

Bien-être PRÉVOYANCE

1/ LES STATUTS MILTIS

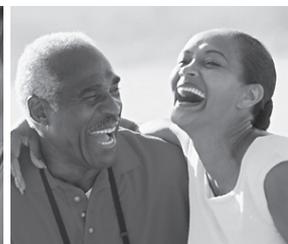
2/ LES STATUTS DE L'ASSOCIATION RMP

3/ NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE DE LA GARANTIE « IJH »

4/ NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE DE LA GARANTIE
« DÉCÈS PAR ACCIDENT »

MATEO : Intermédiaire d'assurance, Co-concepteur et Distributeur du contrat
Siège social : 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy- 84170 MONTEUX
Tél. : 04 13 97 01 77 - Mail : contact@assurema.eu
Société par Actions simplifiée au capital de 500 000 €
RCS AVIGNON 840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 (www.orias.fr)
ASSUREMA est une marque de la société MATEO





STATUTS

de la mutuelle

TITRE I • FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 • Formation et objet de la mutuelle

Article 1 • Dénomination de la mutuelle

Il est constitué une mutuelle, dénommée MILTIS, qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Elle est enregistrée sous le n° SIREN 417 934 817.

Article 2 • Siège de la mutuelle

La mutuelle est établie au 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON.

Article 3 • Objet de la mutuelle

La mutuelle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droits, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par les présents statuts, afin de contribuer à leur développement culturel, moral, intellectuel et physique et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

À cet effet, la Mutuelle se propose de :

À titre principal :

- Pratiquer une activité d'assurance dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives dans les branches pour lesquelles elle est agréée, telles que définies par l'article R. 211-2 du Code de la mutualité et qui sont les suivantes :
 - Accidents (branche 1) ;
 - Maladie (branche 2) ;
 - Vie, Décès (branche 20) ;
 - Nuptialité, natalité (branche 21).

Dans le cadre de la couverture des risques relevant de ces branches, la Mutuelle pourra :

- Accepter les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance, conformément à l'article L. 111-1 du Code de la mutualité ;
- Coassurer ces mêmes risques en application de l'article L. 227-1 du Code de la Mutualité ;
- A la demande d'autres mutuelles ou union, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au Livre II pour la délivrance de ces engagements, vis-à-vis de leurs membres participants ainsi que de leurs ayants-droit.

À titre accessoire :

- Mettre en œuvre, en tant qu'activité accessoire et accessible uniquement à ses membres participants et à leurs ayants-droits, une action sociale, qu'elle soit individuelle ou collective, notamment sous la forme de fonds de secours, de prévention des risques de dommages corporels, ou de gestion de réalisations sanitaires et sociales, dans les conditions définies par le Code de la mutualité ;
- 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'assurance ;
En application de l'article L. 116-2 du Code de la Mutualité, la Mutuelle pourra recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance pour distribuer des adhésions individuelles à des règlements mutualistes et / ou les contrats collectifs qu'elle assure.
La Mutuelle peut déléguer à tout organisme habilité pour ce faire, la gestion de tout ou partie des contrats collectifs qu'elle assure.
Elle peut également gérer pour le compte de tiers, dans le cadre d'une délégation de gestion, tout ou partie des contrats individuels ou collectifs assurés par un autre organisme assureur.

La Mutuelle peut participer au développement à la gestion des dispositifs de Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

Enfin, elle pourra exercer et mettre en œuvre toutes opérations de quelque nature qu'elles soient se rattachant directement ou indirectement à l'objet ci-dessus et susceptible d'en faciliter le développement ou la réalisation.

La Mutuelle pourra adhérer à toute union de groupe mutualiste telle que définie par l'article L. 111-4-1 du code de la mutualité (UGM), à une Union Mutualiste de Groupe (UMG) telle que défini à l'article L.111-4-2 du Code de la Mutualité, ou à une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM).

La Mutuelle peut également :

- prendre une participation dans toute société civile ou commerciale par voie de création, d'apport, de souscription ou d'achat de droits sociaux pouvant se rattacher à des activités et dans le respect des dispositions du code de la Mutualité ;
- devenir membre d'une association ou d'un groupement d'intérêt économique (GIE).

Article 4 • Règlements mutualistes et contrats collectifs

Pour les contrats individuels, en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité, un ou des règlement(s) établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire de la mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

Article 5 • Règlement Intérieur

Un Règlement intérieur établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, pourra si nécessaire, déterminer les conditions d'application des présents statuts.

Tous les membres participants et honoraires seront tenus de s'y conformer, au même titre qu'aux statuts. Le Conseil d'Administration peut apporter au Règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus proche Assemblée Générale.

Article 6 • Respect de l'objet des mutuelles

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité tels que les définit l'article L. 111-1 du Code de la mutualité.

CHAPITRE 2 • Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

SECTION I • Conditions d'adhésion

Article 7 • Catégories de membres

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

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle.

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



STATUTS de la mutuelle

Peuvent bénéficier des prestations de la mutuelle les ayants droit du membre participant :

- le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin, de moins de 28 ans ;
 - les ascendants à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale ;
 - les autres personnes à charge du participant reconnues comme ses ayants droits par la Sécurité sociale ;
 - les enfants infirmes majeurs, titulaires d'un titre d'invalidité défini au 1° de l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles et considérés comme à charge du participant au sens de la législation sociale et fiscale en vigueur.

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

Article 8 • Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité de membres de la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES" et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

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

Article 9 • Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I • Opérations collectives facultatives

L'adhésion des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale résulte de la signature à titre personnel d'un bulletin d'affiliation qui emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par la notice d'information propre au contrat collectif facultatif écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

Les salariés ou les membres acquièrent alors la qualité de membre participant.

La personne morale qui a souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle acquiert la qualité de membre honoraire conformément aux dispositions de l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES".

II • Opérations collectives obligatoires

L'adhésion des salariés d'une entreprise résulte de la signature d'un contrat collectif obligatoire écrit souscrit par l'employeur auprès de la mutuelle et ce en application d'un accord de protection sociale complémentaire tel qu'institué en vertu des dispositions de l'article 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les salariés d'une entreprise visés au contrat sont tenus de s'affilier à la Mutuelle. Ils acquièrent alors la qualité de membre participant.

L'employeur qui souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle acquiert la qualité de membre honoraire conformément aux dispositions de l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES".

SECTION II • Démission, radiation, exclusion

Article 10 • Démission

A l'échéance du contrat :

- La démission est donnée par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, et ne peut prendre effet qu'à la date d'échéance, la demande de démission devant être reçue par la mutuelle au moins deux mois à l'avance.

Après un délai d'un an à compter de la première souscription pour les contrats de complémentaire santé :

- à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, la démission est donnée par écrit, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. Elle prend effet un mois après que Miltis en ait reçu la notification.

Article 11 • Radiation

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-8-1, L. 221-14, L. 221-15 et L. 221-17 du Code de la mutualité.

Article 12 • Exclusions

Peuvent être exclus, les membres qui auraient porté ou tenté de porter volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle, ou qui refusent d'exécuter les obligations prévues par les présents statuts, ou dont l'attitude ou la conduite est susceptible de causer un préjudice financier, matériel ou moral à la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, 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.

Article 13 • Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission à l'échéance du contrat, la radiation et l'exclusion, ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

En cas de démission après un délai d'un an à compter de la première souscription pour les contrats de complémentaire santé, le membre participant ou le membre honoraire n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert. Cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la démission.

Miltis est tenue de rembourser le solde au membre participant ou membre honoraire, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la démission.

Par ailleurs, aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

TITRE 2 • ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 • Assemblée Générale

SECTION I • Composition, élection

Article 14 • Composition de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale est constituée des délégués élus par des collèges. Les membres participants et les membres honoraires de la mutuelle sont répartis en six collèges selon un critère lié à leur domiciliation géographique :

Collège 1 - Nord-est de la France (régions Hauts-de-France, Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté).

Collège 2 - Sud-est de la France (régions Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse).

Collège 3 - Sud-ouest de la France (régions Nouvelle Aquitaine et Occitanie).

Collège 4 - Nord-ouest de la France (régions Normandie, Bretagne, Pays de la Loire et Centre).

Collège 5 - Région Ile-de-France.

Collège 6 - Outre-mer et étranger.

Article 15 • Nombre de délégués

Chaque délégué élu par le collège, dispose d'une voix à l'Assemblée Générale. Chaque collège dispose à l'Assemblée Générale, d'un nombre de délégués calculé de la façon suivante :

- 3 délégués pour un effectif inférieur à 5 000 membres,
- 1 délégué supplémentaire à partir de 5 000 membres, par tranche de 5 000 membres. Un même collège ne peut détenir plus d'un tiers de l'ensemble des droits de vote.

L'effectif du collège à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à élire, est le nombre de membres participants et honoraires au 01 janvier de l'année de l'élection.



STATUTS de la mutuelle

Article 16 • Élection des délégués

Pour être élu délégué d'un collège, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans accomplis,
- n'avoir encouru aucune des condamnations prévues à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,
- ne pas être salariés ou mandataires d'un organisme d'assurance ou de retraite.

Les membres honoraires de la mutuelle, peuvent être élus délégués. Leur nombre ne doit pas excéder le tiers du nombre total des délégués de l'ensemble des collèges. Les délégués sont élus pour six ans, ils sont rééligibles. Les membres de la mutuelle sont informés de l'élection des délégués au moins 45 jours avant le scrutin. Les candidatures doivent être adressées par lettre recommandée au siège de la mutuelle, au moins trente jours avant le scrutin. Le vote a lieu par correspondance, y compris par voie électronique, à bulletins secrets, au scrutin uninominal à un tour. Les candidats non élus ayant obtenu dans le collège le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

Article 17 • Vacance en cours de mandat d'un délégué

La démission ou la perte de la qualité d'adhérent à la mutuelle, entraîne de droit la perte de la qualité de délégué ou de délégué suppléant.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de collège, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant venant à l'ordre de suppléance défini à l'article précédent.

