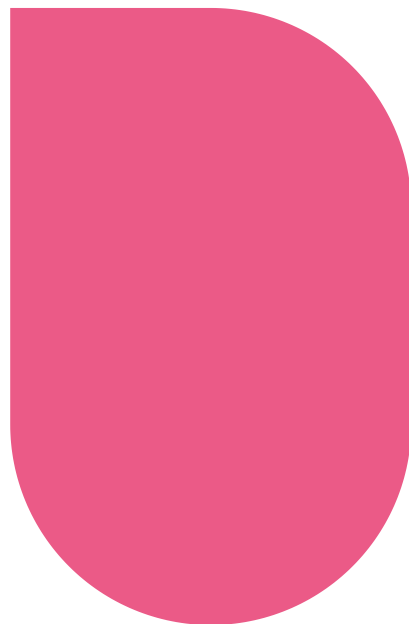
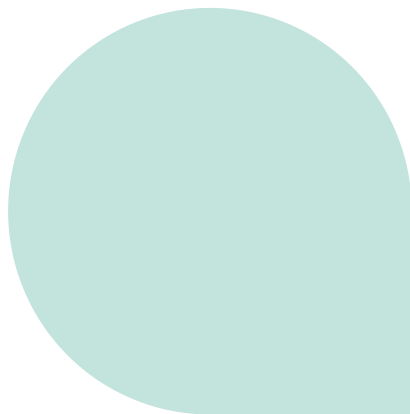
Article 72 – Immatriculation

La Mutuelle est immatriculée au registre national des Mutuelles.

Tous pouvoirs sont donnés au porteur d'un original ou d'une copie des présentes pour effectuer toutes formalités de publicité ou autres prescrites par la loi.

Article 73 – Protection des données personnelles

Les relations avec les adhérents sont régies par la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 telle que modifiée, dont les dispositions sont rappelées dans le règlement mutualiste.



RÈGLEMENT MUTUALISTE

Assemblée générale
extraordinaire du
22/05/2025

Date d'effet :
01/06/2025



Sommaire

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
Section 1- Généralités.....	4
Article 1. Objet du règlement.....	4
Article 2. Adoption et modification du règlement mutualiste - Information des membres.....	4
Section 2 – Définitions	4
TITRE II – RELATIONS CONTRACTUELLES DANS LE CADRE DES RISQUES ASSURÉS PAR LA MUTUELLE	4
CHAPITRE 1 – Objet et forme de l’adhésion.....	4
Section 1 – Adhésion à titre individuel.....	4
Article 3. Le membre participant.....	4
3.1 – Adhésion du membre participant	4
3.2 – Adhésion des ayant droit.....	5
Article 4. Délai de renonciation.....	5
4.1 – Vente à distance	5
4.2 – Exceptions	5
Section 2 – Adhésion à caractère collectif	6
Article 5. Définition du contrat collectif.....	6
Article 6. Établissement du contrat collectif.....	6
Section 3 : Le membre honoraire	6
Article 7. La nomination	6
7.1 – Le membre honoraire personne physique	6
7.2 – Le membre honoraire – contrat collectif	6
Section 4 – Exécution du contrat.....	6
Article 8. Prise d’effet et durée du contrat	6
Article 9. Modification du contrat ou des garanties	6
Article 10. Engagement du membre	7
Article 10 Bis : Lutte contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme et contre la fraude.....	7
Section 5 – Démission – Radiation – Exclusion - Déchéance.....	8
Article 11. Démission.....	8
11.1 – Règle générale	8
11.2 – Particularités	8
11.3 – Résiliation découlant d’autres dispositions légales ou réglementaires.....	8
11.4. Mode de résiliation.....	8
Article 12. Exclusions, radiation et déchéance	8
12.1- Exclusions	8
12.2- Radiation	9
12.3- Déchéance.....	9
Article 13. Conséquences de la démission, de la radiation, de l’exclusion.....	9
Article 14. Réservé	9
CHAPITRE 2 – Obligations de l’adhérent envers la Mutuelle	9
Section 1 – Détermination des cotisations.....	9
Article 15. Généralités.....	9
Article 16. Exception	9
Article 17. Détermination de la cotisation.....	9
17.1- Part fixe de la cotisation	9
17.2- Part variable de la cotisation	9
17.2.1 Critères de détermination de la part variable	9
17.2.2 Bases de calcul	10
Article 18. Particularités des contrats co-assurés et réassurés.....	10
18.1 - Contrats réassurés	10
18.2 - Contrats co-assurés.....	10
Article 19. Modalités tarifaires.....	10
19.1 - Adhésion individuelle	10
19.2 - Contrat à adhésion collective facultative ou obligatoire	10
Article 20. Révision des cotisations	10
Section 2 – Paiement et mode de règlement.....	10
Article 21. Modalités de paiement de la cotisation.....	10
Article 22. Sanction du défaut de paiement.....	11
22.1 – Garanties individuelles.....	11
22.2 – Garanties collectives	11
22.3 – Frais de rejets et d’impayés	11
CHAPITRE 3 – Obligations de la Mutuelle envers l’adhérent	12
Section 1 – Les prestations santé assurées par la Mutuelle.....	12
Sous-section 1 – Dispositions générales.....	12
Article 23. Définition des prestations garanties.....	12
Article 24. Modification des prestations	12
Article 25. Contrats responsables.....	12
Article 26. Pratique du tiers payant	13
Article 27. Pratique de la télétransmission avec les régimes obligatoires de sécurité sociale – Procédure NOEMIE	13
Article 28. Forme et délais de paiement des prestations	13
Sous-section 2 – Définition des prestations remboursables.....	13
Article 29. Prestations remboursables au titre du ticket modérateur	13

Article 30. Prestations remboursables au titre d'un supplément, d'un forfait ou d'un crédit.....	14
Article 31. Exclusions.....	16
Sous-section 3 – Modalités de prise en charge	16
Article 32. Délais de carence.....	16
Article 33. Règles générales	16
33.1– Pièces à fournir.....	16
33.2– Droit de contrôle.....	16
Section 2 – Les autres prestations assurées par la Mutuelle	17
Article 34. Prévention.....	17
Article 35. Secours exceptionnel.....	17
Article 36. Garantie forfaitaire hospitalière	17
Article 37. Garantie Obsèques - Garantie Décès.....	17
37.1 - Nature des garanties	17
37.2 – Souscription et Durée de la garantie	18
37.3 - Résiliation de la garantie	18
37.4 - Risques exclus	19
37.5 – Paiement de l'indemnité	19
CHAPITRE 4 – Dispositions diverses.....	19
Article 38. Prescriptions.....	19
Article 39. Nullités.....	19
Article 40. Litiges et réclamations	20
40.1- Réclamations.....	20
40.2- Médiation	20
Article 41. Subrogation	21
Article 42. Organisme de contrôle.....	21
Article 43. Protection des données.....	21
Article 44. Loi applicable au contrat.....	23
TITRE III – RELATIONS DANS LE CADRE DES RISQUES NON-ASSURÉS PAR LA MUTUELLE.....	23
CHAPITRE 1 – Forme de l'adhésion.....	23
Article 45. Modalités de souscription et d'exécution du contrat	23
Article 46. Adhésion.....	23
CHAPITRE 2 – Les prestations.....	23
Article 47. Assistance et Protection Juridique Santé	23
Article 48. Décès, obsèques.....	23
Article 49. Prévoyance.....	23
Article 50. Prestations santé.....	23
Article 51. Autres prestations.....	23
Article 52. Risques exclus	24
Article 53. Paiement des prestations	24
CHAPITRE 3 – Les cotisations	24
Section 1 - Modalités en cas de gestion par la Mutuelle	24
Article 54. Périodicité – Moyens de paiement – Défaut de paiement	24
Article 55. Responsabilité – Litiges	24
Section 2 : Prestations diffusées par la mutuelle et non gérées par elle	24
Article 56. Périodicité – Moyens de paiement – Défaut de paiement	24
Article 57. Responsabilité – Litige	24
CHAPITRE 4 – Dispositions diverses.....	24
Article 58. Forclusion.....	24
Article 59. Défaut de paiement	24
Article 60. Exclusion.....	24
Article 61. Réclamations.....	24

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Section 1- Généralités

Article 1. Objet du règlement

Le présent règlement est établi conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du code de la mutualité et à l'article 4.1 de ses statuts par la Mutuelle Just ci –après dénommée « La Mutuelle », mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 783.864.150.

Il a pour objet de définir les droits et obligations respectifs de la Mutuelle et de ses membres ci-après définis au titre des opérations visées par les statuts.

Le présent règlement est applicable :

- Aux membres liés à la mutuelle au titre d'une opération individuelle
- Aux membres liés à la mutuelle au titre d'une opération collective basée soit sur la signature d'un bulletin d'adhésion, soit sur la signature d'un contrat collectif. Dans ce dernier cas, le règlement mutualiste s'applique pour l'ensemble des droits et obligations non visés audit contrat.

En application des statuts, la mutuelle peut proposer de diffuser des prestations au profit d'autres organismes. Elle peut en assurer la gestion totale ou partielle sans en assurer le risque. Dans le cadre très précis où elle n'intervient qu'en qualité d'intermédiaire, les droits et obligations respectifs des membres participants sont prévus dans la convention qui lie la mutuelle et ces organismes. Il en est de même lorsque la mutuelle gère totalement ou partiellement le contrat pour le compte d'un organisme d'assurance.

La mutuelle informe les membres participants des services et établissements d'action sociale auxquels ils peuvent avoir accès et des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 2. Adoption et modification du règlement mutualiste - Information des membres

Le texte du présent règlement est établi par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

Il s'applique à tous les membres, au même titre que les statuts et le règlement intérieur.

Lorsque des modifications sont apportées au présent règlement et approuvées par l'Assemblée Générale, la mutuelle est tenue d'en informer ses membres par tout moyen. Sauf stipulation contraire indiquée lors du vote de l'Assemblée Générale, les modifications prennent effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit celle de la tenue de l'Assemblée.

Les modifications apportées au règlement mutualiste sont opposables aux membres à compter de leur notification.

Section 2 – Définitions

Membre Participant : Le Membre participant est la personne physique majeure bénéficiant d'un régime général ou particulier d'assurance maladie d'un pays membre de l'Union Européenne (hors régime obligatoire monégasque), qui bénéficie ou fait bénéficier à ses ayants droit des prestations de la mutuelle à laquelle elle a souscrit ou qu'un tiers (Personne physique ou morale) a souscrit pour elle.

Ayant Droit : Conformément à l'article 5 des statuts, les ayants droit des membres participants peuvent être les personnes suivantes :

- Les enfants ou ceux du conjoint, concubin ou pacsé, dans les conditions suivantes :
 - socialement à charge (figurant sur la carte de Sécurité Sociale de l'adhérent ou du conjoint, concubin ou pacsé);
 - Fiscalement à charge, sous réserve de présentation de l'avis d'imposition de l'année précédente ;
 - Étudiants jusqu'à 28 ans (âge calculé au 1^{er} Janvier) sous réserve de la présentation d'un justificatif de poursuite d'études adressé chaque année au service de La Mutuelle ;
 - Exceptionnellement, les enfants se trouvant dans d'autres situations et considérés comme à charge
- Exceptionnellement, les ascendants et descendants se trouvant dans une situation particulière et pouvant être considérés comme à charge. Étant précisé que s'ils sont majeurs, ils devront souscrire un contrat individuel.

Opération d'assurance collective facultative : Opération par laquelle des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale adhèrent librement à la mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques.

Opération d'assurance collective obligatoire : Opération par laquelle l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, des dispositions de la convention ou de l'accord applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur de s'affilier à une mutuelle en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques.

TITRE II – RELATIONS CONTRACTUELLES DANS LE CADRE DES RISQUES ASSURÉS PAR LA MUTUELLE

L'adhésion à La Mutuelle entraîne automatiquement l'adhésion à la mutuelle Santé Just, mutuelle dédiée à La Mutuelle Just et soumise aux dispositions du livre III du code de la mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 442.599.312, sans possibilité pour l'adhérent de se soustraire à cette seconde adhésion.

CHAPITRE 1 – Objet et forme de l'adhésion

Section 1 – Adhésion à titre individuel

Article 3. Le membre participant

3.1 – Adhésion du membre participant

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

Sauf exceptions prévues au cas par cas par la mutuelle, le membre participant et ses ayants droit doivent résider en France, dans les DOM-TOM, à l'étranger s'ils relèvent d'un régime obligatoire français (hors régime obligatoire monégasque) ou dans un pays membre de l'Union Européenne.

