

NOTICE D'INFORMATION

N° PAIJH1985 & PADC1985 -
04.2021

- + Conditions Générales d'Assistance
- + Statuts Mutuelle Bleue
- + Statuts GPST

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Le contrat « Néoliane Prévoyance » est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'association GPST auprès de Mutuelle Bleue, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, située au 25 place de la Madeleine - 75008 Paris, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex, est chargée du contrôle de Mutuelle Bleue. Les droits et obligations de l'Assuré peuvent être modifiés par des avenants au contrat.

Le montant de la cotisation est fixé de façon définitive à l'adhésion et calculé en fonction de l'option choisie, le cas échéant de l'âge de l'Assuré.

Le contrat garantit (article 1 de la Notice d'information de chacune des garanties) le versement d'une indemnité journalière hospitalière en cas d'accident (comprise entre 20 € et 150 €, au choix de l'adhérent) et/ou d'un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré. Le capital souscrit ne pourra être inférieur à 15 000 euros et supérieur à 100 000 euros.

Le Contrat prévoit également un service d'assistance fourni par IMA.

Les exclusions prévues par le contrat sont prévues par l'article 6 pour l'IJH et l'article 7 pour le Capital Décès/PTIA de la Notice d'information de chacune des garanties.

La présente offre contractuelle est valable jusqu'à la date indiquée sur le devis personnalisé. L'adhésion se fait au moyen d'une demande d'adhésion remplie et signée par l'Assuré.

La durée minimale de l'adhésion s'étend à compter de sa date d'effet et pendant un an jusqu'à sa date anniversaire, puis au 31 décembre de l'année suivante. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

La cotisation est payable d'avance. L'Assuré peut opter pour un paiement mensuel.

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion au présent Contrat pendant quatorze jours (14) calendaires révolus soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un Sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

La demande de renonciation doit être adressée par écrit sur le site :

www.neoliane-sante.fr/service-client

ou envoyée à l'adresse suivante :

Néoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais - Immeuble Plaza
06200 Nice

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Je soussigné(e) M. /Mme (nom, prénom, adresse, n° Adhérent) déclare renoncer à mon adhésion n° au Contrat « Néoliane Prévoyance » dont la date d'effet est fixée au ... /... /... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception du présent courrier.

Fait à , le

(Signature)

Les relations précontractuelles et contractuelles avec Néoliane Santé & Prévoyance sont régies par le droit français. Néoliane Santé & Prévoyance et Mutuelle Bleue s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

En cas de difficultés liées à l'application de la présente Notice, l'Assuré peut contacter le Gestionnaire ou Néoliane Santé & Prévoyance selon les modalités détaillées à l'article 10 de la présente Notice d'information, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de l'Assuré. Ainsi, les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par l'Assuré et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. La durée du contrat recommandée dépend notamment de la situation patrimoniale de l'Assuré, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat

choisi. L'Assuré est invité à demander conseil auprès de sa mutuelle.

La ou les personnes physiques ou morales désignées pour recevoir le capital prévu en cas de décès de l'Assuré(e). Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit par l'Assuré sur papier libre en précisant leur nom, prénom, nom de naissance, date de naissance, lieux de naissance dont le code postal et la ville ainsi que la quote-part éventuelle.

La désignation peut également se faire suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

L'attention de l'Assuré est attirée sur l'importance attachée à la rédaction de la clause bénéficiaire, notamment en termes d'identité du bénéficiaire et de l'opportunité de prévoir un bénéficiaire subséquent notamment en cas de décès du bénéficiaire désigné ou si les renseignements délivrés concernant le bénéficiaire désigné ne permettraient pas à la Mutuelle d'identifier ce dernier. Toute désignation de bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance de la Mutuelle ne lui sera pas opposable.

L'Assuré peut modifier à tout moment et pendant toute la durée du contrat, la désignation du ou des bénéficiaires sauf cas d'acceptation.

L'acceptation a pour conséquence de rendre irrévocable la désignation du ou des bénéficiaires avec pour conséquence de rendre indispensable l'accord préalable du bénéficiaire lorsque l'Assuré souhaite lui substituer un autre bénéficiaire. À défaut de ce consentement, la Mutuelle ne peut donner une suite favorable aux demandes de l'Assuré.