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

Les élections de délégués suppléants se déroulent dans les mêmes formes et conditions que celles des élections générales et telles que décrites à l'article "ÉLECTIONS DES DÉLÉGUÉS".

SECTION II • Réunion de l'Assemblée Générale

Article 18 • Convocation annuelle obligatoire

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration, au siège social ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation. A défaut, le président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 19 • Autres convocations

La convocation est obligatoire quand elle est demandée :

- soit par écrit, par le quart au moins des membres de la mutuelle,
- soit par la majorité des administrateurs composant le Conseil,
- soit par les commissaires aux comptes,
- soit par l'Autorité de Contrôle Prudentiel mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité ou un administrateur provisoire nommé par elle. En cas d'urgence, l'Assemblée Générale peut être convoquée par le Président, ou par les liquidateurs. A défaut, le président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 20 • Modalités de convocation de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion.

L'ordre du jour des Assemblées Générales est fixé par le Conseil d'Administration à la majorité de ses membres. Il doit être joint aux convocations. Toute question dont l'examen est demandé cinq jours au moins avant l'Assemblée Générale par le quart au moins des délégués est obligatoirement soumis à l'Assemblée Générale.

Les délégués constituent l'Assemblée Générale, et procèdent aux votes et à l'élection des administrateurs.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée Générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Chaque Assemblée Générale donne lieu à l'établissement d'une feuille de présence émargée par les délégués présents. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale.

Article 21 • Compétences de l'Assemblée Générale

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

L'Assemblée Générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration.

En dehors 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.

L'Assemblée générale peut également en toute circonstance, prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

Elle statue sur :

- les statuts et ses modifications ;
- les activités exercées par la mutuelle ;
- l'existence et le montant des droits d'adhésion ;
- la souscription d'emprunts destinés à la constitution et à l'alimentation du fonds de développement conformément aux articles R. 212-4 et R. 212-5 du Code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 ;
- les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du même Code ;
- l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- le rapport moral, le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 ;
- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39 ;
- les principes à respecter par les délégations de gestion, conformément à l'article L. 116-3 ;
- le rapport du Conseil d'Administration sur les opérations d'intermédiation et les délégations de gestion mentionné à l'article L. 116-4 ;
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée Générale décide :

- la nomination des commissaires aux comptes ;
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
- les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

Article 22 • Modalités de participation à l'Assemblée Générale

Les votes ont lieu selon les différentes modalités suivantes :

- Vote à main levée ou à bulletin secret en séance,
- Vote par procuration, conformément à l'article R.114-2 du Code de la Mutualité et aux modalités définies à l'article "VOTE PAR PROCURATION" des présents statuts.



STATUTS de la mutuelle

Article 23 • Vote par procuration

Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut s'y faire représenter par un autre délégué.

Un délégué ne peut recueillir plus de trois procurations. La Mutuelle organise le vote par procuration des délégués conformément aux articles L. 114-13, alinéa 2 et R. 114-2 du Code de la Mutualité.

A compter de la date de la convocation de l'assemblée générale, une formule de vote par procuration doit être remise ou adressée aux frais de l'organisme à tout délégué qui en fait la demande. La mutuelle doit faire droit à toute demande déposée ou reçue au siège social au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

A toute formule de vote par procuration, adressée aux délégués de l'assemblée par l'organisme, doit être joint le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs. Les délégués de l'assemblée générale qui votent par procuration doivent signer la procuration et indiquer leurs nom, prénom usuel et domicile ainsi que les noms, prénom usuel et domicile de leur mandataire. Ils doivent adresser la procuration à leur mandataire. Le ou la mandataire doit être délégué de l'assemblée générale de la mutuelle.

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

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

Pour le calcul du quorum, le délégué qui vote par procuration est considéré comme un membre représenté.

Article 24 • Modalités de vote de l'Assemblée Générale

I • Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptés

Lorsqu'elle se prononce sur :

- la modification des statuts ;
- les activités exercées ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 ;
- les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 ;
- le transfert de portefeuille ;
- les principes directeurs en matière de réassurance ;
- la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union.

L'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents ou représentés représente au moins le quart du total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués présents ou représentés.

II • Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées

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

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés.

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

Article 25 • Force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au Code de la mutualité.

CHAPITRE 2 • Conseil d'Administration

SECTION I • Composition, élection

Article 26 • Conditions d'éligibilité - Limite d'âge

La mutuelle est administrée par un Conseil dont les membres sont élus parmi les membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations. Pour être éligibles au Conseil d'Administration les membres doivent être âgés de 18 ans accomplis, et n'avoir encouru aucune des condamnations prévues à l'article L 114-21 du Code de la mutualité.

Un ancien salarié de la mutuelle, ne peut être nommé administrateur de celle-ci pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

En outre, ne sont pas éligibles les membres qui seraient salariés ou mandataires d'un organisme d'assurance ou de retraite. Conformément à l'article L. 114-23 du Code de la mutualité, une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de cinq Conseils d'Administration de mutuelles, unions et fédérations.

La limite d'âge, pour exercer les fonctions d'administrateur, est fixée à 70 ans.

Cette limite n'est applicable qu'aux deux 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 d'office la démission de l'administrateur le plus âgé. Toutefois, 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 27 • Composition

Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants. Le nombre d'administrateurs est compris entre 10 administrateurs au moins et 15 administrateurs au plus. L'Assemblée Générale fixe préalablement à chaque élection le nombre de poste d'administrateurs à pourvoir.

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité.

Toute élection ou nomination intervenant en méconnaissance de ces dispositions est nulle.

Il est recherché une représentation équilibrée des femmes et des hommes conformément aux dispositions de l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité.

Article 28 • Présentation des candidatures

Les déclarations de candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception reçue quinze jours calendaires au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

Article 29 • Modalités de l'élection

Les membres du Conseil sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée Générale au scrutin uninominal à un tour.

Article 30 • Durée du mandat

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de 6 ans.

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

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

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre de la mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 29 ;



STATUTS

de la mutuelle

- 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 ;
- un 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 ; lorsque, absents sans motif valable à trois séances dans l'année, le Conseil d'Administration les a déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions, la ratification de cette décision étant soumise à l'Assemblée Générale.

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 tiers tous les 2 ans. Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel les membres seront soumis à réélection.

Article 32 • Vacance

En cas de vacance de poste d'administrateur par décès, démission ou perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou par cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L.612-23-1 du Code monétaire et financier : le Conseil d'Administration peut coopter un administrateur avant la prochaine réunion de l'Assemblée Générale.

Les candidats à la cooptation doivent satisfaire aux conditions fixées à l'article "CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ - LIMITE D'ÂGE" et leur candidature être formalisée dans les conditions prévues à l'article "PRÉSENTATION DES CANDIDATURES". Lesdits dossiers sont transmis au Président / aux administrateurs au moins quinze jours avant la date de la réunion du Conseil d'Administration devant statuer sur la cooptation.

Le Conseil d'Administration examine la conformité des candidatures au regard des conditions susvisées. Il vérifie ensuite qu'elles ne portent pas atteinte aux intérêts de la Mutuelle. Ils sont ensuite soumis au vote du Conseil d'Administration hors la présence des candidats dans les conditions prévues à l'article "DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION". En cas de pluralité de candidats pour un même poste, le Conseil d'Administration procède à une élection selon les conditions prévues à l'article "MODALITÉS DE L'ÉLECTION" des présents statuts.

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée Générale. La non-ratification par celle-ci de la nomination faite par le Conseil d'Administration entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'Assemblée Générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

En cas de vacances pour quelles que causes que ce soit, donnant lieu aux situations suivantes :

- si le nombre d'administrateurs devient inférieur au minimum légal, le Président du Conseil d'Administration fait procéder en urgence à un appel à candidatures au Conseil puis convoque au plus tôt une Assemblée Générale qui élit la totalité des membres d'un nouveau Conseil. A défaut de convocation, les dispositions prévues au I de l'article L. 114-8 du Code de la mutualité s'appliquent ;
- si le nombre d'administrateurs devient inférieur au minimum statutaire mais au moins égal au minimum légal, le Conseil d'Administration peut procéder à des élections complémentaires d'administrateurs. Pour ce faire, il fait procéder en urgence à un appel à candidatures pour pourvoir les postes vacants. Après avoir reçu les candidatures, le Président du Conseil d'Administration convoque alors immédiatement une Assemblée Générale qui élit les administrateurs complémentaires nécessaires.

Les administrateurs élus achèvent le mandat de ceux qu'ils remplacent.

- si le nombre d'administrateurs restant est au moins égal au minimum statutaire, le Conseil d'Administration peut décider d'organiser une élection pour pourvoir aux postes vacants dans le cadre de la prochaine Assemblée Générale. Les administrateurs élus achèvent le mandat de ceux qu'ils remplacent.

SECTION II • Réunions du Conseil d'Administration

Article 33 • Réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins quatre fois par an, au siège social ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation, et chaque fois qu'il le jugera opportun.

Elle est envoyée aux membres du Conseil d'Administration 5 jours calendaires au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du Conseil. Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance.

Le Président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration, qui délibère sur cette présence.

La participation et le vote au Conseil d'Administration en visioconférence ou audioconférence est possible sauf lorsque le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels. Sont réputés présents les administrateurs et les représentants des salariés de la Mutuelle qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication garantissant leur participation effective. Ces moyens satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Article 34 • Délibérations du Conseil d'Administration

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

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

SECTION III • Attributions du Conseil d'Administration

Article 35 • Compétences du Conseil d'Administration

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

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration :

- arrête les comptes annuels, et le cas échéant les comptes consolidés ou combinés et établit, conformément à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité, un rapport de gestion et le cas échéant un rapport de gestion groupe ;
- et établit :
 - un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes mentionnées à l'article L.212-6 du Code de la Mutualité ;
 - un rapport sur les décisions prises dans les domaines des opérations individuelles et collectives ;
 - le cas échéant, un rapport annuel sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion, visés aux articles L.116-1 à L.116-3 du code de la mutualité, qu'il présente à l'Assemblée Générale.