Les documents à fournir au jour de l'adhésion sont, au minimum :

- Le bulletin d'adhésion complété et signé ;
- La Fiche d'information et de conseil complétée et signée ;
- Photocopie(s) Attestation(s) de droit à l'Assurance Maladie de moins de deux mois de chaque bénéficiaire,
- Relevé d'identité bancaire ou postal,
- Le cas échéant, autorisation de prélèvement (mandat SEPA),

- L'ancienne carte mutualiste en cas de changement de contrat
- Tout document justifiant de la situation du membre participant ou de ses ayants droit, au regard des dispositions du présent règlement mutualiste ou des critères de la garantie choisie (avis d'imposition, certificat de scolarité, justificatif de retraite...),
- Le cas échéant, pour les TNS, le bulletin réponse d'adhésion à l'association ANIP, association dite loi Madelin, un extrait Kbis de moins de 3 mois ;
- La photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité ou document d'identité permettant l'identification du membre participant et de chaque bénéficiaire majeur ;
- Pour les personnes résidant ou travaillant dans les communes partenaires justifiant de tarifs privilégiés : Justificatif de domicile ou de travail dans la commune de moins de 3 mois ;
- Pour les employés territoriaux : un justificatif employeur d'entrée dans la fonction publique ou du taux de majoration appliqué par votre ancienne mutuelle labellisée ;
- Pour les membres d'une association : un justificatif d'adhésion
- Pour les personnes résidentes auprès d'un bailleur social : une attestation d'appartenance ou une quittance de loyer de moins de 3 mois ;
- Le cas échéant, le mandat de résiliation infra annuelle.

Tous ces documents, ainsi que le bulletin d'adhésion, peuvent être adressés à la Mutuelle par voie postale, remis en agence ou envoyés de manière dématérialisée.

L'absence de fourniture de ces éléments entraîne une impossibilité d'adhérer.

3.2 – Adhésion des ayant droit

Les ayants droit des membres participants assurés par ailleurs peuvent bénéficier des prestations de la Mutuelle. Leurs prestations **seront limitées aux dépenses réellement engagées, et si la mutuelle intervient en second assureur, déduction faite des remboursements du premier assureur.**

L'adhésion ne peut être enregistrée que pour la totalité de la garantie choisie, qui est obligatoirement la même pour tous les ayants droits inscrits sur le bulletin d'adhésion. En cas d'adhésion ultérieure d'un nouvel ayant droit, la garantie retenue sera celle du ou des adhérents déjà inscrits.

À leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les ayants droits mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans intervention de leur représentant légal, conformément à l'article L.114-2 du code de la Mutualité.

Article 4. Délai de renonciation

4.1 – Vente à distance

Toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, dispose, dans les conditions fixées à l'article L.221-18 du code de la mutualité, d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Toutefois, ce délai est porté à 30 jours si l'engagement pris concerne l'un des domaines visés à l'article 4.2 du présent règlement.

4.2 – Exceptions

Le membre participant dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il a été informé que son adhésion a pris effet pour se rétracter quand son adhésion concerne :

- Les engagements contractés dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine,
- Les engagements pris en vue du versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants,

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

À cet effet il fait parvenir sa demande par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au siège de la mutuelle, selon le modèle de lettre figurant ci-après après ou en se connectant sur son compte personnel adhérent dans l'onglet « résilier votre contrat ».

L'adhésion, en cas de renonciation, est considérée comme nulle et non avenue, l'intégralité des cotisations est remboursée par la mutuelle dans le délai maximal de 30 jours calendaires à compter de la réception de la lettre recommandée et les prestations éventuellement servies par la mutuelle sont remboursées par le membre participant dans le même délai.

Au-delà de ce délai de 30 jours calendaires, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de 2 mois, du double du taux légal.

En cas de demande expresse par l'adhérent de prise d'effet des garanties avant l'expiration de ce délai, l'adhérent est redevable de la cotisation à compter de la signature du Bulletin d'Adhésion pour la date d'effet souhaitée.

Rappel - dispositions de l'article L 221-18 du Code de la mutualité : « II. - 1° Toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir : a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ; b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ; 2° Toutefois, en ce qui concerne les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le délai précité est porté à 30 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir : a) Soit à compter du jour où l'intéressé est informé que l'adhésion a pris effet ; b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a. »

Destinataire : Mutuelle JUST, 53 Avenue de Verdun, 59306 Valenciennes Cedex

Objet : Demande de rétractation

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur le Directeur,

Conformément à l'article L221-18 du Code de la Mutualité, je souhaite exercer mon droit à la renonciation.

Par conséquent, je demande à la Mutuelle Just de me rembourser l'intégralité des cotisations dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la réception de la présente, et en contrepartie, je m'engage à rembourser les prestations éventuellement servies dans le même délai.

Je souhaite me rétracter de mon adhésion au contrat Mutuelle Just :

N° d'adhérent* : __ Date de souscription* __

Nom et prénom de l'adhérent* __

Adresse de l'adhérent* : __ Ville* : __

Date* : __ Signature* : __

Section 2 – Adhésion à caractère collectif

Article 5. Définition du contrat collectif

Le contrat collectif est un contrat souscrit par un employeur ou une personne morale en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies au contrat, pour la couverture des risques liés à la personne humaine, à la protection juridique, à l'assistance ou au chômage. Ce contrat peut constituer une opération d'assurance collective facultative ou obligatoire.

Le contrat définit les droits et obligations du souscripteur du contrat et des membres participants au titre de leur adhésion au contrat collectif. En l'absence de précision dans le contrat collectif, le règlement mutualiste s'applique.

Article 6. Établissement du contrat collectif

Un contrat collectif est établi en deux exemplaires, daté et signé par la mutuelle et le souscripteur (personne morale ou employeur). Sa composition est fixée par les dispositions légales et réglementaires.

Sont annexées aux conditions particulières, les garanties souscrites et un modèle de notice d'information destiné à chaque membre participant. Si le contrat collectif renvoie pour l'application de certaines dispositions au règlement mutualiste, la personne morale souscriptrice reçoit également un exemplaire du règlement mutualiste en vigueur.

La mutuelle remet au souscripteur du contrat :

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

Sur la demande du souscripteur, il peut également lui être remis une copie du règlement intérieur.

Le souscripteur est tenu de remettre les notices et tous autres documents énumérés ci-dessus à l'ensemble des adhérents devenus membres participants (article L.221-6 du Code de la Mutualité).

Section 3 : Le membre honoraire

Article 7. La nomination

7.1 – Le membre honoraire personne physique

Le Conseil d'Administration peut admettre après examen des membres honoraires, personnes physiques, qui ont fait des dons ou rendu des services à la Mutuelle.

Quand la candidature est acceptée, la personne doit alors signer un bulletin d'adhésion. Les membres honoraires ne sont soumis à aucune condition d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité.

Le membre honoraire personne physique verse une cotisation spéciale définie à l'article 16 du présent règlement.

7.2 – Le membre honoraire – contrat collectif

Au titre des opérations collectives facultatives, le membre honoraire est la personne physique qui signe un bulletin

d'adhésion, paie une cotisation, appartient au groupe professionnel, interprofessionnel, d'entreprise ou associatif qui a signé le contrat collectif avec la mutuelle, mais qui ne bénéficie pas des prestations offertes par la mutuelle.

Il peut notamment s'agir de cadres ou de dirigeants souhaitant être membre honoraire à titre personnel.

L'obtention de ce statut est soumise à accord préalable du Conseil d'Administration.

Au titre des opérations collectives obligatoires, la personne morale ou l'employeur, souscripteur, peut devenir, sur sa demande expresse et sur accord préalable du Conseil d'Administration, membre honoraire de la mutuelle.

La personne morale ou l'employeur souhaitant devenir membre honoraire doit remplir à cet effet un bulletin d'adhésion.

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

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

Section 4 – Exécution du contrat

Article 8. Prise d'effet et durée du contrat

L'adhésion à la mutuelle prend effet au plus tôt au 1^{er} jour qui suit la date de signature du bulletin d'adhésion, à condition que l'ensemble des documents nécessaires à la constitution du dossier soient parvenus à la mutuelle. **À défaut, elle prendra effet au lendemain du jour de réception de l'ensemble de ces pièces ou de l'expiration du délai de résiliation de l'ancienne mutuelle.**

Aucun effet rétroactif n'est possible sauf accord écrit express de la mutuelle.

L'adhésion est valable à compter de sa date d'effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle par tacite reconduction par année civile, sauf démission, exclusion ou radiation dans les conditions visées aux articles 11, 12, 13.

Article 9. Modification du contrat ou des garanties

Les demandes de modifications apportées au contrat d'adhésion par le membre participant sont adressées par écrit à la mutuelle.

Prend effet à la date de naissance, la déclaration de naissance effectuée par le membre participant dans un délai maximum de 45 jours à compter de l'événement et sous réserve de la fourniture des justificatifs nécessaires par le membre participant.

Prend effet au lendemain du décès, la radiation pour cause de décès déclaré à la Mutuelle sous réserve de la fourniture des justificatifs correspondant.

Prend effet, au premier jour du mois au cours duquel a été fournie l'information à la mutuelle : les modifications administratives telles que le changement d'adresse, le changement de banque, le changement de régime obligatoire de sécurité sociale, mariage, PACS, concubinage, divorce, et naissance déclarée entre le 46^{ème} jour et le 60^{ème} jour après la naissance. Le membre participant doit avoir fourni à la mutuelle les justificatifs nécessaires pour que la prise d'effet de cette modification administrative intervienne à la réception par la mutuelle de la notification.

Prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel l'événement est survenu les événements suivants à condition que les justificatifs nécessaires aient été fournis par le membre participant :

- Les changements survenus dans la situation de famille entraînant un changement de la cotisation (naissance déclarée au-delà du 61^{ème} jour à compter de la naissance, adoption, suppression ou ajout de bénéficiaires)
- Ou tout autre événement ayant un lien direct sur l'exécution du contrat.

À défaut de fourniture des justificatifs nécessaires, la modification prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la dernière.

En dehors des modifications exprimées ci-dessus, toute demande de changement de garanties ne peut être acceptée par la mutuelle qu'après un an d'ancienneté dans la garantie ou l'option pour une prise d'effet au 1^{er} jour du mois qui suit la dernière pièce est réceptionnée. La demande doit avoir été adressée par écrit à la mutuelle. Elle s'appliquera obligatoirement pour tous les bénéficiaires du contrat d'adhésion et fera l'objet de la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion ou d'un avenant.

Les délais de carence tels que prévus au présent règlement mutualiste pour les garanties supplémentaires souscrites sont alors inapplicables. Les limites et franchises annuelles déjà consommées au moment du changement demeureront applicables.

Article 10. Engagement du membre

Le membre s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à La Mutuelle tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par La Mutuelle.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte intentionnelle entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions prévues par l'article ci-après.

Le membre participant s'engage pendant toute la durée du contrat à informer la mutuelle lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle souscrite auprès de la mutuelle, dans le cadre d'une affiliation individuelle ou collective.

Hormis le cas particulier de l'application de la garantie forfaitaire hospitalière prévue à l'article 36 du présent règlement, 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 du membre participant 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.** Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident contractés auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets **dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date d'adhésion ou de souscription.** Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat, peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix, en application des dispositions du décret n°90769 du 30 août 1990.

Article 10 Bis : Lutte contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme et contre la fraude

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT) et à la lutte contre la fraude, le membre participant

s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect de ladite obligation. Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droits, et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique);
- Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L561-2-2 du Code monétaire et financier. Cet article fait référence aux représentants légaux assurant la direction de la personne morale.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle. Lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture, lesdites demandes peuvent également être formulées par la Mutuelle.

Les documents transmis par le membre participant peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la Mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude. Les éléments pouvant être demandés sont : dans tous les cas, une facture acquittée, avec un élément d'authentification du praticien / établissement (signature, cachet...), pour le dentaire, l'auditif, l'optique : un décompte de l'assurance maladie. En complément, uniquement en cas de suspicion de fraude, de blanchiment ou de financement du terrorisme et sous réserve d'une opposition de l'adhérent relatif au secret médical : la mutuelle pourra demander la communication de l'ordonnance, des radios pour les actes dentaires, la prescription d'appareils auditifs ou tout autre acte, des factures ou bons de livraison des équipements utilisés (optique, dentaire, auditif...), des justificatifs de paiement ou encaissement de prestation (relevé de CB ou compte bancaire où n'apparaît que l'opération en question), une confirmation écrite du praticien quant à la réalité de l'acte.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaire au moment de la souscription du contrat, la Mutuelle peut refuser l'adhésion sauf si l'adhésion au contrat a un caractère obligatoire. En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaire au moment du versement des prestations, hors cas légitimes de secret médical, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés ou exercer, lorsque les conditions en sont remplies sa faculté de prononcer la déchéance ou l'exclusion du membre participant conformément à l'article 12.

Article 11. Démission

11.1 - Règle générale

Le membre participant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans, au moins deux mois avant la date d'échéance.

Conformément à l'article L 221-10-2 du code de la mutualité, il est possible, après 1 an d'adhésion ou de changement de garantie, de résilier à tout moment le contrat. Cette résiliation prendra effet dans un délai de trente (30) jours après la réception de la notification de la résiliation par la mutuelle.

11.2 - Particularités

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, il peut également être mis fin à l'adhésion lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants, conformément à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité :

- Changement de domicile,
- Changement de situation matrimoniale,
- Changement de régime matrimonial,
- Changement de profession,
- Retraite personnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.
- Décès

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsque cette adhésion avait pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La mutuelle doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

11.3 - Résiliation découlant d'autres dispositions légales ou réglementaires

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion dans les conditions de l'article L221-10-1 du Code de la Mutualité.

A cet effet, pour les contrats à tacite reconduction, la Mutuelle rappelle la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions de l'article précité, le membre participant peut, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, mettre un terme à l'adhésion au règlement,

sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification.

Par ailleurs, le membre participant peut mettre fin à son adhésion pour les motifs suivants :

- **La mise en place d'un contrat collectif de même nature que les risques couverts par la mutuelle, à condition que ce contrat soit à titre obligatoire conformément aux dispositions de la loi EVIN et de l'article 83 du Code Général des Impôts et sur présentation d'un justificatif de l'employeur.**
- **Le bénéficiaire, pour lui-même et éventuellement pour ses ayants droit, de la Complémentaire Santé Solidaire, sur présentation d'un justificatif du régime obligatoire ayant accordé les droits.**
- **Par extension, la mutuelle accepte la démission de la part du membre participant lorsqu'il peut bénéficier d'une couverture de risques de même nature par l'intermédiaire de son conjoint, concubin ou pacsé, dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, selon les mêmes dispositions que reprises ci-dessus.**

La demande de résiliation devra être effectuée par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires et de la (ou des) cartes de tiers payant papier. La résiliation prend alors effet le dernier jour du mois au cours duquel l'ensemble des pièces aura été réceptionné par la Mutuelle.

Conformément à l'article L.221-6 du code de la mutualité, pour les opérations collectives facultatives, le membre participant peut, dans le délai de trente (30) jours à compter de la remise de la notice, également dénoncer son affiliation en raison des modifications apportées.

11.4. Mode de résiliation

Conformément à l'article L221-10-3 du code de la mutualité, les modes de résiliation seront les suivants :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. À savoir sur l'espace adhérent sur l'onglet « Résiliation » ;
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement.

Article 12. Exclusions, radiation et déchéance

12.1- Exclusions

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle, conformément à l'article 9 des statuts. Ces membres en sont informés par l'envoi d'un courrier recommandé avec accusé de réception.

Peuvent être exclus les membres qui ont commis des fausses déclarations intentionnelles entraînant la nullité des garanties accordées dans les conditions de l'article 39. Il est notamment porté atteinte aux intérêts de la Mutuelle lorsqu'il est sciemment utilisé au moment de la souscription et/ou tout au long de l'adhésion des documents falsifiés ou frauduleux (présentation de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations...) , ou en cas de violence, injure, insultes à l'égard de la Mutuelle, de ses collaborateurs ou

représentants.

Le membre exclu ne peut en aucun cas être réintégré.

12.2- Radiation

La mutuelle peut résilier le contrat, en cas de non-paiement de ses cotisations par le membre, dans les conditions fixées à l'article 22-1 et 22-2 du présent règlement.

12.3- Déchéance

Le membre est déchu de tout droit à remboursement si au moment de la souscription ou tout au long de l'adhésion il a intentionnellement :

- **Effectué une mauvaise ou fausse déclaration par déclaration inexacte ou omission intentionnelle (telle que fausse déclaration d'hospitalisation, omission de déclaration d'un autre organisme assurant le même type de garanties) ;**
- **Produit des faux ou utilisé des faux intentionnellement (faux certificats de radiation, fausse facture, faux décompte...) ;**
- **Escroqué ou tenté d'escroquer la Mutuelle ;**
- **Refusé de se soumettre intentionnellement et de mauvaise foi au contrôle légitime de la Mutuelle.**

Il appartient à la Mutuelle d'établir le caractère frauduleux ou la mauvaise foi du membre.

La déchéance s'applique uniquement sur la prestation ou le groupe de prestations objets desdites falsifications, fraudes ou escroqueries. Les prestations déjà versées par la Mutuelle se révélant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu. Les cotisations demeurent intégralement dues à la Mutuelle.

Tout membre dont la fraude est avérée s'expose à la nullité des garanties conformément à l'article 39 du Règlement Mutualiste.

La déchéance est prononcée dans un délai de trente jours calendaires après l'envoi d'une notification écrite au membre, indiquant la cause de déchéance et l'invitant à fournir des explications dans le délai susvisé, si les explications fournies ne sont pas suffisantes ou si aucune explication n'est fournie.

Conformément à l'article L.221-16 du Code de la mutualité, sont nulles toutes clauses générales frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire, en cas de violation des lois ou des règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel.

Sont nulles également toutes clauses frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire, à raison de simple retard apporté par lui, sans intention frauduleuse, à la déclaration relative à la réalisation du risque aux autorités, ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit pour la mutuelle de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

Article 13. Conséquences de la démission, de la radiation, de l'exclusion

La perte de la qualité de membre participant entraîne de plein droit pour lui-même et ses ayants droit et sans qu'il soit nécessaire d'effectuer d'autres formalités, la cessation des effets du contrat d'adhésion, des garanties accessoires attachées au contrat et de tous autres documents contractuels entre la mutuelle et le membre sauf application de dispositions légales spécifiques.

Article 14. Réservé

CHAPITRE 2 – Obligations de l'adhérent envers la Mutuelle

LES COTISATIONS

Section 1 – Détermination des cotisations

Article 15. Généralités

La cotisation est fixée annuellement. Lors de la prise d'effet de l'adhésion, la première cotisation est calculée à compter de cette date de prise d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

La Mutuelle est à cotisations variables. Le montant de la cotisation de chaque adhérent est fixé de manière forfaitaire chaque année.

Article 16. Exception

En application de l'article 7 du présent règlement, le membre honoraire, personne physique, règle une cotisation annuelle non fractionnée. Son montant est de 20 euros. Si nécessaire, ce montant peut être modifié sur décision de l'Assemblée Générale qui peut donner délégation annuellement au Conseil d'Administration.

Le membre honoraire, personne morale, règle une cotisation annuelle non fractionnée. Son montant est de 40 euros. Si nécessaire, ce montant peut être modifié sur décision de l'Assemblée Générale qui peut donner délégation annuellement au Conseil d'Administration.

Article 17. Détermination de la cotisation

17.1- Part fixe de la cotisation

- Les frais techniques de fonctionnement,
- Les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (Fédération), techniques (Unions Mutualistes, Caisses Autonomes, tous autres organismes autorisés par la loi), ou de l'Économie Sociale (associations), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements de ces organismes.
- La cotisation ALD Sport, assistance et protection juridique, dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par l'assureur ou le prestataire du contrat,
- Le cas échéant, la cotisation à l'association ANIP, association dite « loi Madelin ».

Peuvent également être ajoutées :

- Les cotisations obsèques, décès,
- La taxe relative à la Complémentaire Santé Solidaire, dont le taux est fixé par la loi,
- La mutuelle dispose de la faculté de faire payer un droit d'entrée aux membres participants visés à l'article 7 du présent règlement, lors de leur adhésion. Son montant est de 15 euros. Si nécessaire, ce montant peut être modifié sur décision de l'Assemblée Générale qui peut donner délégation au Conseil d'Administration. Les membres participants définis à l'article 8 du présent règlement dans le cadre des opérations collectives ne sont pas concernés par ce droit d'entrée.
- Toute autre charge non interdite par la loi.

17.2- Part variable de la cotisation

17.2.1 Critères de détermination de la part variable

Pour déterminer le montant des cotisations, peuvent être retenus par la mutuelle les critères suivants :

- L'âge de chaque bénéficiaire adulte, âge calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et

- l'année en cours,
- Le régime obligatoire d'affiliation,
- La durée d'appartenance au groupement,
- Le niveau de garanties souscrit,
- Les garanties optionnelles souscrites,
- Le nombre total de bénéficiaires.

En tout état de cause, la mutuelle ne peut fixer les cotisations en fonction de l'état de santé des bénéficiaires. A ce titre, aucune déclaration de santé, ni questionnaire médical, ne sont à compléter au moment de l'adhésion.

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

17.2.2 Bases de calcul

La cotisation est calculée à partir du coût du risque constaté, afin d'aboutir à la détermination d'un coût par adulte et par enfant.

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

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

Article 18. Particularités des contrats co-assurés et réassurés

18.1 - Contrats réassurés

Pour les contrats santé faisant l'objet d'une réassurance totale, le coût du risque est déterminé par le réassureur auquel la mutuelle ajoute les charges telles que prévues à l'article 17 du présent règlement.

Si la réassurance est partielle, la mutuelle ajoute au coût du risque du réassureur le coût de son propre risque, ainsi que les charges prévues à l'article 17 du présent règlement.

18.2 - Contrats co-assurés

Pour les contrats santé faisant l'objet d'une co-assurance, le coût du risque est communément défini entre les co-assureurs, en appliquant, si nécessaire, une quote-part de répartition des risques entre eux. Peuvent s'y ajouter les charges prévues à l'article 17 du présent règlement, ainsi que toutes autres charges propres aux autres co-assureurs.

Article 19. Modalités tarifaires

19.1 - Adhésion individuelle

Sauf exception, les cotisations sont fixées par adulte, par enfant et par tranche d'âge.

Selon la garantie choisie, il n'est pas demandé de cotisation supplémentaire au-delà d'un nombre d'enfants déterminé par la garantie elle-même.

La garantie peut également prévoir des modalités qui lui sont propres quant à la détermination de la cotisation des enfants et des ayants droit.

L'ascendant ou descendant inscrit individuellement paie, sauf exception prévue par la garantie elle-même, la cotisation d'un adulte.

19.2 - Contrat à adhésion collective facultative ou obligatoire

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

- Taux forfaitaire (quelle que soit la situation familiale),

- Personne seule/famille,
- 1 personne, 2 personnes, 3 personnes et plus,
- 1 personne, 2 personnes, 3 personnes, 4 personnes et plus,
- Adulte/enfant (avec ou sans gratuité au-delà d'un nombre d'enfants déterminé par la garantie elle-même).

Il peut éventuellement être retenu des tranches d'âge.

Article 20. Révision des cotisations

Les cotisations sont annuelles et révisables, chaque année, à la date d'échéance du contrat, compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services.

Les taux et les montants des cotisations sont déterminés par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation annuelle de l'Assemblée Générale. Les décisions du Conseil d'Administration sont applicables immédiatement et doivent être ratifiées par la plus proche des Assemblées Générales.

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

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

L'adhérent doit payer à la Mutuelle la cotisation appelée ainsi que les éventuels rappels de cotisation. Ceux-ci, conformément à l'article 4.4 des Statuts, sont décidés et fixés par son Conseil d'administration. En aucun cas, l'adhérent ne peut être engagé au-delà du maximum de cotisation, qui est fixé à deux fois le montant de la cotisation initialement appelée.

Section 2 – Paiement et mode de règlement

Article 21. Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est fixée annuellement.

Lors de la prise d'effet de l'adhésion, la première cotisation est calculée à compter de cette date de prise d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Le paiement de la cotisation annuelle peut être fractionné :

- Soit mensuellement uniquement par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal, par dérogation et après accord écrit de la mutuelle, par chèque bancaire ou postal ou par paiement en ligne sécurisé par l'intermédiaire du site Internet de la mutuelle,
- Soit trimestriellement, le règlement intervenant alors soit par prélèvement automatique soit par chèque bancaire ou postal soit par paiement en ligne sécurisé par l'intermédiaire du site Internet de la mutuelle.

La cotisation trimestrielle est payable d'avance.

La cotisation mensuelle est payable, selon le contrat souscrit, le 5, le 12 ou le 20 du mois pour le mois en cours à échoir.

En cas de rejet de prélèvement automatique ou du paiement en ligne ou en cas de chèque impayé, le membre participant se verra attribuer des frais de précontentieux. Dès le premier rejet de prélèvement, la Mutuelle se réserve le droit de modifier de mode de paiement. Dans ce cas, elle transformera les modalités de paiement de la manière suivante : paiement

d'avance, trimestriel et par chèque.

La cotisation peut être révisée par la mutuelle compte tenu de l'âge atteint par l'adhérent ou suite à la modification des tarifs par décision de l'assemblée générale ou du conseil d'administration sur délégation de l'assemblée générale.

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

Article 22. Sanction du défaut de paiement

22.1 – Garanties individuelles

Dans le cadre des opérations individuelles, **à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.**

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'adhérent, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner et notamment de la **suspension des garanties trente jours après la mise en demeure. Le Membre Participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de dix jours à compter de la suspension, le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat. La mise en demeure informe l'adhérent de la date de radiation éventuelle.**

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Les frais médicaux prescrits pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge.

Les cotisations impayées donnent lieu à recouvrement. Des pénalités de retard et des frais de recouvrement seront dus par le Membre Participant. Leur montant est indiqué dans la lettre recommandée de mise en demeure.