Il établit également :

- le rapport annuel sur les procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable prévu à l'article R. 341-9 du Code des assurances ;
- le rapport annuel sur le contrôle interne prévu à l'article R.336-1 du Code des assurances y compris celui afférent au dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application de l'article A.310-9 du Code des assurances ;
- le rapport sur la solvabilité et la situation financière destiné au public visé à l'article L.355-5 du Code des assurances (SFCR) ;



STATUTS

de la mutuelle

- le rapport régulier à l'autorité de contrôle (RSR) ;
- les états quantitatifs annuels et trimestriels ;
- le rapport à l'autorité de contrôle sur l'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA) mentionné à l'article L.354-2 du Code des assurances.

Qu'il transmet à l'autorité de contrôle.

Il délibère au moins une fois par an sur la politique des placements.

Il fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière.

Le Conseil d'Administration adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-5 du code de la mutualité, les modifications des règlements des opérations individuelles font l'objet d'une notification aux membres participants ou honoraires.

Le Conseil d'Administration décide de la conclusion de traités de réassurance auprès d'un réassureur dans le cadre des règles générales définies par l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration procède à la mise en place du Comité d'Audit et des Risques.

Il approuve toutes les politiques écrites imposées par la réglementation et notamment celles relatives à la gestion des risques, au contrôle interne, à l'audit interne et le cas échéant, à l'externalisation.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Il fixe les conditions de versement des aides exceptionnelles allouées aux membres participants et à leur famille. Il peut déléguer ses pouvoirs en cette matière à une commission spécifique « Action Sociale » composée d'administrateurs ;

Le Conseil d'Administration est compétent pour décider d'agir en justice tant en demande qu'en défense. En cas d'urgence, le Président est compétent pour agir seul sous réserve de ratification de sa décision par le Conseil d'Administration.

Article 36 • Délégations d'attribution par le Conseil d'Administration

Le Conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs soit au bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

Article 37 • Délégation spéciale du Conseil d'Administration au Président ou au dirigeant opérationnel

Le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de sa compétence en matière de fixation des montants ou des taux de cotisations et des prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'Administration ou au dirigeant opérationnel.

Article 38 • Nominations

Le Conseil d'Administration nomme, sur proposition du Président, le dirigeant opérationnel qui ne peut être un administrateur et fixe le montant de sa rémunération. Il approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle. Le dirigeant opérationnel est révocable à tout moment par le Conseil d'Administration selon la même procédure.

Outre le dirigeant opérationnel, le Conseil d'Administration peut également, sur proposition de son Président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques, dont la fonction et la situation respectent les conditions fixées par l'article R211-15 du Code de la mutualité

Le Conseil d'Administration nomme la personne responsable de chacune des fonctions clés mentionnées à l'article L211-12 du Code de la Mutualité, sur proposition du dirigeant opérationnel.

Il entend directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du dirigeant opérationnel si les membres du Conseil d'Administration l'estiment nécessaire.

Il garantit l'indépendance des responsables des fonctions clés et approuve les procédures (proposées par le dirigeant opérationnel) définissant les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent informer directement et de leur propre initiative, le Conseil d'Administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Article 39 • Délégations de pouvoirs (dirigeant opérationnel)

Le Conseil d'Administration fixe les conditions dans lesquelles il délègue au Dirigeant opérationnel les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

SECTION IV • Statut des administrateurs

Article 40 • Situation et comportement interdits aux administrateurs

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par une mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts. Les anciens membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer des 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 41 • Conventions réglementées soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration

Toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel 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.

La décision du Conseil d'Administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du Conseil d'Administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

Les conventions auxquelles un administrateur ou un dirigeant opérationnel 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, le(s) dirigeant(s) salarié(s) 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, sont soumises à l'autorisation du Conseil d'Administration.

Les conventions intervenant entre un administrateur ou un dirigeant opérationnel de la mutuelle et une personne morale appartenant au même groupe, au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité, sont soumises aux mêmes dispositions. 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.

Article 42 • Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur les opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou le dirigeant opérationnel, sont communiquées par ce dernier au Président du Conseil d'Administration. La liste et l'objet des dites conventions sont communiquées par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées par le Code de la mutualité.



STATUTS de la mutuelle

Article 43 • Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers. Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur et de dirigeant opérationnel, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Dans tous les cas, le Conseil d'Administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des dirigeants.

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

Article 44 • Indemnités versées aux Administrateurs

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites. La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la mutualité.

Article 45 • Remboursement des frais aux administrateurs

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la mutualité.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par l'article L.114-26 du Code de la mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

Article 46 • Obligations des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel. Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une Union ou une Fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard (dans les mutuelles d'entreprises : ils sont également tenus de faire connaître les intérêts qu'ils détiennent ou envisagent de prendre dans l'entreprise au sein de laquelle la mutuelle est constituée, personnellement ou par personne interposée).

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 47 • Responsabilité

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la mutuelle ou envers un tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion. La mutuelle étant une personne morale représentée par le Conseil d'Administration, elle peut être déclarée responsable pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du Code pénal.

Les peines encourues par les personnes morales sont :

- 1 - L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du Code pénal ;
- 2 - Les peines mentionnées à l'article 131-39 du Code pénal. L'interdiction mentionnée à l'article 131-39 du Code pénal porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

CHAPITRE 3 • Président et Bureau

SECTION I • Composition, élection, réunions

Article 48 • Élection du président et du bureau

Le bureau est élu parmi les membres du Conseil d'Administration à bulletins secrets, dans les conditions suivantes : le Président et les membres du bureau sont élus pour deux ans, par le Conseil d'Administration, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale statuant sur le renouvellement partiel du Conseil d'Administration. Ils sont rééligibles.

Article 49 • Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-Président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le Vice-Président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

En cas de vacance, pour quelque cause que ce soit, d'un autre membre du bureau, le Conseil d'Administration, lorsqu'il est complètement constitué, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Article 50 • Composition du bureau

Le bureau est composé de la façon suivante :

- 1 Président
- 2 Vice-Présidents dont :
 - 1^{er} Vice-Président
 - 2^e Vice-Président
- 1 Trésorier
- 1 Trésorier adjoint
- 1 Secrétaire
- 1 secrétaire adjoint

Article 51 • Réunions et délibérations

Le bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la mutuelle.

La convocation est envoyée aux membres du bureau cinq jours calendaires au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. Le bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. En cas de partage des voix, la voix du Président de séance est prépondérante.

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

SECTION II • Attributions des membres du bureau

Article 52 • Attributions

Le bureau exerce les attributions qui lui sont déléguées par le Conseil d'Administration ; il étudie toute question et instruit tout dossier en vue de leur présentation au Conseil d'Administration.

CHAPITRE 4 • Dispositions diverses

Article 53 • Principes de réassurance

- 1 - La mutuelle peut librement accepter en réassurance les engagements mentionnés dans son objet social.
- 2 - La mutuelle pourra se réassurer librement auprès d'entreprises régies ou non par le Code de la mutualité. En ce cas, la décision de réassurer tout ou partie des risques couverts par la Mutuelle auprès d'une entreprise non régie par le Code de la mutualité est prise par le Conseil d'Administration, conformément à l'article "COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION" des statuts, en conformité avec les règles générales de cession décidée par l'Assemblée Générale. Pour ce faire, avant toute signature d'un contrat, il procède par mise en concurrence des organismes.



STATUTS de la mutuelle

Article 54 • Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, l'Assemblée Générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce. Le Président convoque le commissaire aux comptes à toute Assemblée Générale.

Le commissaire aux comptes porte à la connaissance du Conseil d'Administration les contrôles et vérifications auxquels il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par les articles L. 822-9 à L. 822-18 et suivants du Code de commerce, sous réserve des dispositions du Code de la mutualité. 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.

Article 55 • Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement de la mutuelle est fixé à la somme de 500 000 euros. Son montant sera augmenté du montant des droits d'adhésion reçu et selon les besoins, par décision de l'Assemblée Générale.

Article 56 • Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution volontaire de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article L. 212-14 du Code de la mutualité ainsi qu'à l'article "MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE" des statuts.

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

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des administrateurs, des dirigeants effectifs et des membres de commissions. L'Assemblée Générale, régulièrement constituée, conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement.

Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs. Elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale, statuant dans les conditions prévues ci-dessus, à d'autres mutuelles ou unions, ou au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la mutualité.

Article 57 • Comité d'Audit interne et des risques

La Mutuelle est dotée d'un Comité d'Audit Interne et des Risques en charge d'assurer le suivi des prestations relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières.

Il ne peut être composé que d'administrateurs. Un membre au moins doit présenter des compétences en matière financière ou comptable et être indépendant au regard de critères précisés et rendus publics par le Conseil d'Administration.

Cependant, il peut être complété de deux membres extérieurs au plus, désignés par le Conseil d'Administration en raison de leurs compétences. Le Président du Conseil d'Administration ne peut pas être membre du Comité d'Audit Interne et des Risques.

Le Conseil d'Administration fixe le nombre des membres (administrateurs et membres externes) du Comité d'Audit Interne et des Risques.

Les membres du Comité d'Audit Interne et des Risques élisent le Président dudit Comité pour une durée de deux (2) ans.

CHAPITRE 5 • Le mandataire mutualiste

Article 58 • Définition et mode de désignation

Le mandataire mutualiste est une personne physique exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs mentionnés à l'article L.114-16 du Code de la Mutualité, 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 élu.

Le mandataire mutualiste est élu par le Conseil d'Administration à la majorité simple.