22.2 – Garanties collectives

I. - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, **à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.**

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner et notamment de la **suspension des garanties trente jours après la mise en demeure et du maintien de l'obligation de paiement des cotisations pendant la durée de la suspension.**

Le membre participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de dix jours à compter de la suspension le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne

morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle ou de l'union, ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

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

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Membre Participant, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner et notamment de la **suspension des garanties trente jours après la mise en demeure.**

Le membre participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de dix jours à compter de la suspension le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue au I est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en oeuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au I et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ou l'union ne couvre plus le risque.

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

22.3 – Frais de rejets et d'impayés

Les cotisations impayées donnent lieu à recouvrement. Des frais de rappel et de mise en demeure seront dus par le membre. Le montant de ces frais est indiqué dans la lettre de rappel ou de lettre recommandée de mise en demeure.

Les membres participants radiés pour non-paiement des cotisations ne pourront adhérer de nouveau à la mutuelle qu'après accord écrit de la mutuelle et règlement des cotisations dues au moment de l'exclusion dans le respect des délais de prescription. Dans ce cas, à compter de la date d'effet de cette nouvelle adhésion, les éventuels délais de carence sont applicables au membre participant et à ses ayants droit, dans les conditions fixées à l'article 32 du présent règlement.

CHAPITRE 3 – Obligations de la Mutuelle envers l'adhérent

LES PRESTATIONS

Section 1 – Les prestations santé assurées par la Mutuelle

Sous-section 1 – Dispositions générales

Article 23. Définition des prestations garanties

Les prestations versées par la Mutuelle figurent dans les tableaux de garanties remis à l'adhérent. Elles sont déterminées par le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée Générale. Ces décisions sont applicables immédiatement et ratifiées par la plus proche des Assemblées Générales.

Les remboursements réalisés par la Mutuelle sont fonction de la garantie et de l'option choisies par le membre participant, et de la période de couverture lors de son adhésion ou de la signature d'un avenant.

La garantie choisie est obligatoirement la même pour tous les ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion. En cas d'adhésion ultérieure d'un nouvel ayant droit, la garantie retenue sera celle du ou des bénéficiaires déjà inscrits.

Article 24. Modification des prestations

Les prestations pourront être augmentées ou diminuées chaque fois que les honoraires médicaux, les frais médicaux, les tarifs de responsabilité ou les taux et les conditions de remboursement des régimes obligatoires de Sécurité Sociale varieront en application de la réglementation en vigueur ou sur décision du Conseil d'Administration.

Ces modifications, qui pourront entraîner des modifications des cotisations, seront décidées dans les conditions prévues par les statuts et le code de la mutualité.

Les nouveaux taux ou montants des prestations et de cotisations sont portés à la connaissance des adhérents par email, ou par courrier, ou sur l'espace adhérent, ou sur l'application mobile, ou par tout autre support permettant une notification individuelle et leur sont opposables à compter de cette notification.

Article 25. Contrats responsables

Sauf stipulation contraire, les contrats d'assurance maladie distribués par la Mutuelle sont des contrats responsables au regard des dispositions des articles L 871-1 et R 871-1 et R 871-2 du code de la sécurité sociale.

En conséquence, les contrats respectent, sauf disposition spécifique spécifiée par le contrat lui-même, le cahier des charges des contrats responsables défini par les articles L871-1, R871-1 et R871-2 du code de la sécurité sociale.

À ce titre,

- Ne sont pas prises en charge les garanties frais de santé suivantes :

- **La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé (e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;**
- **Les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soin ;**
- **Les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations.**

- Sont prises en charge à minima les garanties frais de santé suivantes :

- L'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière, excepté pour les frais de cure thermique et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier
- L'intégralité du Forfait Patient Urgence ;
- Les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité **dans la limite des prix limite de vente pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée (panier 100 % santé)**, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale ;
- Des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité **dans la limite des honoraires limite de facturation pour les actes relevant du panier à prise en charge renforcée (panier 100 % santé)**
- Les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité **dans la limite des prix limite de vente pour les appareils auditifs appartenant à la classe I (100% santé)**

- Sont plafonnés ou encadrés dans leur prise en charge, les dépenses de soins suivantes :

- **Dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas aux dispositifs de l'OPTAM et de l'OPTAM-CO (double limitation de 100% du tarif de responsabilité et du montant de prise en charge des dépassements minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité)**
- **Prise en charge des dépenses optiques encadrée par des plafonds et planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire et limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.**

En outre, et afin de se conformer aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, la mutuelle communiquera avant la souscription, puis annuellement :

- Le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations « frais de santé » qu'elle verse et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties (P/C),
- Le montant et la composition de ses frais de gestion, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes.

Cette information est communiquée selon les modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale datant du 6 mai 2020.

Le P/C est Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties qui représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations

correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

En cas d'évolution de la législation relative aux « contrats responsables », les garanties évolueront selon les modalités prévues par la législation en vigueur.

Article 26. Pratique du tiers payant

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

L'étendue du tiers payant dépend du régime obligatoire d'affiliation des bénéficiaires et du lieu de résidence. Le membre participant en est informé lors de la remise de la plaquette de garanties et des conditions particulières du contrat. Il lui est remis, lors de la souscription, une carte de tiers payant soit par voie numérique (email, espace adhérent, application mobile), soit en l'absence d'email, d'espace adhérent ou sur demande explicite de l'adhérent, par voie papier.

Cette dernière doit être impérativement restituée à la mutuelle ou détruite lorsque les garanties prennent fin.

En cas d'utilisation frauduleuse, la mutuelle se réserve le droit d'entamer des poursuites pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte. L'usage frauduleux s'entend ici, dans les délais impartis par les articles L.221-7 et L.221-8 du code de la mutualité, de l'utilisation par un adhérent non à jour de cotisations, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations ou le bénéfice des services garantis par la mutuelle aux seuls adhérents justifiant du paiement régulier de leurs cotisations. Toutes les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables bénéficient du tiers payant et ce, au minimum jusqu'à hauteur du tarif de responsabilité (y compris lorsque le ticket modérateur est forfaitisé) si un tel tarif existe pour la prestation ou l'acte visé. Le forfait hospitalier, couvert obligatoirement par les contrats responsables de manière intégrale et illimitée, bénéficie également, dans ce cadre, du tiers payant.

Article 27. Pratique de la télétransmission avec les régimes obligatoires de sécurité sociale – Procédure NOEMIE

La mutuelle reçoit des informations des régimes obligatoires, traite et paie la part complémentaire.

Cette procédure n'est applicable qu'à la condition que le membre participant ait transmis préalablement à la mutuelle les informations de Sécurité Sociale ou de régime obligatoire à jour pour lui-même et ses ayants droit. Le membre participant ne souhaitant pas bénéficier de la télétransmission des

informations par les régimes obligatoires pour lui-même et/ou ses ayants droit devra signifier par écrit son refus auprès des services de la mutuelle.

Il est à noter que pour certains suppléments, forfaits ou crédits, le traitement automatique ne peut être appliqué, le remboursement nécessitant l'envoi de justificatifs.

Article 28. Forme et délais de paiement des prestations

Sauf dans le cas du tiers payant, les remboursements des frais de soins de santé sont effectués en priorité par virement sur le compte bancaire ou postal indiqué par le membre participant.

À défaut, les remboursements seront effectués par chèque bancaire libellé à l'ordre du membre participant.

Ces remboursements sont effectués dans les meilleurs délais et au plus tard dans le mois qui suit la réception du dossier lorsque la procédure de télétransmission n'est pas appliquée. Pour les personnes bénéficiant de la télétransmission, les modalités et délais sont ceux appliqués par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale. Tout justificatif nécessaire à la liquidation des prestations pourra être demandé par la Mutuelle, et notamment celles visées à l'article 33.1.

Sous-section 2 – Définition des prestations remboursables

Article 29. Prestations remboursables au titre du ticket modérateur

Lorsque la garantie souscrite par le membre participant prévoit bien la prise en charge du soin, le ticket modérateur est remboursé pour les soins pris en charge préalablement par la Sécurité Sociale tels que prévus ci-dessous **sous réserve des exclusions définies par les contrats responsables ou par le présent règlement.**

Peuvent être pris en charge au titre du remboursement du ticket modérateur, les soins et actes suivants :

- Maladie :
 - o Consultations, visites, indemnités de déplacement des praticiens généralistes ou spécialistes,
 - o Soins prodigués par les auxiliaires médicaux et les indemnités de déplacements,
 - o Les actes de petite chirurgie, de spécialistes, de radiologues,
 - o Les analyses, examens, actes de biologie,
 - o Les médicaments irremplaçables ou de confort, ainsi que les préparations magistrales prises en charge par la Sécurité Sociale.
- Appareillage : les dépenses d'achats, de location, de réparation des fournitures d'orthopédie, de petit et grand appareillage (i) pour les dépenses prises en charge par la sécurité sociale telles que prévues au T.I.P.S. (tarif interministériel des prestations sanitaires) ou (ii) pour les dépenses non prises en charge par la Sécurité Sociale telles que prévues au VIDAL. Peuvent notamment être pris en charge selon les éléments indiqués dans la plaquette de garanties : prothèses oculaires et faciales, ortho-prothèses, véhicules pour handicapé physique, prothèse capillaire, prothèse mammaire, accessoires d'orthopédie,
- Optique : toutes les dépenses d'achat, de réparation de fourniture d'optique, verres, montures, lentilles cornéennes, prises en charges par la Sécurité sociale.
- Dentaire : les dépenses relatives aux actes techniques, d'imagerie, de chirurgie, soins, prothèses, couronnes, implants dentaires et parodontologie pour lesquels la Sécurité Sociale a participé au remboursement.
- Cures Thermales : la mutuelle effectue le remboursement complémentaire des frais médicaux, du forfait thermal, dans la mesure où la cure a fait l'objet d'un accord préalable

du régime obligatoire.

- Hospitalisation : est pris en charge le remboursement des soins, honoraires, frais de salle d'opération, et tous autres actes réalisés dans le cadre d'une hospitalisation qu'elle qu'en soit le motif et sous réserve de la prise en charge par la Sécurité Sociale.
- Transports : la mutuelle rembourse les frais de transport en ambulance, véhicule sanitaire léger, SAMU, tous autres moyens de transport habilités, ou éventuellement frais de taxi, véhicule personnel, dans la mesure où la Sécurité Sociale les a pris en charge préalablement.
- Actes de prévention dans la liste prévue par l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale et précisés dans l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code.

Article 30. Prestations remboursables au titre d'un supplément, d'un forfait ou d'un crédit

Dans le cadre des conditions particulières prévues au contrat, la mutuelle peut être amenée à rembourser, sous forme de suppléments, forfaits ou crédits, certains soins ou actes selon les modalités indiquées aux conditions ci-dessus rappelées.

Sauf exceptions explicites, le paiement de ces prestations est subordonné à la prise en charge par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale.

En tout état de cause, les remboursements s'opèrent **dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables.**

À l'exception de ceux relatifs aux équipements d'optique médicale et d'aide auditive, lorsque les forfaits sont fixés par périodes annuelles, l'annualité ou pluri-annualité est appréciée et se renouvelle soit à la date d'affiliation de chaque bénéficiaire, soit par année civile, soit par année scolaire selon dispositions prévues au contrat ou dans la grille de garantie. **La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante.**

Peuvent être pris en charge au titre du remboursement de suppléments, forfaits ou crédits :

- Dépassements d'honoraires : sont considérés comme dépassements d'honoraires les sommes réclamées par certains praticiens dûment habilités à pratiquer des honoraires libres et déclarés comme tels auprès des régimes de Sécurité Sociale. La mutuelle, selon les conditions particulières du contrat, **et dans les limites fixées par les contrats responsables**, rembourse les dépassements d'honoraires. **Sauf exceptions prévues au contrat, la mutuelle ne rembourse pas les honoraires de professions non conventionnées ou non reconnues comme telles par la Sécurité Sociale.**

Plus précisément, dans le cadre des dispositions issues de la définition des contrats responsables, **les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de l'OPTAM et de l'OPTAM-CO, sont limités doublement, dans le respect des dispositions des contrats responsables, de la manière suivante : limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.**

- Appareillage : la mutuelle peut être amenée, **si les garanties souscrites le prévoient**, à régler des suppléments, forfaits ou crédits, **selon les modalités fixées aux conditions particulières, pour l'achat, la réparation ou la location**

d'appareillages tels que rappelés à l'article 29 et pris en charge par la Sécurité Sociale.

- Optique : **selon les conditions particulières prévues au contrat**, la mutuelle verse des crédits pour l'acquisition des lentilles cornéennes acceptées par la Sécurité Sociale pour chaque personne bénéficiant des prestations. **Sauf exceptions prévues aux conditions particulières**, les crédits sont versés annuellement, selon l'échéance fixée par le contrat. Toutefois, dans la mesure où le montant du crédit n'est pas intégralement versé, le solde est reportable au cours de l'année, selon l'échéance fixée par le contrat. Les crédits sont versés suite à l'achat, au remplacement total ou partiel de l'appareillage, suite à une prescription médicale ou à une casse ou suite à un contrôle de vue effectué par un opticien dans le respect des dispositions légales et réglementaires. Les lentilles cornéennes refusées par la Sécurité Sociale sont remboursables dans la mesure où elles ont été prescrites médicalement y compris les lentilles cornéennes jetables. **Sont exclus des remboursements les consommables d'entretien, les accessoires (étuis, etc.), les appareillages anti-solaires sans prescription médicale et/ou sans correction visuelle, les lentilles cornéennes colorées, ainsi que toute fourniture à but purement esthétique.**

Dans le cadre du respect des contrats responsables, les forfaits « optique » comprennent le montant du ticket modérateur et de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Ces forfaits sont fixés pour une prise en charge d'un équipement complet (montures + verres) par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus, par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans, par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Par dérogation, la période de deux ans pour les assurés de plus de 16 ans est réduite à un an pour le renouvellement d'un équipement complet en cas d'évolution de la vue définie réglementairement constatée par prescription médicale ou par un opticien. La période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la vue définie réglementairement constatée par prescription médicale d'un ophtalmologiste. Aucun délai minimal n'est requis pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement et faisant l'objet d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La période de renouvellement est calculée à compter de la date du dernier achat d'équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur la période correspondant à son cas corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Correction laser de la myopie : la mutuelle peut prendre en charge, si les conditions particulières le prévoient, les honoraires de chirurgie laser.

- Dentaire : Pour les actes techniques, d'imagerie, de chirurgie, soins, prothèses, couronnes, implants dentaires et parodontologie acceptées par la sécurité sociale et selon conditions particulières prévues par la garantie, la mutuelle prend en charge les suppléments réclamés par les praticiens.

Pour les actes, soins, prothèses, implants, couronnes et parodontologie non pris en charge par la Sécurité Sociale, la mutuelle peut être amenée à participer au remboursement de certaines dépenses selon les conditions prévues par la garantie.

- **Auditif** : Dans le cadre des contrats responsables, les forfaits « auditifs » comprennent le montant du ticket modérateur et de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Ces forfaits sont fixés pour une prise en charge d'un équipement par oreille. Le renouvellement s'effectuera par période de 4 ans pour chaque oreille.
- **Orthodontie** : En complément des remboursements opérés par la Sécurité Sociale, la mutuelle peut accorder, selon les modalités fixées aux conditions particulières du contrat, des crédits, forfaits ou suppléments. De même, ces conditions peuvent prévoir la participation de la mutuelle aux traitements orthodontiques refusés par les régimes de Sécurité Sociale.
- **Hospitalisation** :
 - o Honoraires,soinsexamens:enfonctiondesdispositions prévues aux conditions particulières du contrat, et dans le respect des dispositions des contrats responsables, la mutuelle peut intervenir sur les dépassements pratiqués par certains praticiens, sans que la liste soit exhaustive : chirurgiens, médecins, spécialistes, anesthésistes, sages-femmes, etc., et ce, quelle que soit la nature de l'hospitalisation.
 - o Forfait journalier hospitalier : La mutuelle prend en charge le forfait journalier hospitalier fixé par les pouvoirs publics et selon les conditions particulières du contrat, et ce, quelle que soit la nature de l'hospitalisation. Dans le respect des dispositions des contrats responsables, ce forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée.
 - o Chambre particulière : la mutuelle peut intervenir sur les frais de chambre particulière. Les montants et modalités sont fixés aux conditions particulières du contrat.
 - o Frais d'accompagnement : selon les conditions particulières prévues au contrat, la mutuelle rembourse les frais d'accompagnement du Membre Participant et de ses ayants droit suivants: petit déjeuner, repas, couchage, **à l'exclusion des frais de téléphone ou autres**. Pour les établissements ne permettant pas l'hébergement de l'accompagnant d'un enfant, la mutuelle interviendra sur les frais d'hébergement d'hôtellerie proche du lieu de séjour de l'enfant **et dans les mêmes limites que celles prévues pour un hébergement intra-muros**.
 - o Services spécialisés : la prise en charge des frais de séjours en services spécialisés de repos, convalescence, psychiatrie, tabacologie, désintoxication, de placements médicaux sociaux, **est limitée par la garantie elle-même, s'ils ont donné lieu à un remboursement de la Caisse Obligatoire d'Assurance Maladie**. Elle n'est pas limitée lorsque cette limitation serait contraire aux dispositions du cahier des charges des contrats responsables.
- **Cures thermales** : la mutuelle peut accorder, selon les conditions particulières prévues au contrat, des suppléments, forfaits ou crédits. Ceux-ci permettent le remboursement de frais supplémentaires occasionnés lors d'une cure et notamment : dépassements d'honoraires, frais de séjours, sur présentation des justificatifs correspondants. De même, il peut être alloué, selon les conditions particulières du contrat, des frais d'accompagnant pour les enfants afin

de rembourser les frais de repas ou de couchage et sur présentation de justificatifs.

- **Transports cures thermales** : si les conditions particulières du contrat le prévoient, la mutuelle rembourse certains suppléments facturés lors des transports. Sauf disposition particulière prévue dans la plaquette de garanties, il est rappelé que le remboursement du transport et de l'hébergement sont conditionnés à une prise en charge de la Sécurité Sociale.
- **Maternité – Adoption – Mariage** : la mutuelle peut accorder, si les conditions particulières du contrat le prévoient, une prime lors de la naissance d'un enfant, dans la mesure où celui-ci est inscrit en tant qu'ayant-droit dans les deux mois qui suivent sa naissance, sous réserve que le contrat ait été souscrit avant la naissance de l'enfant. De même, une prime peut être accordée lors de l'adoption d'un enfant, dans la mesure où celui-ci est inscrit en tant qu'ayant-droit dans les deux mois où l'adoption a été reconnue par l'autorité judiciaire, sous réserve que le contrat ait été souscrit avant l'adoption de l'enfant. La mutuelle peut accorder, si les conditions particulières du contrat le prévoient, une prime lors du mariage d'un adhérent, sur présentation de l'acte de mariage. Cette aide peut être cumulée en cas de mariage de deux membres participants.
- **Médecine douce** : si les conditions particulières du contrat le prévoient, la mutuelle peut verser des crédits, forfaits ou suppléments pour tout acte de médecine douce. L'ensemble des spécialités reconnues comme de la médecine douce par la Mutuelle, quelle que soit la dénomination qui en est faite aux conditions particulières du contrat, est : l'ostéopathie, l'étiopathie, l'homéopathie, la diététique, la nutrition, la chiropractie, l'acupuncture aromathérapie, ayurveda, chromothérapie, craniothérapie, faciathérapie, hypnothérapie, kinésiologie, médecine traditionnelle chinoise, médecine quantique, méthode tomasis, naturopathie, oligothérapie, phytothérapie, réflexologie plantaire, shiatsu, yoga iyengar.
- **Éternelle Jeunesse** : si les conditions particulières du contrat le prévoient, la mutuelle peut verser des crédits, forfaits ou suppléments pour des traitements et stimulants liés aux déficits et dysfonctionnements sexuels. Sont considérés comme traitements ou stimulants tous les traitements éligibles sous appellation de médicaments selon LE VIDAL.
- **Automédication** : si les conditions particulières du contrat le prévoient, la mutuelle peut verser des crédits, forfaits ou suppléments pour tout acte d'automédication. Sont considérés comme de l'automédication : remboursement de tous les médicaments éligibles sous l'appellation médicament selon LE VIDAL ainsi que autotensiomètre, dépistage de l'infection urinaire (uritest), dépistage du sang dans les selles (hémocheck), mouche-bébé, patch anti-douleur, produit de prévention solaire (crème), sérum physiologique, test d'ovulation, test de grossesse, troubles du sommeil (crème), érythème fessier du nourrisson, médicaments homéopathiques, brossettes interdentaires, produit pour lentilles). Liste susceptible d'évolution.
- **Sport sur ordonnance ou ALD Sport** : si les conditions particulières le prévoient ;
- **Soins à l'étranger** : la prise en charge des remboursements liés à des soins effectués à l'étranger **est effectuée sous condition de prise en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou ses ayants-droits et sur la base du remboursement et selon le code fourni par la Sécurité Sociale et les tarifs de remboursements français. C'est-à-dire que le remboursement est identique quel que soit le type de prestation réalisé.**

Pour les pays en dehors de l'Union Européenne ou de l'accord sur l'Espace économique européen, le remboursement sera effectué dans la limite de 500 €/an et de la dépense engagée.

- Actes non remboursés par les régimes obligatoires : des dispositions particulières prévues aux contrats peuvent prévoir une prise en charge totale ou partielle des actes non remboursés par les régimes obligatoires.

Lorsque la garantie souscrite telle que figurant aux conditions particulières du contrat prévoit bien la prise en charge du soin, le ticket modérateur est intégralement remboursé pour les soins pris en charge préalablement par la Sécurité Sociale tels que prévus ci-dessus, **sous réserve des exclusions et limitations prévues par les contrats « responsables » (L 871-1 et R 871-1 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale).**

Article 31. Exclusions

Les prestations ne peuvent être versées si les prestations sont portées à la connaissance de la Mutuelle plus de deux ans après la date du soin considéré.

Les prestations ne peuvent être versées si la mutuelle a eu connaissance que les soins prodigués ont pour origine :

- **Les traitements, interventions à but esthétique (sauf s'ils sont pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale),**
- **Les soins à l'étranger non pris en charge par un régime de sécurité sociale français ou de l'Union Européenne,**
- **Les soins postérieurs à la date de fin de garanties en cas de résiliation ou d'exclusion,**
- **Les prix de journées au sein d'établissements de court, moyen ou long séjour (V60, V120, V240), de maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD), d'accueil de jour ou temporaire, ou de foyers de vie, de foyers à double tarification, de foyers d'hébergement, des établissements occupationnels (S.O.T – S.O.A. – A.O.T.) pour personnes handicapées, ou de maison d'accueil spécialisée (MAS).**
- **Les accidents occasionnés en milieu scolaire et pris en charge en totalité par un autre organisme d'assurance.**

Néanmoins, ces clauses d'exclusion ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par tout autre texte en vigueur relatif aux Contrats responsables ».

La preuve de l'exclusion incombe à la Mutuelle.

Sous-section 3 – Modalités de prise en charge

Article 32. Délais de carence

La mutuelle dispose de la faculté de pratiquer un délai de carence, selon les garanties souscrites et comme précisé sur les plaquettes de garanties, délai de carence à l'expiration duquel le droit aux prestations prend effet.

Ces délais de carence ne sont pas applicables en cas de changement de contrat et ne doivent pas limiter les garanties issues de la réglementation du contrat responsable.

Article 33. Règles générales

33.1– Pièces à fournir

Sauf procédure de télétransmission effective ou de tiers payant intégral, les remboursements de prestations sont effectués sur présentation de décomptes de Sécurité Sociale

adressés aux assurés sociaux, éventuellement du décompte d'un organisme complémentaire si la mutuelle intervient en deuxième assureur, accompagné des justificatifs suivants :

- Honoraires chirurgien, anesthésiste, spécialiste, transport, appareillage, cure, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, optique, frais d'accompagnant : facture acquittée,
- Prothèse dentaire refusée Sécurité Sociale : facture nominative acquittée + attestation du chirurgien-dentiste indiquant précisément la nature des soins, prothèses, appareils.
- Orthodontie refusée : facture nominative acquittée + attestation du praticien indiquant la nature de la pathologie nécessitant son intervention.
- Prime à la maternité : acte de naissance ou copie du livret de famille.
- Prime de mariage : acte de mariage

Lorsque les frais de santé ont été réglés en tiers payant partiel, l'adhérent a avancé les frais correspondant à la part prise en charge par la mutuelle. Pour obtenir le remboursement l'adhérent doit informer la Mutuelle de cette dépense, en lui fournissant soit :

- La facture acquittée,
- Le décompte de Sécurité sociale qui mentionne la dépense concernée
- Une demande indiquant impérativement : le type de dépense de santé, la date de la dépense, le montant acquitté et le nom du professionnel de santé.

Les prestations seront remboursées si les soins ont été terminés durant la durée de couverture de votre contrat. Ainsi, les dates retenues pour permettre le remboursement des prestations sont :

- 1/ Soins télétransmis ou en tiers payant intégral ou partiel :
 - Pour les soins uniques : la date de soin telle que transmise par la sécurité sociale
 - Pour les actes ou soins continus ou qui relèvent d'un même traitement : réalisation du dernier acte présenté à remboursement ou la date de fin des soins telle qu'indiquée par la sécurité sociale ;
- 2/ Soins non pris en charge par la sécurité sociale :
 - Concernant les soins uniques : la date de soin telle qu'indiquée par le praticien sur la facture ;
 - Concernant les actes ou soins continus ou qui relèvent d'un même traitement : réalisation du dernier acte présenté à remboursement ou la date de fin des soins indiquée le praticien sur la facture.