Le Conseil d'Administration détermine les missions attribuées au mandataire mutualiste.

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

Article 59 • Formation

La Mutuelle propose à ses mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation, à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Article 60 • Indemnisations

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés dans les conditions définies par l'article "REMBOURSEMENT DE FRAIS AUX ADMINISTRATEURS" des présents statuts. ■



STATUTS DE L'ASSOCIATION « REGIMES MEDICAUX ET PREVOYANCE »

ASSOCIATION LOI DE 1901

Article 1 - Forme

Il est formé entre les adhérents aux présents statuts une association régie par la loi du 1er juillet 1901 et du décret du 16 Août 1901, ainsi que par tous les textes subséquents.

Article 2 - Dénomination

La dénomination de l'association est :

REGIMES MEDICAUX ET PREVOYANCE
« R.M.P »

Article 3 - Sièg

(Article modifié par l'AGE du 03/10/2022)

Le sièg de l'association est fixé :

1050 Chemin des Exquerts
ZA la TAPY
84 170 MONTEUX

Il pourra être transféré sur simple demande du Conseil d'Administration qui devra être ratifiée par la plus prochaine Assemblée Générale.

Article 4 - Objet

(Article modifié par l'AGE du 02/09/2013)

L'association a pour objet dans l'intérêt de ses membres de :

- Mener un rapprochement en vue d'une action et d'une collaboration commune de personnes physiques ou morales de droit privé ou de droit public de mutuelles ou de compagnies d'assurances et de courtage en assurances de personne
- Mener et gérer librement ce rapprochement dans l'intérêt de ses membres. Les membres lui donnent tout pouvoir pour déterminer et choisir librement ces personnes physiques ou morales de droit privé ou de droit public de

mutuelles ou de compagnies d'assurances et de courtage en assurances de personne.

- Mettre au point au profit des adhérents des contrats de groupes d'assurance Santé aux conditions de garanties et de tarifs les plus favorables.

Article 5 - Membres

(Article modifié par l'AGE du 20/01/2014)

L'association se compose de :

1 : *Membres d'honneur*

Sont membres d'honneur les personnes qui ont rendu des services signalés à l'association et dispensés de droit d'entrée.

2 : *Membres actifs ou adhérents*

Sont membres actifs ou adhérents, les personnes qui ont adhéré à un contrat groupe souscrit par l'association et sont à jour de leurs cotisations statutaires.

Chaque membre prend l'engagement de respecter les présents statuts qui lui sont communiqués ou tenus à disposition lors de l'entrée de l'Association.

Article 6 - Admission

Pour faire partie de l'Association, les conditions nécessaires et suffisantes sont les suivantes :

- Remplir les conditions d'adhésion aux contrats d'assurances santé souscrit par l'Association,
- Adhérer à un contrat d'assurance santé souscrit par l'Association,
- S'acquitter des cotisations associatives.

Article 7 - Perte de la qualité de membre

(Article modifié par l'AGE du 20/01/2014)

La qualité de membre se perd par le seul fait de ne plus faire partie du réseau d'adhérent en ne bénéficiant plus d'un contrat d'Assurance santé et/ ou prévoyance suite à :

- décès,
- résiliation pour non-paiement de la cotisation annuelle du contrat d'assurance
- démission notifiée par lettre recommandée adressée au Président de l'Association. Toutefois pour les membres actifs, la démission se fait dans les formes précisées par la notice d'information du contrat Santé remise au membre lors de son adhésion à l'Association.
- radiation prononcée par le conseil d'administration pour motif grave

Article 8 - Les ressources de l'association

Les ressources de l'Association comprennent :

- les cotisations fixées par l'assemblée générale : éventuels droits d'entrée acquittés par les nouveaux membres et cotisations annuelles,
- les subventions éventuelles de l'état, des départements et des communes,
- toute subvention ou participation de toute nature provenant d'un partenaire d'assurance ou d'une autre association.

Article 9 - Conseil d'administration

L'association est dirigée par un conseil d'administration composé de membres élus pour trois ans par l'assemblée générale. Les membres sont rééligibles.

Le nombre des membres du conseil d'administration ne peut être inférieur à trois et ne peut excéder six membres.

En cas de vacance, le conseil pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif par la plus prochaine assemblée générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Les fonctions d'administrateur prennent fin à l'issue de la réunion de l'assemblée générale ordinaire appelée à statuer sur les comptes de l'exercice écoulé et tenue dans l'année en cours de laquelle expire leur mandat.

Article 10 - Organisation du conseil d'administration

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un bureau composé de trois membres au moins.

Les membres du bureau sont nommés pour une durée qui ne peut excéder celle de leur mandat d'administrateur.

Le bureau est formé au moins :

- d'un Président
- d'un Trésorier
- d'un Secrétaire

Pour les besoins de fonctionnement du bureau il peut en outre être procédé à la nomination d'un vice-président, d'un trésorier adjoint et d'un secrétaire adjoint.

Article 11 - Pouvoirs du conseil d'administration

Le conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'association, dans les limites de son objet et dans celle imposées par la loi.

Le conseil d'administration dispose également des pouvoirs les plus étendus pour décider des modifications suivantes :

- Fixation et révision du montant d'un éventuel droit d'entrée,
- Fixation et révision du taux de cotisation,

Le Président assume sous sa responsabilité la direction générale de l'association et la représente dans ses rapports avec les tiers. Il a la faculté de se faire assister dans cette mission par un vice président nommé par le conseil.

Il est en outre chargé de présider les séances du conseil, sauf absence, auquel cas la présidence de la séance revient au vice président et à défaut à l'administrateur présent le plus âgé.

Le trésorier assume sous sa responsabilité la gestion financière de l'association. Il perçoit les cotisations et subventions au nom de l'association et règle les charges. Il a pour obligation de soumettre annuellement au conseil d'administration un rapport sur la gestion financière de l'association. Il peut se faire assister



dans cette mission par un trésorier adjoint nommé par le conseil.

Le secrétaire assume sous sa responsabilité la gestion administrative de l'association. Il convoque après accord du président et du conseil

d'administration le conseil et les assemblées générales. Il peut se faire assister dans cette mission par un secrétaire adjoint nommé par le conseil.

Article 12 - Délibération du conseil d'administration

Le conseil d'administration se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'association l'exige, sur la convocation de son président ou celle du tiers au moins de ses membres.

Les convocations sont faites par tous moyens.

Le conseil ne délibère valablement que si la moitié au moins des administrateurs sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des voix.

Les délibérations sont constatées dans des procès verbaux établis conformément aux dispositions légales.

Article 13 - Assemblée générale ordinaire

(Article modifié par l'AGE du 20/01/2014)

L'Assemblée générale ordinaire comprend tous les membres de l'association et se réunit chaque année **le premier samedi du mois de Mai** pour statuer sur les comptes de l'exercice clos.

L'Assemblée générale ordinaire est valablement constituée quel que soit le nombre des membres présents ou représentés. Les décisions, pour être valables, devront être prises à la majorité des membres actifs présents ou représentés, les votes ayant lieu à main levée, sauf si le vote à bulletin secret est demandé par le quart des membres effectivement présents.

Si les décisions prises modifient les statuts, sans toutefois porter atteinte à l'idée directrice du groupement, tout pouvoir et compétence sont donnés au conseil d'administration et celles-ci ne seront valables que si elles sont adoptées par les

deux tiers au moins. (en cas de partage la voix du président est prépondérante).

L'Association se réunissant, **de façon impérative**, chaque année, le premier samedi du mois de Mai, il n'est pas nécessaire de convoquer nominativement les membres de l'Association. Toutefois, en cas d'empêchement exceptionnel, de tenir la réunion le premier samedi du mois de Mai,

les membres seront informés par tout moyen, de la nouvelle date de réunion.

L'ordre du jour et tout document officiel seront disponibles sur simple demande au siège de l'Association.

Son ordre du jour est réglé par le Conseil d'Administration. Elle entend les rapports sur la gestion du Conseil d'Administration, sur la situation financière et morale de l'association.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, délibère sur les questions mises à l'ordre du jour et pourvoit, s'il y a lieu au renouvellement des membres du Conseil d'Administration.

Il est tenu procès-verbal des séances. Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire. Ils sont établis sans blanc, ni rature, sur des feuillets numérotés et conservés au siège de l'association. Ne devront être traitées, lors de l'assemblée générale, que les questions soumises à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale statue à la majorité des voix dont disposent les membres présents ou représentés. Le vote par correspondance n'est pas admis.

Le vote par procuration est admis à condition que la procuration soit établie au nom du conjoint ou membre de l'association. Les pouvoirs seront disponibles sur simple demande au siège de l'Association.

Si besoin est ou sur demande de la moitié plus un des inscrits, le président peut convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, par « tous moyens ».



Article 14 - Droit de communication des membres

Tout membre de l'association a le droit d'obtenir communication des documents nécessaires pour lui permettre de statuer en toute connaissance de cause sur la gestion et la situation morale de l'association.

Les présents statuts modifiés ont été approuvés par l'AGE du 31/12/2017 et signés par les nouveaux membres du conseil d'administration et du Bureau.

Article 15 - Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le conseil d'administration qui le fait alors approuver par la prochaine Assemblée Générale.

Ce règlement est destiné à fixer les règles de fonctionnement et complète les statuts, notamment sur l'administration interne de l'association.

Article 16 - Exercice

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

Par exception le premier exercice commencera le jour de la déclaration de l'association et se terminera le 31 décembre 2014.

Article 17 - Comptes annuels

A la clôture de chaque exercice le trésorier dresse le bilan et le soumet à l'approbation de l'assemblée générale ordinaire.

Il établit un rapport sur la gestion de l'association.

Article 18 - Dissolution

En cas de dissolution prononcée par les deux tiers au moins des membres présents ou représentés à l'assemblée générale extraordinaire, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés par celle-ci et l'actif s'il y a lieu est dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 Août 1901.

NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE



Indemnités Journalières d'Hospitalisation (IJH) Toutes Causes/ Accident (Valant Conditions Générales)

Il a été conclu un contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n° MP 18 entre :

- **d'une part l'Association RÉGIME MÉDICAUX PRÉVOYANCE (RMP) située au 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX.**
- **et d'autre part l'organisme assureur MILTIS, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n°417 934 817), dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON.**
- **Ce contrat est ouvert aux membres de l'association RMP.**

La gestion du contrat est déléguée à ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX.

Le niveau de garantie est précisé sur votre certificat d'adhésion.

Le contrat s'inscrit dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Le présent document constitue la Notice d'information contractuelle, prévue par l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. Il reprend les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction n° MP 18, souscrit par l'association RMP auprès de Miltis, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

LEXIQUE

ACCIDENT

Est considéré comme accident toute atteinte corporelle - à l'exclusion d'une maladie - et résultant d'un événement soudain, imprévu et qui est extérieur à ce dernier ou, s'il n'est pas extérieur, qui est involontaire. Ce sont notamment les traumatismes, les chutes, les chocs, les fractures, les morsures, les piqûres d'animaux ou de plantes, les brûlures, asphyxies et empoisonnements divers.

Ne sont notamment pas considérés comme accident mais comme maladie les événements tels que : l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, la rupture d'anévrisme, l'épilepsie, le suicide, la tentative de suicide, les traitements à but esthétiques et leurs conséquences.

La preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le risque assuré incombe au bénéficiaire des prestations.

BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le membre participant et éventuellement ses ayants droit inscrits s'ils ont moins de 75 ans au jour de l'adhésion.

Sont considérés comme les ayants droit du membre participant : son conjoint et leurs enfants âgés de plus de 6 mois et de moins de 18 ans (26 ans s'ils poursuivent des études et son fiscalement à la charge du membre participant), et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

C'est le document envoyé au membre participant après acceptation de son bulletin d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et la garantie souscrite.

CONJOINT

Toute personne mariée, non séparée de corps ou ayant conclu un Pacte Civile de Solidarité (PACS) ou vivant en concubinage selon la définition du Code civil.

DÉLAI D'ATTENTE

Il s'agit de la période pendant laquelle la garantie ne s'applique pas ou ne s'applique que partiellement.

Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (hôpital public ou privé ou clinique) dû à un accident garanti ou à une maladie le cas échéant. A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour comme de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin conseil de l'assureur (ou de son délégataire) peut avoir accès. Les hospitalisations non prescrites par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'un accident ou d'une maladie le cas échéant ne sont pas couvertes.

MALADIE

Toute altération de la santé entraînant une modification de l'état général et pouvant être constatée par une autorité médicale, et n'ayant pas pour origine un accident, ni le fait volontaire du bénéficiaire des prestations ou d'un tiers.

MEMBRE PARTICIPANT : Personne physique qui adhère à la garantie indemnité journalière (toutes causes/ Accident).

MUTUELLE : Il s'agit de Miltis, mutuelle soumise au Livre II du Code de la mutualité, et organisme assureur du présent contrat.

OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet le versement d'une allocation journalière forfaitaire en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale pendant **365 jours maximum**.

SI SOUSCRIPTION À LA GARANTIE IJH TOUTES CAUSES

L'hospitalisation doit résulter de la conséquence directe et immédiate d'un accident ou d'une maladie garanti(e), survenu(e) et constaté(e) après la date d'effet de la garantie.

SI SOUSCRIPTION À LA GARANTIE IJH EN CAS D'ACCIDENT

L'hospitalisation doit résulter de la conséquence directe et immédiate d'un accident survenu et constaté après la date d'effet de la garantie.

Plusieurs hospitalisations successives du bénéficiaire des prestations pour le même accident ou la même maladie le cas échéant sont considérées comme un seul événement assuré sauf si les causes sont totalement indépendantes ou si, pour le même accident ou la même maladie le cas échéant, les hospitalisations sont espacées de plus de soixante (60) jours.

DELEGATION DE DISTRIBUTION ET DE GESTION

La distribution de la garantie Bien-être Prévoyance est confiée, via son réseau d'Intermédiaires à ASSUREMA, 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX.

La gestion administrative de la garantie Bien-être Prévoyance est confiée à ASRAMA GESTION dont le Centre de gestion est situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, ci-après dénommé le Gestionnaire.

ADHESION ET VIE DE LA GARANTIE

CONDITIONS D'ADHESION

Pour être assurable au titre de la présente garantie, le membre participant et ses ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (hors Monaco) ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**). **Pour adhérer à la garantie, le membre participant doit être âgé d'au moins 18**

ans au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion à la garantie et d'au plus 75 ans à la date de signature du bulletin d'adhésion.

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie.

De plus, le membre participant et ses ayants droit doivent obligatoirement au moment de l'adhésion, bénéficier d'un contrat de complémentaire santé assuré par Miltis.

Les travailleurs non-salariés non agricoles en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour le présent contrat, s'ils remplissent les conditions prévues par cette loi. Ils doivent notamment être à jour du paiement des cotisations dues au titre de leurs régimes obligatoires.

FORMALITÉS D'ADHESION

Le membre participant doit compléter, signer et dater un bulletin d'adhésion, en indiquant la garantie choisie et les éventuels ayants droit à garantir.

PRISE D'EFFET DE L'ADHESION – DELAI D'ATTENTE

La garantie prend effet au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'ASRAMA GESTION du bulletin d'adhésion, complété, daté et signé, sous réserve d'acceptation par la mutuelle expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

Le droit à la prestation est acquis lorsque l'hospitalisation **début** après l'expiration d'un délai de six (6) mois après la **date de prise d'effet de l'adhésion**, sauf si l'hospitalisation fait suite à un accident.

DROIT DE RENONCIATION

Le membre participant dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion.

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :

- si des prestations ont été versées, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera au membre participant dans un délai de 30 (trente) jours.

Informations spécifiques à la vente à distance

La garantie est vendue à distance si elle est conclue au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge du membre participant (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

Informations en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion). Le membre participant ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ASRAMA GESTION 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, en recommandé avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de membre participant),..... demeurant àai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signé le (date).....".

A..... Le

Signature

MODIFICATION DE LA GARANTIE ET AJOUT OU RETRAIT D'AYANTS DROIT

Après un an d'adhésion à la garantie, le membre participant peut demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur). Ce changement est possible uniquement à l'échéance anniversaire et avec un maintien minimal de 12 mois d'assurance.

La limite d'âge d'accès au contrat doit être respectée lors de la modification de la garantie.

Le changement de niveau s'applique pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat.

Si le membre participant désire étendre la garantie à une personne (conjoint ou enfant) non initialement bénéficiaire de la garantie, il devra fournir tous les renseignements nécessaires la concernant.

Si un des ayants droit initialement bénéficiaire de la garantie, ne remplit plus les conditions pour être assuré, le membre participant devra informer le Gestionnaire de cette modification et son adhésion sera aménagée en fonction des nouvelles conditions.

DURÉE DE L'ADHÉSION

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un régime de base ou dans les cas définis au paragraphe cessation des garanties. En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le membre participant doit informer le Gestionnaire par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :

- d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement de compte bancaire débité.

GARANTIE

DESCRIPTIF DE LA GARANTIE

L'adhésion à la garantie permet le versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale pendant **365 jours maximum** s'il y a lieu, :

- à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident ;
- à compter du 3^{ème} jour d'hospitalisation en cas de maladie le cas échéant.

Montant de l'allocation journalière	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
		15 €	30 €

Lorsque le membre participant a opté pour l'option « **Doublement de l'allocation journalière en cas d'accident** », les montants retranscrits ci-dessus, sont doublés en cas d'hospitalisation pour motif accidentel.

Lorsque les enfants mineurs sont bénéficiaires de la garantie, le montant de l'allocation journalière est égal à 50% du montant de l'allocation journalière du membre participant exprimé ci-dessus.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées en France métropolitaine et dans le monde entier **lors des séjours n'excédant pas trois (3) mois par an, consécutifs ou non. La durée de prise en charge des hospitalisations qui ont lieu lors de séjours à l'étranger est limitée à 30 jours par an.**

RISQUES EXCLUS

Ne sont pas garanties les conséquences des accidents, maladies ou blessures :

- Survenus en dehors de la période de validité de la garantie ;
- Causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire des prestations ;
- Dus à l'utilisation avec ou sans conduite d'un véhicule à moteur à deux ou trois roues d'une cylindrée égale ou supérieure à 50 cm³ ;
- Dus à l'ivresse alcoolique du bénéficiaire des prestations (lorsque le bénéficiaire des prestations présente un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu selon la législation en vigueur), à l'usage par lui de drogues, stupéfiants, ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- Causés par la tentative de suicide du bénéficiaire des prestations ;
- Provoqués par la guerre étrangère (le bénéficiaire des prestations doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait) ;
- Provoqués par la guerre civile, les émeutes ou les mouvements populaires, rixes (sauf cas de légitime défense) ou crimes, la grève, le lock-out (la Mutuelle doit prouver que le sinistre résulte de l'un de ces faits) ;
- Résultant de la manipulation volontaire, par le bénéficiaire des prestations, d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
- Résultant de la désintégration du noyau atomique, des effets de l'énergie nucléaire ;
- Résultant de la pratique par le bénéficiaire des prestations d'un sport professionnel ou d'un des sports suivants : la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, le parachutisme et l'aéronef sous toutes ses formes, les

compétitions comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque, ou d'une embarcation à moteur ainsi que leurs essais.

Sont, en outre, exclus du bénéfice de la garantie :

- Toute personne qui aurait causé ou provoqué intentionnellement le sinistre ;
- Toute personne membre des forces armées, de gendarmerie, de police nationale ou municipale en service commandé.