33.2– Droit de contrôle

En cas de suspicion de fraude caractérisée, la Mutuelle peut :

- Vérifier la conformité, l'existence, la cohérence et la proportionnalité des soins ;
- Effectuer des contrôles sur pièces de manière proportionnée au risque ;

- Demander un contrôle médical par tout professionnel agréé. En cas de contrôle agréé, l'adhérent a la faculté de se faire assister lors du contrôle par un médecin de son choix et d'être prévenu des modalités d'examen demandés par la Mutuelle ou d'opposer les conclusions de son propre médecin traitant.

- Demander toute pièce justifiant exclusivement de l'existence de la dépense et de son remboursement par le régime obligatoire. Elle peut demander la transmission de toute pièce, le cas échéant à l'attention du médecin conseil sous pli cacheté avec la mention « confidentiel » de nature à éclairer sa décision de prise en charge.

En cas de refus de mauvaise foi de fournir les justificatifs ou de se soumettre au contrôle, ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale

de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, ce refus pourra être interprété comme une réticence ou omission pouvant entraîner l'exclusion de l'adhérent ou la nullité des garanties.

En cas de désaccord entre l'adhérent et la Mutuelle, les parties intéressées peuvent choisir un médecin expert. À défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du Tribunal Judiciaire territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. La Mutuelle et l'adhérent supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination du médecin. L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors un caractère obligatoire pour la Mutuelle et l'adhérent.

Section 2 – Les autres prestations assurées par la Mutuelle

Article 34. Prévention

Dans le cadre de ses activités, la mutuelle propose à ses adhérents des actions de prévention. Celles-ci ont pour but de sensibiliser les membres participants à la prévention des risques de santé. Les membres participants sont informés des actions entreprises, des services mis à leur disposition à cet effet, des partenariats conclus avec certains organismes, des prestations spécifiques auxquelles ils ont droit.

Pour ce type de prestations non prises en charge par les régimes obligatoires, le membre participant doit fournir à la mutuelle une facture acquittée.

Les prestations ne peuvent être versées si la mutuelle a eu connaissance que les soins prodigués ont pour origine l'un des cas d'exclusion visés à l'article 31 du présent règlement mutualiste.

Article 35. Secours exceptionnel

La mutuelle peut, sur un budget spécifique que détermine annuellement l'Assemblée Générale, accorder des secours aux adhérents et à leurs ayants droit, à jour de leurs cotisations.

Tout adhérent rencontrant des difficultés particulières ou qui a besoin soit de soins indispensables et coûteux, soit de traitement lourd, peut faire parvenir à La Mutuelle une demande de secours. Les demandes sont examinées par une Commission spécifique composée d'élus mutualistes qui statue sur le dossier constitué auprès des services administratifs, auquel sont joints les justificatifs des ressources de la famille, des dépenses engagées et de leur motivation.

Les pièces justificatives à joindre à la demande de secours sont :

- Une lettre de motivation envoyée par courrier ou déposée à l'accueil du siège ou d'une agence de la Mutuelle.
- Copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition.
- Factures acquittées ou devis et éventuellement décomptes du régime obligatoire.
- Copie des décisions d'accord ou de refus d'autres organismes et sans que la liste soit exhaustive : CPAM, CARSAT, Conseil Général, CAF, Caisses de retraites, MDPH, etc.
- Et éventuellement tout autre document relatif à la situation financière du membre participant et notamment attestation d'indemnités Pôle Emploi, etc.

Le paiement des secours exceptionnels se fait uniquement sur factures acquittées par chèque bancaire libellé à l'ordre de l'adhérent après avis favorable de la commission chargée de l'étude du dossier. À titre exceptionnel, le paiement peut

être effectué directement soit aux Centres Hospitaliers soit aux Professionnels de Santé.

Cette prestation revêt un caractère exceptionnel pour des besoins urgents, et notamment, de façon non exhaustive : maladie grave ou prolongée, blessure, accident, aide à un handicapé, décès d'un ayant droit. Une Commission est chargée d'examiner les demandes.

En tout état de cause, la Mutuelle ne peut intervenir que lorsque tous les recours gracieux auprès d'autres organismes ont été épuisés et notamment, sans que la liste soit exhaustive : régimes obligatoires, Caisses d'Allocations Familiales, collectivités locales ou territoriales, Caisses de Retraite, MDPH, etc.

Article 36. Garantie forfaitaire hospitalière

La mutuelle offre à ses adhérents la possibilité de souscrire à une garantie d'indemnités forfaitaires hospitalières accessoire au contrat principal de complémentaire santé. Cette garantie a pour objet de verser une indemnité forfaitaire au bénéficiaire hospitalisé pour chaque jour d'hospitalisation, selon les conditions définies au contrat. La souscription à cette garantie est facultative. Sa résiliation est automatique au jour de la radiation ou de la résiliation du contrat principal de complémentaire santé.

Article 37. Garantie Obsèques - Garantie Décès

La garantie Obsèques ou Décès est une garantie incluse dans certains contrats individuels et collectifs. Elle est dépendante de la souscription du contrat complémentaire santé dans lequel elle est incluse. Elle ne peut pas être souscrite seule.

En cas de changement de garantie, si la nouvelle garantie ne comporte pas d'option Obsèques ou Décès, la garantie Obsèques ou Décès précédemment souscrite cesse de produire ses effets sans indemnité ni remboursement pour le membre participant. Elles ne font pas l'objet de rachat.

Ces garanties couvrent la tête du membre participant et celle de ses ayants droit déclarés à la Mutuelle sur le Bulletin d'adhésion et selon ce qui est inscrit dans la grille de garanties.

37.1 - Nature des garanties

Garantie Obsèques :

La garantie obsèques assurée par la Mutuelle consiste, en cas de décès, dans le versement d'une indemnité aux bénéficiaires désignés soit selon la clause type incluse au règlement mutualiste, soit choisis par le membre participant. **Ce capital est versé dans le but exclusif de financer les obsèques du défunt à l'exclusion de toute autre utilisation**, sauf pour l'éventuel surplus. **Toutefois, le capital garanti pourrait ne pas être suffisant pour couvrir le coût des obsèques.**

Sont bénéficiaires de cette garantie, à défaut de désignation autre (en tant que bénéficiaire de premier ou de second rang) :

- La personne physique qui a financé les obsèques du souscripteur à hauteur des frais engagés.
- Ou à défaut, l'entreprise de pompes funèbres ayant pris en charge les obsèques du souscripteur **dans la limite des frais engagés.**
- Et pour le surplus :
 - Le conjoint marié ou pacsé au moment du décès du souscripteur du contrat (à condition qu'aucune décision de divorce ou de rupture de pacs définitive ne soit intervenue).
 - À défaut, les enfants de la personne décédée nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux,

la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'entre eux sans descendant.

- À défaut, les héritiers ou ayant-droit de la personne décédée.

Si le membre participant ne souhaite pas que l'indemnité obsèques soit versée selon la clause type ci-dessus, il peut procéder à la désignation de tout autre bénéficiaire. Il est conseillé de désigner systématiquement de manière subsidiaire « à défaut les héritiers ou ayants droit de la personne décédée » et d'indiquer « ayant procédé au financement de mes obsèques » ou « uniquement aux fins de financement de mes obsèques ». Cette désignation peut être faite au bulletin d'adhésion ou ultérieurement par avenant à l'adhésion. Cette désignation peut être faite par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le bénéficiaire est désigné, le membre participant peut indiquer les coordonnées de ce dernier qui seront alors utilisées par la mutuelle en cas de décès. Le membre participant peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Toutefois, si le bénéficiaire nommément désigné a accepté la désignation faite à son profit, cette désignation devient irrévocable et la personne assurée ne peut plus procéder à un changement de celle-ci. Le membre participant reconnaît et accepte que tout bénéficiaire désigné puisse renoncer au bénéfice de la garantie. En conséquence, le capital garanti sera attribué en fonction de la rédaction de la clause, soit aux autres bénéficiaires de même rang, soit aux bénéficiaires subséquents, soit aux représentants du renonçant. Si la clause-type est applicable, l'attribution est effectuée au(x) représentant(s) du renonçant, à défaut, aux bénéficiaires de même rang, à défaut aux bénéficiaires de rang subséquent.

Conformément à l'article L.223-16 du code de la mutualité, le membre participant reconnaît et accepte que tout bénéficiaire désigné puisse céder le bénéfice de la garantie à toute personne de son choix dans les conditions de l'article 1690 du code civil.

Conformément aux dispositions de l'article L.223-5 du code de la mutualité, l'assurance en cas de décès ne peut être contractée sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation. Toute adhésion réalisée en violation de cette prohibition est nulle. Aucun capital ni aucune indemnité obsèques ne pourra être versé par la mutuelle dans ce cas. De même, une garantie en cas de décès ne peut être contractée sur la tête d'un mineur parvenu à l'âge de 12 ans sans l'autorisation de ses parents investis de l'autorité parentale, son tuteur ou curateur et sans le consentement personnel du mineur.

Garantie Décès :

La garantie décès assurée par la Mutuelle consiste dans le versement d'un capital décès aux bénéficiaires désignés soit selon la clause type incluse au règlement mutualiste, soit nommément désignés par le membre participant en cas de décès. Ce capital est librement utilisable par le bénéficiaire désigné. Elle est proposée en complément de la souscription d'un contrat complémentaire santé.

Sont bénéficiaires de cette garantie, à défaut de désignation autre (en tant que bénéficiaire de premier ou de second rang) :

- Le conjoint marié ou pacsé au moment du décès du souscripteur du contrat (à condition qu'aucune décision de divorce ou de rupture de pacs définitive ne soit intervenue)
- À défaut, les enfants de la personne décédée nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de

décès de l'un d'entre eux sans descendant.

- À défaut, les héritiers ou ayants droit de la personne décédée par parts égales.

Si le membre participant ne souhaite pas que le capital décès soit versé selon la clause type ci-dessus, il peut procéder à la désignation de tout autre bénéficiaire. Il est conseillé de désigner systématiquement de manière subsidiaire « à défaut les héritiers ou ayants droits de la personne décédée ». Cette désignation peut être faite au bulletin d'adhésion ou ultérieurement par avenant à l'adhésion. Cette désignation peut être faite par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le bénéficiaire est désigné, le membre participant peut indiquer les coordonnées de ce dernier qui seront alors utilisées par la mutuelle en cas de décès. Le membre participant peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Toutefois, si le bénéficiaire nommément désigné a accepté la désignation faite à son profit, cette désignation devient irrévocable et la personne assurée ne peut plus procéder à un changement de celle-ci.

Le membre participant reconnaît et accepte que tout bénéficiaire désigné puisse renoncer au bénéfice de la garantie. En conséquence, le capital garanti sera attribué en fonction de la rédaction de la clause, soit aux autres bénéficiaires de même rang, soit aux bénéficiaires subséquents, soit aux représentants du renonçant. Si la clause-type est applicable, l'attribution est effectuée au(x) représentant(s) du renonçant, à défaut, aux bénéficiaires de même rang, à défaut aux bénéficiaires de rang subséquent.

Conformément à l'article L.223-16 du code de la mutualité, le membre participant reconnaît et accepte que tout bénéficiaire désigné puisse céder le bénéfice de la garantie à toute personne de son choix dans les conditions de l'article 1690 du code civil. Conformément aux dispositions de l'article L.223-5 du code de la mutualité, l'assurance en cas de décès ne peut être contractée sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation. Toute adhésion réalisée en violation de cette prohibition est nulle. Aucun capital ni aucune indemnité obsèques ne pourra être versé par la mutuelle dans ce cas. De même, une garantie en cas de décès ne peut être contractée sur la tête d'un mineur parvenu à l'âge de 12 ans sans l'autorisation de ses parents investis de l'autorité parentale, son tuteur ou curateur et sans le consentement personnel du mineur.

37.2 - Souscription et Durée de la garantie

La garantie décès ne peut être souscrite par un adhérent de plus de 70 ans.

Le droit aux garanties décès et obsèques ne prend effet qu'à l'expiration d'un délai de 12 mois à compter de la prise d'effet de la garantie décès ou obsèques à la mutuelle.

Les garanties obsèques et décès assurées par la Mutuelle Just sont temporaires et annuelles du 1er janvier au 31 décembre. La reconduction ou la suppression de ces garanties est décidée chaque année par l'Assemblée Générale de la mutuelle.

37.3 - Résiliation de la garantie

La résiliation peut être demandée par le membre participant par lettre recommandée avec accusé de réception ou en se connectant sur son espace personnel adhérent dans l'onglet « résiliation », moyennant le respect d'un délai de deux mois avant la date de reconduction du contrat.

La garantie décès cesse aussi dès qu'il y a résiliation du contrat complémentaire santé auquel elle est associée et

en cas de changement de garantie si la nouvelle garantie ne comporte pas d'option Obsèques ou Décès.