Ne sont pas garanties les hospitalisations :

- à domicile ;
- dans les établissements, services, centres de moyen ou long séjour ou maisons médicales à partir du moment où les soins et traitements effectués le sont pour : convalescence ou soins de suite, réadaptation ou rééducation (fonctionnelle ou motrice, des maladies cardio-vasculaires, des affections respiratoires, des affections hépatodigestives), rééducation ou réinsertion sociale et professionnelle ou pour des cures de toutes natures ;
- dans les établissements, services, maisons ou centres de repos, d'hébergement, de plein air, de retraite, en hospice de vieillards, instituts médico-pédagogiques, établissements et services de gériatrie ou de gérontologie et pour personnes âgées dépendantes, établissements, services ou centre thermaux, climatiques, diététiques, de thermalisme diététique, héliomarins, sanatoriums ou préventoriums, aériums, de lutte contre la tuberculose, en services, centres ou établissements hospitaliers psychiatriques ;
- dues à une maladie psychique, à un bilan de santé (check-up) ou à un traitement à but de rajeunissement ;
- dues à l'état de grossesse, les accouchements et leurs suites (sauf ceux occasionnés par un accident), une interruption volontaire de grossesse ;
- dues aux affections de types psychiatriques : troubles mentaux, états dépressifs quelle qu'en soit l'origine ;
- dues aux opérations de chirurgie esthétique, de chirurgie plastique non consécutives à un accident garanti ;
- dues à l'usage de stupéfiants ou drogues, non prescrits médicalement ;
- dues à un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la Législation en vigueur au jour du sinistre ;
- dues aux cures de désintoxication, de sommeil et d'amaigrissement.

CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- au 80^{ème} anniversaire du bénéficiaire des prestations ;
- au 18^{ème} anniversaire des enfants du membre participant ou de son conjoint (26 ans s'ils poursuivent des études et sont fiscalement à la charge du membre participant) ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de décès du membre participant ou de ses ayants droit ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité ;
- en cas de résiliation par le membre participant à la date d'échéance prévue au certificat d'adhésion, avec un préavis de 2 mois :

1 - Soit par lettre ou tout autre support durable,

2 - Soit par déclaration faite à ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escapades - 84170 MONTEUX,

3 - Soit par acte extrajudiciaire,

4 - Soit, lorsque MILTIS propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication,

5 - Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure.

- en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § « DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS ».

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation. Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un membre participant.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

Garantie Indemnités Journalières d'Hospitalisation toutes causes :

La cotisation est calculée en fonction de l'âge par différence de millésime (entre l'année d'adhésion et l'année de naissance) et du niveau choisi. Elle évolue en fonction de l'âge du membre participant et de ses ayants droit.

Garantie Indemnités Journalières d'Hospitalisation en cas d'accident :

La cotisation est fixe en fonction du niveau choisi et n'évolue pas en fonction de l'âge du membre participant et de ses ayants droit.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Outre l'évolution en fonction de l'âge pour la garantie Indemnités Journalières d'Hospitalisation toutes causes, les cotisations peuvent également évoluer à l'échéance anniversaire des garanties en fonction des résultats du contrat.

Toute modification du contrat sera notifiée au membre participant, au moins deux (2) mois avant sa prise d'effet. Le consentement du membre participant à une modification peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, il est précisé que ce consentement est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formée auprès de la Mutuelle ou de son Gestionnaire de la part du membre participant dans les trente (30) jours suivant son exécution.

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle ou son gestionnaire adressera au membre participant par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours.

SINISTRE

DECLARATION DU SINISTRE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, les hospitalisations doivent être déclarées par le membre participant, ses ayants droit, ou toutes personnes agissant au titre de ce contrat **dans les cinq (5) jours ouvrés après qu'ils en ont eu connaissance.**

La déclaration doit être adressée par tout moyen au Médecin Conseil d'ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des allocations journalières en cas d'hospitalisation intervient, au plus tard dans les quinze (15) jours suivant la présentation d'un certificat de présence délivré par l'établissement hospitalier et d'une facture comportant les dates d'entrée et de sortie de l'établissement hospitalier. De plus, le bénéficiaire des prestations doit joindre un certificat médical précisant la nature de l'affection ayant nécessité le séjour à l'hôpital.

Pour toute hospitalisation supérieure à 30 jours, des acomptes pourront être versés à la demande du bénéficiaires des prestations à condition d'être en possession de toutes les pièces justificatives nécessaires.

La Mutuelle ou le Gestionnaire se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires et notamment des décomptes et notifications de la Sécurité sociale.

Les demandes de paiement doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation.

En cas de déclaration tardive causant un préjudice à la Mutuelle et prouvé, celle-ci a la possibilité de refuser le versement de la prestation demandée.

CONTROLE ET EXPERTISE MEDICALE

La Mutuelle ou son gestionnaire, peut demander au bénéficiaire des prestations, par l'intermédiaire de son médecin conseil si besoin, tout renseignement ou document complémentaire qu'elle/il juge utile, et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, le bénéficiaire des prestations doit lui communiquer sans délai ces informations et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle. Le bénéficiaire des prestations a la possibilité de se faire accompagner lors de cette expertise médicale par un médecin de son choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine. Les frais et honoraires du médecin que le bénéficiaire des prestations a choisi, demeurent à sa charge.

Lorsque les informations sont demandées par le médecin conseil, elles sont transmises soit directement sous pli confidentiel, soit par l'intermédiaire de son médecin.

La Mutuelle ou son gestionnaire peut également interroger la/les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie ou toute personne ayant réalisé une facturation de soins à l'encontre du bénéficiaire des prestations afin de confronter les décomptes et justificatifs fournis par ce dernier.

En fonction du résultat de ces contrôles, la Mutuelle ou son gestionnaire se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou qui a déjà été réalisé ou le montant de sa prise en charge.

De plus, en cas de fraude avérée, la mutuelle ou son gestionnaire :

- procède à la demande de restitution des frais versés au bénéficiaire des prestations le cas échéant ;
- se réserve le droit de procéder à la radiation du bénéficiaire des prestations conformément aux statuts de la mutuelle et d'engager toute poursuite judiciaire qu'elle jugera utile.

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire des prestations et le médecin conseil, les deux parties font appel à un troisième médecin pour les départager dans le mois suivant la décision rendue, et à l'avis duquel les parties doivent se ranger.

Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin est désigné par la juridiction compétente sur requête de la partie la plus diligente.

De convention expresse, le bénéficiaire des prestations reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle ou son gestionnaire pourra, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

LOI MADELIN

Le travailleur non-salarié, non agricole en activité peut bénéficier de la déductibilité fiscale de ses cotisations pour le présent contrat, s'il remplit les conditions prévues par cette loi. Il doit notamment être à jour du paiement de ses cotisations dues au titre de son régime obligatoire, et éventuellement de celles de son conjoint et de ses enfants.

DISPOSITIONS DIVERSES

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les informations recueillies par ASRAMA GESTION font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement.

Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'ASRAMA GESTION, l'organisme d'assurance, le cas échéant, l'intermédiaire en assurances, le réassureur, l'association souscriptrice, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion.

Les données personnelles de l'utilisateur peuvent faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne encadrés par une décision d'adéquation rendue par la Commission Européenne.

ASRAMA GESTION prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : ASRAMA GESTION - à l'attention du D.P.O - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX ou contact-cnil@asrama.fr. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 PARIS.

ASRAMA GESTION se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance instauré par le décret n° 2011-733 du 27 juin 2011 (article L.431-1 du Code de la mutualité).

PRESCRIPTION

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

Article L 221-11 du Code de la mutualité :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

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

Article L 221-12 du Code de la mutualité :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Art L 221-12-1 du Code de la mutualité :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code de la mutualité.**

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;

• une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;

• l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

• l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

SANCTION EN CAS DE FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat), L.221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.

SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, la mutuelle exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au bénéficiaire.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant peut adresser une réclamation au Gestionnaire, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- e-mail adressé à reclamation@asrama.fr , en précisant son numéro de membre participant ;
- courrier adressé à ASRAMA GESTION - Service Réclamations - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, en précisant son numéro de membre participant.

ASRAMA GESTION en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant pourra saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an à compter de sa réclamation auprès du Gestionnaire selon les modalités suivantes :

- soit via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse : www.mediateur-conso.cmap.fr,
- soit par courrier électronique à : consommation@cmap.fr
- soit par courrier postal l'adresse suivante : CMAP - Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin Roosevelt, 75008 PARIS

Le membre participant doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

RÉGIMES MÉDICAUX PRÉVOYANCE : Souscripteur du contrat

Association loi de 1901 - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX

MATEO : Intermédiaire d'assurance, Co-concepteur et Distributeur du contrat

Siège social : - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 13 97 01 77

Société par Actions simplifiée au capital de 500 000 € - RCS AVIGNON 840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 (www.orias.fr) - Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - ASSUREMA est une marque de la société MATEO.

ASRAMA GESTION : Gestionnaire du contrat

Société par Actions Simplifiée au capital de 425 000 € - Siège social : 25 Cours A Thomas, 69003 LYON -

RCS LYON 842 565 111 - N°Orias : 18 006 620 (www.orias.fr) - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie financière conformes au Code des Assurances.

Centre de gestion situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX

- Tél. : 04 84 85 72 40 - Mail : contact@asrama.fr .

MILTIS

Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • www.mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE



Décès par Accident

(Valant Conditions Générales)

Il a été conclu un contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n° MMR 18 entre :

- **d'une part l'Association RÉGIMES MÉDICAUX PRÉVOYANCE (RMP) située au 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX.**
- **et d'autre part l'organisme assureur MILTIS, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n°417 934 817), dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON.**
- **Ce contrat est ouvert aux membres de l'association RMP.**

La distribution du contrat est confiée, via son réseau d'Intermédiaires à ASSUREMA, 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX.

La gestion du contrat est déléguée à ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX.

Le niveau de garantie est précisé sur votre certificat d'adhésion.

Le contrat s'inscrit dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Le présent document constitue la Notice d'information contractuelle, prévue par l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. Il reprend les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction n° MDA 18, souscrit par l'association RMP auprès de Miltis, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

LEXIQUE

ACCIDENT

Est considéré comme accident toute atteinte corporelle - à l'exclusion d'une maladie - et résultant d'un événement soudain, imprévu et qui est extérieur à ce dernier ou, s'il n'est pas extérieur, qui est involontaire. Ce sont notamment les traumatismes, les chutes, les chocs, les fractures, les morsures, les piqûres d'animaux ou de plantes, les brûlures, asphyxies et empoisonnements divers.

Ne sont notamment pas considérés comme accident mais comme maladie les événements tels que : l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, la rupture d'anévrisme, l'épilepsie, le suicide, la tentative de suicide, les traitements à but esthétique et leurs conséquences.

La preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le risque assuré incombe au bénéficiaire des prestations.

ASSURE

Il s'agit du membre participant et son conjoint le cas échéant, sur lesquels repose la garantie.

AVENANT

C'est le document établi par la mutuelle et envoyé au membre participant, constatant une modification du contrat.

BÉNÉFICIAIRE

Il s'agit de la ou les personnes qui recevront la prestation due par la mutuelle en cas de réalisation du risque.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

C'est le document envoyé au membre participant après acceptation de son bulletin d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et la garantie souscrite.

CONJOINT

Toute personne mariée, non séparée de corps ou ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

DÉLAI D'ATTENTE

Il s'agit de la période pendant laquelle la garantie ne s'applique pas ou ne s'applique que partiellement.

Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

MALADIE

Toute altération de la santé entraînant une modification de l'état général et pouvant être constatée par une autorité médicale, et n'ayant pas pour origine un accident, ni le fait volontaire du bénéficiaire des prestations ou d'un tiers.

MEMBRE PARTICIPANT

Personne physique qui adhère à la garantie Décès par accident.

MUTUELLE

Il s'agit de Miltis, mutuelle soumise au Livre II du Code de la mutualité, et organisme assureur du présent contrat.

RISQUE :

Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du membre participant ou du bénéficiaire.

TRANSPORT EN COMMUN

Moyen de transport public commercial terrestre (excepté le taxi), maritime, fluvial ou aérien, agréé pour le transport payant de passagers dans un périmètre et à des horaires de départs et d'arrivées déterminés, et en échange d'un titre de transport acquitté.

OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet le versement d'un capital forfaitaire au bénéficiaire du contrat désigné en cas de décès de l'assuré, consécutif à la survenance d'un accident garanti.

DELEGATION DE DISTRIBUTION ET DE GESTION

La distribution de la garantie Bien-être Prévoyance est confiée, via son réseau d'Intermédiaires à ASSUREMA, 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX.

La gestion administrative de la garantie Bien-être Prévoyance est confiée à ASRAMA GESTION dont le Centre de gestion est situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, ci-après dénommé le Gestionnaire.

ADHESION ET VIE DE LA GARANTIE

CONDITIONS D'ADHESION

Pour être assurable au titre de la présente garantie, l'assuré doit être une personne physique résidant en France métropolitaine (hors Monaco) ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**). **Pour adhérer à la garantie, l'assuré doit être âgés d'au moins 18 ans au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion à la garantie et d'au plus 75 ans à la date de signature du bulletin d'adhésion.**

Le membre participant, et son conjoint le cas échéant, doivent souscrire le même niveau de garantie.

De plus, le membre participant et son conjoint le cas échéant, doivent obligatoirement au moment de l'adhésion, bénéficier d'un contrat de complémentaire santé assuré par Miltis.

FORMALITÉS D'ADHESION

L'assuré doit compléter, signer et dater un bulletin d'adhésion.

PRISE D'EFFET DE L'ADHESION – DELAI D'ATTENTE

La garantie prend effet au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'ASRAMA GESTION du bulletin d'adhésion, complété, daté et signé, sous réserve d'acceptation par la mutuelle expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

Aucun délai d'attente n'est applicable.

DROIT DE RENONCIATION

Le membre participant dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion.

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :

- si des prestations ont été versées, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera au membre participant dans un délai de 30 (trente) jours.

Informations spécifiques à la vente à distance

La garantie est vendue à distance si elle est conclue au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge du membre participant (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

Informations en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date de signature du bulletin d'adhésion). Le membre participant ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, en recommandé avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de membre participant), demeurant à ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signé le (date)"

A Le

Signature

MODIFICATION DE LA GARANTIE ET DE LA CLAUSE BENEFICIAIRE

L'assuré peut à tout moment modifier son adhésion initiale en adressant un courrier avec avis de réception au Gestionnaire.

- Augmentation du capital assuré : Cette modification prendra effet à la date d'émission de l'avenant sous réserve de l'encaissement effectif de la nouvelle cotisation.

DURÉE DE L'ADHÉSION

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un régime de base ou dans les cas définis au paragraphe cessation des garanties. En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

CHANGEMENT DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ

L'assuré doit informer le Gestionnaire par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans sa situation :

- d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement de compte bancaire débité.

GARANTIE

MONTANT DU CAPITAL GARANTI

Le montant du capital garanti est mentionné au sein du certificat d'adhésion.

LES ACCIDENTS GARANTIS

La garantie du présent contrat couvre toutes les conséquences de tous les accidents survenus dans le cadre de la vie privée, professionnelle, ou sportive à l'exception toutefois des événements cités au paragraphe « Risques exclus » de la présente Notice d'information.

Les accidents couverts par la garantie sont notamment :

- Les accidents de transport en commun : ce sont les accidents corporels dont peut être victime l'assuré, en sa qualité de passager lors de ses déplacements en transport en commun.
- Les accidents de la circulation : ce sont les accidents corporels survenant sur la voie publique et dont peut être victime l'assuré, en sa qualité de piéton, cycliste, conducteur ou passager d'un véhicule terrestre à moteur à deux, trois ou quatre roues, y compris d'un taxi, autre qu'un moyen de Transport en commun.
- Les accidents de trajet professionnel : sont également compris dans la garantie, les accidents corporels pouvant survenir pendant le trajet d'aller et de retour du domicile de l'assuré, à son lieu de travail dans les termes et conditions définies à l'article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale.
- Les accidents de sports : ce sont les accidents survenant dans le cadre de la pratique par l'assuré, de sports, à titre amateur, ne faisant pas l'objet d'une exclusion.

ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

La garantie est accordée en France métropolitaine et dans le monde entier **lors des séjours n'excédant pas trois mois par an, consécutifs ou non.**

Le paiement du capital s'effectue en France métropolitaine et en euros.

CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE LA GARANTIE

Pour la mise en œuvre de la garanties, le membre participant doit être à jour de ses cotisations ainsi que celles de son conjoint le cas échéant, et le sinistre doit satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- L'accident à l'origine du décès de l'assuré doit survenir pendant la période garantie.
- Le décès de l'assuré doit survenir dans les 12 mois suivant la survenance de l'accident garanti.

RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie, les maladies de toute nature.

Ne sont pas garanties les conséquences des accidents :

- Survenus en dehors de la période de validité de la garantie ;
- Causés ou provoqués intentionnellement par la personne assurée ou le bénéficiaire, ou avec leur complicité ;
- causés par le suicide ou la tentative de suicide de la personne assurée ;
- les accidents causés par les manifestations pathologiques suivantes chez l'assuré : apoplexie, épilepsie, maladies mentales, maladies de la moelle épinière, paralysie ;
- survenus au cours ou à la suite d'un acte médical ou chirurgical, sauf si ces événements constituent la suite immédiate et directe d'un accident garanti ;
- survenu à l'occasion de l'utilisation par l'assuré, en sa qualité de conducteur ou de passager, d'une moto de cylindrée supérieure à 50 cm³ ;
- résultant d'un état d'éthylisme de l'assuré ou de l'usage par lui de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- résultant de la participation volontaire de l'assuré à une rixe (sauf en cas de légitime défense), à un délit intentionnel, à des actes de terrorisme et de sabotage ;
- résultant de la manipulation volontaire par l'assuré d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
- résultant de la pratique par l'assuré de sports aériens (y compris le vol libre et le parachutisme) sous toutes ses formes, de la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, ou de sa participation à des compétitions comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque ou d'une embarcation à moteur ainsi que leurs essais ;
- résultant de la pratique par l'assuré d'un sport à titre professionnel ;
- survenant lorsque l'assuré pilote un avion ou est membre d'équipage ou passager de tout appareil aérien n'appartenant pas à une compagnie régulière ou "charter" dûment agréée pour le transport payant des voyageurs sur lignes régulières ;
- consécutif à la conduite par l'assuré d'un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la législation en vigueur ;
- occasionnés par un tremblement de terre, une inondation ou tout autre cataclysme ;
- consécutifs à une guerre étrangère, guerre civile, à des émeutes ou des mouvements populaires, à une rixe (sauf s'il est prouvé que l'assuré agissait dans le cadre de la légitime défense), à une grève ou lock-out ;
- occasionnés par une modification de la structure du noyau atomique, les effets directs ou indirects des risques atomiques ;

Sont en outre exclus du bénéfice de la garantie, toutes personnes membres des forces armées, de gendarmerie, de police nationale ou municipale en service commandé.

CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que l'assuré ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- au 80ème anniversaire de l'assuré ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de décès de l'assuré. Lorsque le conjoint est assuré au titre du même contrat que le membre participant et que ce dernier décède, la garantie est maintenue jusqu'à la prochaine échéance de cotisation, puis est résiliée de plein droit. Si le conjoint le souhaite, un nouveau contrat lui sera proposé, qui tiendra compte de la garantie et des conditions antérieures à la résiliation ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité ;
- en cas de résiliation par le membre participant à la date d'échéance prévue au certificat d'adhésion, avec un préavis de 2 mois :
 - 1 - Soit par lettre ou tout autre support durable,
 - 2 - Soit par déclaration faite à ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escapades - 84170 MONTEUX,
 - 3 - Soit par acte extrajudiciaire,
 - 4 - Soit, lorsque MILTIS propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication,
 - 5 - Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure.