37.4 - Risques exclus

Le capital décès et l'indemnité obsèques ne sont pas versés par la mutuelle :

- Si la personne décédée s'est donné volontairement la mort au cours de la première année suivant la date de prise d'effet de l'adhésion ;

- Si le décès a pour origine :

- **l'usage de drogue, médicament ou tranquillisant non prescrits médicalement ;**
- **la pratique de sports à titre professionnel ou amateur utilisant des engins à moteur, engins volants, parachutisme, alpinisme de haute montagne, spéléologie, plongée sous-marine ;**
- **la manipulation volontaire, la détention ou l'utilisation d'engins de guerre ;**
- **la participation volontaire à des paris, duels ;**
- **la participation volontaire à des manifestations populaires, rixes (sauf légitime défense constatée) ;**
- **la guerre civile ou étrangère ;**
- **la manipulation, le transport de combustibles nucléaires ou déchets radioactifs, ou son explosion**
- **un engin destiné à exploser par suite de la transmutation ou de la désintégration du noyau de l'atome.**

Par ailleurs, la garantie cesse ses effets à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré.

37.5 - Paiement de l'indemnité

Le paiement de l'indemnité obsèques et/ou du capital décès par la mutuelle intervient après réception par la mutuelle des pièces justificatives demandées et ce dans un délai maximum de un mois à compter de la réception de ces pièces.

Les pièces demandées sont :

Concernant le défunt :

- Un acte de décès
- Le certificat médical de mort naturelle OU le constat de décès précisant la cause du décès OU si la mort est accidentelle : le procès-verbal de gendarmerie

Pour le(s) bénéficiaire(s) désignés :

- La photocopie de la pièce d'identité recto-verso en cours de validité du ou des bénéficiaires/héritiers ou l'extrait d'immatriculation de la personne morale
- Le cas échéant, le jugement de tutelle du bénéficiaire
- Le RIB de chaque bénéficiaires/ héritiers/ pompes funèbres
- Si un des bénéficiaires souhaite renoncer au bénéfice du capital : la renonciation au capital décès/à la garantie obsèques
- En cas de paiement à un seul des bénéficiaires : Une attestation de porte-fort au profit d'un seul bénéficiaire

Des documents complémentaires pourront être demandés notamment en cas d'absence de désignation nominative de bénéficiaires, en cas de paiement aux pompes funèbres, en cas de demande de paiement à un seul bénéficiaire.

CHAPITRE 4 – Dispositions diverses

Article 38. Prescriptions

Conformément à l'article L221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le titre II : « Opérations des mutuelles et des unions. (Articles L221-1 à L227-1) » du Livre II du Code de la mutualité sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court,

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque connu, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;

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

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

La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant, pour les engagements dont l'exécution dépend de la vie humaine, ou qui ont pour but le versement d'un capital en cas de mariage ou naissance, et lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé pour les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes (article L.221-11 du Code de la Mutualité).

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant. (L.932-13)

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 résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L.221-12 du Code de la Mutualité).

Article 39. Nullités

Selon les dispositions de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration dénature le caractère aléatoire du risque, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

Par dérogation en matière d'assurance décès, l'erreur sur l'âge du membre participant n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve, lors de l'adhésion en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les règlements de la mutuelle.

Dans tout autre cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital garanti est réduit en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable du membre participant. Si, au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge du membre participant, une cotisation trop forte a été payée, la mutuelle est tenue de restituer la portion de cotisation qu'elle a reçue en trop sans intérêt.

En application de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, pour les opérations individuelles et collectives facultatives,

l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi ou le caractère intentionnel n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

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

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

Article 40. Litiges et réclamations

40.1- Réclamations

Ne sont pas des réclamations : une demande d'information ou de clarification, une demande de service ou de prestation. Une réclamation est une action manifestant un mécontentement sur le traitement de vos demandes.

Votre réclamation peut concerner :

- Mes cotisations (encaissement, tarif)
- Mes prestations (remboursements, licence sportive, forfaits optique auditif ou dentaire)
- Ma souscription (changement de garantie, offre commerciale)
- La gestion de mon contrat (carte tiers payant, changements d'adresse ou de RIB, liaison Noémie...)
- Ma radiation (modalités de radiation, radiation d'un bénéficiaire)
- Autre sujet (parrainage, prévoyance ou autre)

En cas de réclamation, nous vous remercions de formuler votre demande auprès de **votre conseiller commercial** habituel ou de **notre centre d'appel au 0 809 546 000**.

En cas de persistance de votre réclamation, vous pouvez saisir **notre service réclamations** par écrit :

- Soit par le biais de notre formulaire de contact sur le site institutionnel : <https://www.just.fr/contact>,
- Soit par le biais de notre formulaire de réclamation dédié sur votre espace adhérent,
- Soit par courrier postal à l'adresse du siège « Mutuelle Just – Service réclamations, 53 avenue de Verdun, BP30259, 59306 Valenciennes Cedex. »

Un retour vous est adressé dans les 10 jours ouvrables soit pour réponse à votre demande, soit pour confirmation de la bonne réception et traitement de votre demande. La Mutuelle Just s'engage à formuler une réponse dans les 30 jours qui suivent la réception de la réclamation.

En cas de désaccord avec la réponse du service réclamations, vous pourrez saisir la **Commission « Statuts, Veille Juridique, Conflits, Elections »** par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse du siège de notre mutuelle : 53 avenue de Verdun, CS30259, 59306 Valenciennes Cedex.

La commission se réunit dans les trois mois de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception et transmet sa réponse dans un délai maximum de 10 jours après la réunion par lettre recommandée avec accusé de réception. Le

requérant peut demander à être entendu par la commission s'il le souhaite.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les actions de prévention ou les secours exceptionnels doit parvenir à la mutuelle dans un délai de deux ans à compter de la date de paiement ou de la décision de refus de paiement par la mutuelle.

Pour les autres prestations de la mutuelle sont applicables les délais de prescription de l'article L 221-11 du Code de la Mutualité tels qu'énoncés à l'article 38 du règlement mutualiste.

Si le désaccord persiste, vous pouvez saisir les **juridictions compétentes** ou recourir à la **médiation**.

40.2- Médiation

Pour favoriser la résolution amiable et confidentielle des litiges qui opposent Mutuelle Just à ses adhérents, la Mutuelle Just a mis en place une procédure de médiation régie par les dispositions du Code de la consommation relatif au règlement des Litiges (articles L.611-1 à L 616-3 et articles R.612-1 à R 616-2 du même code). La médiation a pour objectif de proposer l'intervention d'un tiers indépendant et impartial.

Notre médiateur est compétent pour examiner les litiges concernant l'application des garanties assurées par la Mutuelle Just.

Le médiateur est chargé d'analyser les éléments du dossier. Il peut solliciter éventuellement l'intervention d'un expert ou demander des compléments d'information. Il peut demander à rencontrer les parties ensemble ou séparément.

Vous n'êtes en aucun cas obligé de saisir le médiateur avant de saisir le juge.

Vous pouvez à tout moment vous retirer du processus de médiation.

Conformément à l'article L612-1 du Code de la Consommation, nous vous garantissons le recours à notre dispositif de médiation mis en place par la **FNIM**.

Notre médiateur est impartial et indépendant (ce n'est ni un administrateur, ni un salarié, ni un adhérent de la Mutuelle Just). Il aide à trouver une solution au litige qui oppose la Mutuelle Just à l'adhérent en émettant des propositions.

Vous pouvez saisir gratuitement notre médiateur CMAP :

- Via le **formulaire à disposition sur le site du CMAP** à l'adresse www.cmap.fr/consommateurs, ou
- Par courrier postal à l'adresse **CMAP – Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin D. Roosevelt, 75008 Paris**.

Votre demande doit impérativement préciser l'objet du litige et vous devez fournir toutes les pièces du dossier comme indiqué dans le formulaire de saisine. À défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

L'adhérent, l'un de ses ayants droit, un bénéficiaire désigné sur le bulletin d'adhésion peuvent saisir le médiateur.

Un litige peut être examiné par le médiateur uniquement lorsque :

- L'Adhérent justifie avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle Just par une réclamation écrite selon l'ensemble des modalités prévues ci-avant ;

- L'adhérent a introduit sa demande moins d'un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle Just ;
- La demande n'est manifestement pas infondée ou abusive ;
- Le litige n'a pas été précédemment examiné ou n'est pas en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ;
- Le litige n'est pas dans la liste des litiges exclus.

Ne sont pas concernés par la médiation :

- Les litiges qui ne relèvent pas du Code de la consommation ;
- Les litiges liés à l'application de la garantie d'un assureur ou d'une mutuelle auprès duquel la Mutuelle Just a souscrit ;
- Les litiges concernant la politique tarifaire de la Mutuelle Just définie en Assemblée Générale et en Conseil d'Administration ;
- Les litiges concernant les procédures de recouvrement des cotisations.

Notre médiateur est saisi dans les 5 jours ouvrés de la saisine du CMAP et vous informe dans un délai de trois semaines à compter de la réception du dossier s'il rejette ou non votre demande de médiation. Si le dossier est recevable, le médiateur vous adresse un courrier simple ou un courrier électronique pour vous en informer expressément.

À défaut d'accord entre vous et la Mutuelle Just, le médiateur rédige et notifie une proposition visant à résoudre le litige dans les **90 jours maximum de sa saisine**. De manière exceptionnelle, dans le cas où ce délai s'avère insuffisant, le médiateur peut le prolonger en informant les parties de façon motivée.

Les parties ont un délai de **15 jours pour accepter ou refuser** la proposition du médiateur en complétant le formulaire adéquat. Il est précisé que l'absence de réponse vaut refus de cette proposition.

La procédure de médiation s'arrête :

- En cas de décision de l'une ou l'autre des parties de se retirer du processus de médiation de la consommation ;
- En cas d'acceptation de la proposition de solution de médiation par les deux parties, ou de refus, implicite ou explicite, de cette proposition par l'une au moins d'entre elles.

Le médiateur acte les acceptations ou refus dans un constat de clôture de la médiation qui est adressé aux parties.

Article 41. Subrogation

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

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

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments du préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social pour les prestations dues par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

Article 42. Organisme de contrôle

La Mutuelle, en raison de sa vocation statutaire, exerce son activité sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) instituée aux articles L.510-1 et suivants du code de la mutualité.

Article 43. Protection des données

Les informations recueillies par la Mutuelle et par Santé Just en tant que Responsable de traitement, pour vous fournir les prestations font l'objet de traitements par la Mutuelle Just dans le respect de la Loi du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, entré en application le 25 mai 2018.

Lorsque nécessaire, il est indiqué au moment de leur collecte si ces informations sont obligatoires ou facultatives.

Ces traitements ont pour finalités :

- La passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance y compris les prestations et les cotisations ;
- La mise en place d'actions de prévention ;
- La gestion des adhérents et la prospection commerciale ;
- L'envoi de newsletters ;
- La réponse aux demandes qui sont adressées à la Mutuelle via le formulaire de contact du Site ;
- L'amélioration du service à l'adhérent ;
- La mise en place et la gestion du Tiers-Payant ;
- Les études statistiques, enquêtes et sondages ;
- Les études actuarielles ;
- Le développement des produits ;
- La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- La lutte contre la fraude (y compris par profilage) ;
- L'enregistrement des appels téléphoniques de souscription ;
- La réalisation de la maintenance et la préservation de la sécurité du Site et des outils ;
- La réponse à vos demandes sur les réseaux sociaux ;
- La gestion des accès au Site et à ses fonctionnalités, et/ou la fourniture des services que demandés grâce à des cookies et autres traceurs ;
- L'enregistrement des appels entrants (sauf opposition) aux fins d'amélioration des services, d'évaluation des collaborateurs de Just et de contrôles de niveau 1 et 2 ;
- Le traitement et la réponse aux demandes concernant l'exercice des droits des personnes concernées listés ci-après ;
- La gestion des obligations légales au titre de la Loi Eckert pour les garanties décès et les indemnités obsèques.

Les traitements listés ci-dessus reposent sur au moins l'un des fondements légitimes suivants :

- L'exécution d'un contrat auquel le Membre Participant ou le Souscripteur est partie ou l'exécution de mesures pré-contractuelles prises sur demande ;
- Le respect d'une obligation légale à laquelle le responsable de traitement est soumis, notamment pour la lutte contre

la fraude ou le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, ou le traitement de vos données de santé pour régler vos prestations ainsi que l'enregistrement des conversations téléphoniques conformément au décret du 17/01/2022 et les traitements relatifs à la Loi Eckert ;

- L'intérêt légitime poursuivi par le responsable de traitement notamment la réponse aux demandes de devis, la prospection commerciale téléphonique et postale, l'actuariat, le développement ou la lutte contre la fraude, les actions de prévention, les études statistiques, le maintien et la sécurité du Site et des outils, les cookies fonctionnels, les enregistrements téléphoniques entrants ;
- Le consentement par exemple pour les communications commerciales électroniques ou lorsque la Mutuelle utilise des cookies.