- en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § « DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS ».

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

Les conditions de radiation du conjoint sont identiques aux conditions de résiliation d'un membre participant.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

La cotisation est fixe en fonction du niveau choisi et n'évolue pas en fonction de l'âge de l'assuré.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Les cotisations peuvent évoluer à l'échéance anniversaire de la garantie en fonction des résultats du contrat.

Toute modification du contrat sera notifiée au membre participant, au moins deux (2) mois avant sa prise d'effet. Le consentement du membre participant à une modification peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, il est précisé que ce consentement est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formée auprès de la Mutuelle ou de son Gestionnaire de la part du membre participant dans les trente (30) jours suivant son exécution.

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement d'une cotisation, conformément à l'article L. 223-19 du Code de la mutualité, la mutuelle ou son Gestionnaire adressera une lettre recommandée au plus tôt dans les dix jours (10) après la date d'échéance pour indiquer que le défaut de paiement dans les quarante jours (40) à compter de l'envoi de cette lettre, entraînera la résiliation de plein droit de la garantie.

BENEFICIAIRE DU CAPITAL DECES

Le capital garanti est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). Le bénéficiaire peut être une personne morale ou une personne physique (à l'exclusion des personnes morales ou physiques accordant un prêt).

Modalités et conséquences de la désignation du ou des bénéficiaire(s) :

L'assuré peut désigner le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès par accident dans le bulletin d'adhésion et ultérieurement par avenant au contrat ou suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré peut porter au contrat les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par la Mutuelle ou son Gestionnaire.

A défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'assuré, notifiée à la Mutuelle ou à son Gestionnaire ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- Au conjoint non séparé judiciairement de corps,
- A défaut de conjoint, le capital est versé par parts égales entre eux :
- Aux enfants de l'assuré nés ou à naître, vivant ou représentés.
- A défaut de tous les susnommés, aux héritiers selon la dévolution successorale.

Toute désignation de bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance de la Mutuelle ou de son Gestionnaire ne lui sera pas opposable.

L'assuré, sauf hypothèse de l'acceptation par le bénéficiaire, peut modifier cette clause bénéficiaire selon ses souhaits. L'attention de l'assuré, est attirée sur le fait qu'en cas d'acceptation par le bénéficiaire de la stipulation faite à son profit, cette désignation, sauf renonciation écrite faite par le bénéficiaire acceptant, devient irrévocable, sauf dispositions légales particulières. A défaut d'accord du bénéficiaire acceptant, l'assuré, ne pourra procéder à aucune modification. L'acceptation peut être faite soit par un avenant signé de la Mutuelle ou de son Gestionnaire, de l'assuré et du bénéficiaire, soit par acte authentique ou par un acte sous seing privé, signé de l'assuré, et du bénéficiaire, mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de la Mutuelle ou de son Gestionnaire que lorsqu'il lui a été notifié par écrit.

• Modification de la clause bénéficiaire :

En cas de modification de la clause bénéficiaire en cours de contrat, l'assuré devra en aviser expressément le Gestionnaire. Cette modification peut être mise en œuvre par un acte sous seing privé ou par un acte authentique.

SINISTRE

Déclaration du sinistre

Les ayants droit de l'assuré ou toute personne agissant au titre de ce contrat doivent effectuer une déclaration dans les plus brefs délais suivant le décès de l'assuré.

La déclaration et les pièces justificatives doivent être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à l'ordre du Médecin-Conseil d'ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX.

Pièces justificatives

La déclaration de sinistre doit comprendre les pièces justificatives suivantes :

- le numéro de contrat figurant sur le certificat d'adhésion ;
- un extrait d'acte de décès de l'assuré ;
- un justificatif de l'identité du bénéficiaire et le cas échéant un certificat d'hérédité ou une copie du Livret de famille,
- les pièces justifiant la nature accidentelle du décès (procès-verbal de gendarmerie, certificat médical, etc.)
- tout élément permettant de justifier que le décès est la conséquence directe d'un accident survenu pendant la période d'effet des garanties.

La Mutuelle ou son Gestionnaire se réserve la possibilité de réclamer au bénéficiaire toute autre pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier, dans un délai n'excédant pas 10 jours à compter de la déclaration du sinistre.

Versement du capital décès

A compter de la date de réception de l'ensemble des pièces justificatives visées ci-dessus, la Mutuelle ou son Gestionnaire verse dans un délai qui ne peut excéder un mois le capital garanti au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

EVOLUTION DU CAPITAL GARANTI APRES LE DECES DE L'ASSURE

Le capital souscrit est revalorisé à compter du décès de l'assuré et jusqu'à réception de l'ensemble des pièces nécessaires au paiement, ou, le cas échéant jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations, dans les conditions fixées par les articles L. 223-19-1 et R. 223-9 du Code de la mutualité.

DISPOSITIONS DIVERSES

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les informations recueillies par ASRAMA GESTION font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement.

Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'ASRAMA GESTION, l'organisme d'assurance, le cas échéant, l'intermédiaire en assurances, le réassureur, l'association souscriptrice, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion.

Les données personnelles de l'utilisateur peuvent faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne encadrés par une décision d'adéquation rendue par la Commission Européenne.

ASRAMA GESTION prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : ASRAMA GESTION - à l'attention du D.P.O - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX ou contact-cnill@asrama.fr. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 PARIS.

ASRAMA GESTION se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance instauré par le décret n° 2011-733 du 27 juin 2011 (article L.431-1 du Code de la mutualité).

PRESCRIPTION

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

Article L 221-11 du Code de la mutualité :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

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

Article L 221-12 du Code de la mutualité :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Art L 221-12-1 du Code de la mutualité :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code de la mutualité.**

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;**
- **l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;**
- **une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;**
- **l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.**

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- **l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).**

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

SANCTION EN CAS DE FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat), L.221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.

SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, la mutuelle exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au bénéficiaire.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant peut adresser une réclamation au Gestionnaire, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- e-mail adressé à reclamation@asrama.fr, en précisant son numéro de membre participant ;
- courrier adressé à ASRAMA GESTION - Service Réclamations - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, en précisant son numéro de membre participant.

ASRAMA GESTION en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant pourra saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an à compter de sa réclamation auprès du Gestionnaire selon les modalités suivantes :

- soit via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse : www.mediateur-conso.cmap.fr,
 - soit par courrier électronique à : consommation@cmap.fr
 - soit par courrier postal l'adresse suivante : CMAP – Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin Roosevelt, 75008 PARIS
- Le membre participant doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

ANNEXE - REGIME FISCAL DU CONTRAT D'ASSURANCE

La Garantie Décès par accident est soumise, selon la législation en vigueur au 1^{er} janvier 2018, au régime fiscal et social de droit français suivant pour les personnes résidentes fiscales en France.

Fiscalité en cas de décès

En cas de désignation du bénéficiaire à titre gratuit :

A l'ouverture de la succession de l'assuré, les sommes versées au(x) bénéficiaire(s) bénéficient d'une exonération de droits de mutation dans certaines limites selon l'âge de l'assuré lors du versement des cotisations.

Age de l'assuré lors du versement des primes	
Avant 70 ans	<p>Article 990 I du Code Général des Impôts :</p> <p>Abattement de 152 500€ par bénéficiaire désigné pour tous contrats d'assurance vie confondus sur la tête d'un même assuré.</p> <p>Au-delà de cet abattement, prélèvement forfaitaire de :</p> <ul style="list-style-type: none">• 20% pour la fraction de la part taxable de chaque bénéficiaire ≤ 700 000€,• 31.25% pour la fraction de la part taxable de chaque bénéficiaire au-delà de 700 000€.
Après 70 ans	<p>Article 757 B du Code Général des Impôts :</p> <p>Abattement de 30 500€ par bénéficiaire désigné pour tous contrats d'assurance vie confondus sur la tête d'un même assuré.</p> <p>Au-delà de cet abattement les cotisations versées après le 70ème anniversaire sont soumises aux droits de successions.</p> <p>Les intérêts et participation aux bénéfices s'y rapportant sont totalement exonérés de droits de succession.</p>

Exonérations :

Les sommes versées à titre gratuit aux bénéficiaires suivants sont totalement exonérées de droits de mutation :

- le conjoint de l'assuré ou son partenaire liée par un Pacte Civile de Solidarité (PACS) ;
- les frères et sœurs de l'assuré lorsque les conditions suivantes sont remplies au moment du décès :
 - o Ils sont âgés de plus de 50 ans ou atteint d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité de subvenir par leur travail aux nécessités de l'existence,
 - o Ils doivent être célibataires, veufs, divorcés ou séparés de corps,
 - o Ils doivent être constamment domiciliés avec le défunt pendant les 5 années ayant précédées le décès ce dernier.

RÉGIMES MÉDICAUX PRÉVOYANCE : Souscripteur du contrat

Association loi de 1901 - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX

MATEO : Intermédiaire d'assurance, Co-concepteur et Distributeur du contrat

Siège social : 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 13 97 01 77

Société par Actions simplifiée au capital de 500 000 € - RCS AVIGNON 840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 (www.orias.fr) - Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - ASSUREMA est une marque de la société MATEO.

ASRAMA GESTION : Gestionnaire du contrat

Société par Actions Simplifiée au capital de 425 000 € - Siège social : 25 Cours A Thomas, 69003 LYON -

RCS LYON 842 565 111 - N°Orias : 18 006 620 (www.orias.fr) - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie financière conformes au Code des Assurances.

Centre de gestion situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX

- Tél. : 04 84 85 72 40 - Mail : contact@asrama.fr .

MILTIS

Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • www.mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)