Les données collectées et traitées :

Une Donnée Personnelle est toute information relative à une personne physique identifiée ou identifiable. Les Données Personnelles recueillies suivantes :

- Les informations personnelles fournies telles que les prénom, nom, civilité, adresse postale, adresse électronique, date de naissance, téléphone, noms et dates de naissance des ayants droits ainsi que toutes les pièces fournies en cas de demande de devis ou d'adhésion, de rendez-vous ou de règlement de prestations, les enregistrements téléphoniques et données techniques des appels ;
- Le contenu des messages et/ou des demandes que envoyées, en ce compris le cas échéant, des informations relatives aux contrats, cotisations, prestations pouvant inclure des données de santé ;
- Les informations concernant l'inscription ou non aux newsletters électroniques de la Mutuelle ;
- En cas de navigation sur le Site des informations liées à la navigation, à la fréquentation des pages du Site, telles que décrites dans la Politique de Gestion des Cookies peuvent être collectées ;
- Les conversations téléphoniques uniquement lorsqu'elles sont aux fins de souscription à un contrat de complémentaire santé.

Les destinataires des données personnelles sont :

- Les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, les services développement, marketing et communication, le service informatique et technique, le service comptabilité, les fonctions clés, les personnes en charge du contentieux de la Mutuelle ;
- Les sous-traitants (notamment hébergeur, tiers-payant, logiciel marketing, l'envoi des emails et sms, maintenance informatique, signature électronique, envoi des courriers postaux, experts, avocats, auxiliaires de justice, officiers ministériels, agents de recherche privée, professionnels de santé, médecin-conseil, organismes sociaux) et s'il y a lieu les intermédiaires en assurance, délégataires de gestion, assureurs tiers, coassureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garantie ;
- L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA), l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et les autres organismes de contrôle ;
- Les tiers autorisés comme la Caisse des Dépôts et Consignations ;
- Les autorités de police dans le cadre des réquisitions judiciaires concernant la lutte contre la fraude ;
- Les personnes intéressées au Contrat : membre participant, bénéficiaires, ayants-droits, souscripteurs,

héritiers, tuteurs, curateurs et plus généralement tous représentants légaux dans la limite les concernant.

Les données ne sont transférées en dehors de l'Union Européenne que lorsque c'est nécessaire à l'exécution de votre contrat, l'envoi de messages électroniques ou pour certains cookies avec les mesures adéquates.

Durée de conservation :

Les données sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles et autres obligations légales, notamment en matière de délai de prescription. Pour cela, la Mutuelle dispose d'un Référentiel de durée de conservation dont certaines durées de conservation sont reproduites ci-dessous :

- Données marketing adhérents /prospect : 3 ans après le dernier contact ou la fin de la relation
- Demande de souscription n'ayant pas abouti : 3 ans après le dernier contact
- Enregistrement des conversations téléphoniques : 2 ans à compter de la signature du contrat – 1 mois après un devis n'ayant pas abouti
- Enquête de satisfaction : 5 ans après la récolte de l'avis
- Détail des prestations (décompte sécurité sociale) : 2 ans et un trimestre à l'issue de la prestation
- Contrat adhérent : 10 ans après la fin de la relation
- Gestion des droits informatiques et libertés : 2 ans après la clôture du dossier
- Contentieux : 5 ans après la clôture du dossier
- Factures : 10 ans
- Lutte contre la fraude : 3 ans
- CV : 2 ans à compter du dernier contact du candidat non retenu
- Gestion du personnel et paie : 5 ans après la fin du contrat de travail.
- Enregistrement des appels entrants : 6 mois – rapports d'analyse : 1 an ;
- Enregistrement des logs de sécurité : 6 mois ;
- Données relatives à la Loi Eckert pour les garanties décès et indemnités obsèques : 30 ans après le décès.

L'exercice des droits des personnes concernées :

Les personnes concernées disposent sur leurs données des droits :

- D'accès,
- De rectification,
- D'effacement,
- De limitation,
- De portabilité.

Elles disposent également du droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel les concernant à des fins de prospection commerciale, y compris le profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection. Lorsque le consentement a été recueilli pour le traitement de certaines données, il peut être retiré à tout moment.

Enfin, la personne concernée a la possibilité de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique via le site Bloctel. Néanmoins, la Mutuelle pourra toujours téléphoner dès lors que qu'un contrat est en vigueur ou en cas de demande de contact.

L'ensemble de ces droits peut être exercé auprès de la Mutuelle :

- Par mail : dpo@just.fr

- Par courrier : Mutuelle Just à l'attention du Délégué à la Protection des Données, 53 avenue de Verdun, CS30259, 59306 Valenciennes Cedex.

Réclamation auprès de la CNIL :

En cas de désaccord persistant concernant le traitement des données personnelles, la personne concernée a le droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : CNIL 3 Place de Fontenoy- TSA 80715-75334 Paris Cedex 07.

Données de santé :

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au Membre Participant (ou le cas échéant aux ayants droit), selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du code de la santé publique.

En souscrivant vous consentez expressément à ce que la Mutuelle traite vos données de santé aux fins de paiement de vos prestations et de lutte contre la fraude.

Article 44. Loi applicable au contrat

La loi française régit les relations contractuelles et précontractuelles.

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

TITRE III – RELATIONS DANS LE CADRE DES RISQUES NON-ASSURÉS PAR LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 – Forme de l'adhésion

Article 45. Modalités de souscription et d'exécution du contrat

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

Lorsqu'elle intervient en qualité d'intermédiaire mutualiste, la mutuelle transmet à la souscription les notices, conditions particulières et tous autres documents contractuels en provenance de l'assureur.

Lorsque la mutuelle gère le contrat pour le compte d'un assureur tiers, sans en assurer le risque, l'assureur est tenu de transmettre au signataire du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, les notices, conditions particulières et tous autres documents contractuels prévus par les dispositions légales ou réglementaires qui régissent ses activités d'assureur des risques.

La mutuelle ne pourrait être tenue pour responsable du contenu desdits documents.

Seule la responsabilité de la mutuelle peut être reconnue dans les cas suivants :

- Dans la mesure où elle n'aurait pas distribué le contrat tel que le prévoit l'assureur ;
- Dans l'hypothèse où elle gère le contrat pour le compte du tiers, dans la mesure où elle n'aurait pas exécuté les contrats, telle que le prévoit l'assureur des risques.

Article 46. Adhésion

Pour des risques ou prestations servis non assurés par la mutuelle, la notice d'information et les conditions particulières sont remises à l'adhérent. Ces documents reprennent les prestations auxquelles il a droit.

Comme pour les adhérents bénéficiant des risques assurés par la mutuelle, l'adhésion à La Mutuelle entraîne automatiquement l'adhésion à la mutuelle Santé Just, mutuelle dédiée à La Mutuelle Just et soumise aux dispositions du livre III du code de la mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 442.599.312, sans possibilité pour l'adhérent de se soustraire à cette seconde adhésion.

CHAPITRE 2 – Les prestations

Article 47. Assistance et Protection Juridique Santé

La mutuelle souscrit, au profit de ses adhérents, une garantie assistance vie quotidienne ainsi qu'une protection juridique santé, dont les modalités figurent dans une notice remise à chaque membre participant lors de son adhésion et établie par l'assureur du risque.

Elle permet aux adhérents en difficulté, par suite de maladie ou d'accident notamment, de bénéficier d'aide en nature ou en espèces ou d'une assistance juridique santé. Dans ce cas, **la Mutuelle n'est pas responsable de l'assurance des risques ou de la constitution des avantages relatifs à ces prestations. La notice détermine les conditions pour bénéficier de ces prestations et les limites des garanties octroyées.**

Article 48. Décès, obsèques

Lorsque sa politique de souscription le prévoit, et sous réserve de la présence d'accords de distribution valides, la mutuelle peut proposer la souscription de garanties décès ou allocation obsèques pour lesquelles elle n'assure pas directement les risques. À ce titre, en tant qu'intermédiaire mutualiste, la mutuelle remet aux membres participants ayant souscrit ces prestations une notice, élaborée par l'assureur des risques, indiquant les droits et obligations des membres participants, de la mutuelle et de l'assureur.

Article 49. Prévoyance

Lorsque sa politique de souscription le prévoit, et sous réserve de la présence d'accords de distribution valides, la mutuelle peut proposer, en tant qu'intermédiaire mutualiste, la souscription de contrats de prévoyance pour lesquels elle n'assure pas les risques. L'étendue des garanties, les modalités d'exécution du contrat sont reprises dans une notice établie par l'assureur du risque que la mutuelle remet au souscripteur.

Article 50. Prestations santé

Lorsque sa politique de souscription le prévoit, et sous réserve de la présence d'accords de distribution valides, la mutuelle peut, pour le compte d'autres organismes d'assurances, gérer totalement ou partiellement des prestations santé. Dans ce contexte précis, le niveau des prestations servies ainsi que les modalités de versement sont fixées par l'assureur du risque qui en informe ses assurés par la remise d'une notice lors de la souscription.

Article 51. Autres prestations

Lorsque sa politique de souscription le prévoit, et sous réserve de la présence d'accords de distribution valides, la mutuelle peut, pour le compte d'organismes d'assurance ou de l'Économie Sociale, gérer totalement ou partiellement des prestations dans les limites éventuelles fixées par les dispositions légales. L'assureur des prestations informe ses assurés ou sociétaires du niveau de prestations servies, des droits et obligations réciproques, par la remise d'une notice d'information.

Article 52. Risques exclus

Pour l'ensemble des garanties non assurées par la Mutuelle, les risques exclus sont repris dans la notice établie par l'assureur et remise par la mutuelle ou l'assureur lors de la souscription.

Article 53. Paiement des prestations

Les modalités de paiement sont rappelées dans la notice établie par l'assureur des risques et transmise par la mutuelle ou l'assureur à l'assuré lors de la souscription. Si le contrat entre la mutuelle et l'assureur le prévoit, la mutuelle peut gérer tout ou partie des risques, sans pour autant les assurer. Cette information est reprise dans ladite notice.

CHAPITRE 3 – Les cotisations

Section 1 - Modalités en cas de gestion par la Mutuelle

Article 54. Périodicité – Moyens de paiement – Défaut de paiement

La mutuelle applique les dispositions telles que définies au contrat par l'assureur des risques.

Une convention de gestion, liant la mutuelle et l'assureur, fixe les droits et obligations réciproques.

La mutuelle peut, si la convention le prévoit, percevoir directement les cotisations versées par les assurés.

Article 55. Responsabilité – Litiges

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

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

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

Article 56. Périodicité – Moyens de paiement – Défaut de paiement

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

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

Article 57. Responsabilité – Litige

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

CHAPITRE 4 – Dispositions diverses

Article 58. Forclusion

Les délais de forclusion applicables pour ces prestations sont repris dans la notice remise par la mutuelle ou l'assureur lors de la souscription et établie par l'assureur des risques.

Article 59. Défaut de paiement

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

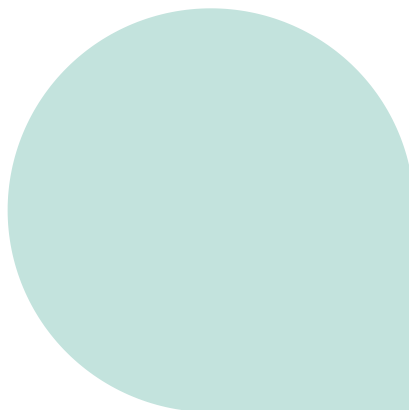
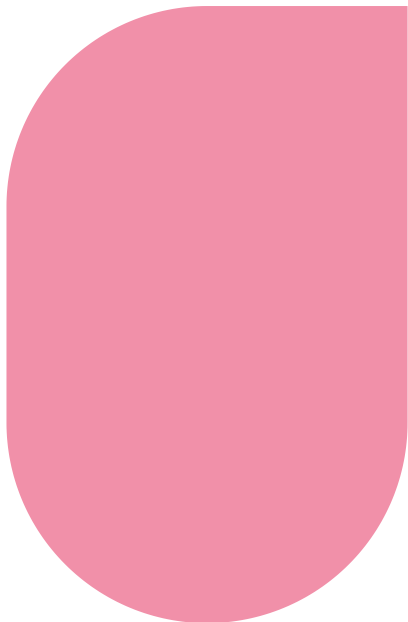
Article 60. Exclusion

Les risques exclus sont repris dans la notice établie par l'assureur et remise par la mutuelle ou l'assureur lors de

la souscription.

Article 61. Réclamations

Les modalités de réclamations sont celles reprises dans la notice établie par l'assureur des risques et remise soit par la mutuelle en tant qu'intermédiaire mutualiste ou l'assureur lors de la souscription.



Nous contacter



0 809 546 000

Service gratuit
+ prix appel



Just.fr



La Mutuelle Just est soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - N° SIREN 783 864 150
53, avenue de Verdun CS 30259 59306 VALENCIENNES CEDEX - Tél. : 0 809 546 000 - Crédit photo : iStock