L'Assuré peut maintenir la confidentialité de la désignation contenue dans la clause bénéficiaire afin de se prémunir contre les conséquences d'une éventuelle acceptation, sous réserve d'informer la Mutuelle du mode de désignation choisi.

La désignation des bénéficiaires est précaire et peut à tout moment être modifiée. Tout changement n'est valablement opposable à la Mutuelle qu'autant qu'il lui a été signalé, et que celle-ci ait normalement accusé réception de ce changement.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou plusieurs d'entre eux, la part lui (leur) revenant sera répartie, sauf dispositions contraires mentionnées sur la désignation, entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

À défaut de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les sommes dues sont attribuées selon l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou au Partenaire avec lequel l'Assuré est lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- à défaut à ses enfants nés ou à naître (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis), présents ou représentés, par parts égales ;
- à défaut à ses père et mère par parts égales ;
- à défaut aux héritiers de l'Assuré par parts égales.

Réclamations et litiges

L'Assuré peut adresser une réclamation à son interlocuteur habituel.

En cas de réponse non satisfaisante, l'Assuré peut adresser une réclamation par écrit, au Gestionnaire, lequel s'engage à accuser réception et à apporter une réponse dans les meilleurs délais et ce, à l'adresse suivante : <https://assure-neoliane.meprotege.fr/home> OU Centre de gestion Néoliane BP 90051 – 31602 Muret CEDEX

Le Gestionnaire s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

En cas de désaccord à l'issue de cette procédure de réclamation interne, l'Assuré peut saisir le médiateur de la consommation de la Mutualité Française (FNMF) à l'adresse suivante :

Par courrier : Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15

Site internet : www.mediateur-mutualite.fr

Ce dernier, après avoir vérifié le respect de la procédure de réclamation interne, examinera la demande de l'Assuré et rendra une proposition en toute équité et en toute indépendance.

IJH : Indemnités Journalières Hospitalières en cas d'Accident



Il est important de pouvoir se consacrer sereinement à sa convalescence. Pour faire face au quotidien, bénéficiez du versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation suite à un accident.

À partir de 2,91 € par mois,

vous bénéficiez des avantages suivants :

- Versement d'une allocation allant jusqu'à 150 €/jour
- Durée maximum de garantie : 1 an
- Couverture jusqu'à l'âge de 75 ans
- Possibilité d'assurer ses enfants



	 Allocation	 Cotisation mensuelle par bénéficiaire ⁽¹⁾
IJ 20	20 € /jour	2,91 €
IJ 25	25 € /jour	3,52 €
IJ 40	40 € /jour	5,33 €
IJ 50	50 € /jour	6,54 €
IJ 60	60 € /jour	7,74 €
IJ 70	70 € /jour	8,95 €
IJ 75	75 € /jour	9,56 €
IJ 80	80 € /jour	10,16 €
IJ 90	90 € /jour	11,37 €
IJ 100	100 € /jour	12,57 €
IJ 110	110 € /jour	13,78 €
IJ 120	120 € /jour	14,99 €
IJ 125	125 € /jour	15,59 €
IJ 130	130 € /jour	16,20 €
IJ 140	140 € /jour	17,40 €
IJ 150	150 € /jour	18,61 €

(1) Tarifs en vigueur au 01/01/2021

Caractéristiques de l'offre IJH :

- ✓ Aucune formalité médicale
- ✓ Franchise de 24 heures
- ✓ Allocation totalement exonérée d'impôts
- ✓ Formule cumulable à tout type de garantie Offre
- ✓ Accessible jusqu'à 70 ans inclus à l'adhésion



François, 62 ans – Calais

J'ai été hospitalisée durant 3 semaines. Ma garantie hospitalisation m'a permis de financer mes frais.



Sophie, 27 ans – Marseille

Pendant une hospitalisation de plusieurs jours, j'ai pu gérer les imprévus grâce à mon indemnité journalière.



Ils ont su gérer
des dépenses
inattendues



Laurent et Audrey, 45 et 42 ans, et Lucie, 9 ans – Nice

Notre fille a fait une mauvaise chute au ski. Les indemnités journalières nous ont aidé à faire face à de nombreux frais.

La notice d'information a pour objet de décrire les conditions et modalités de fonctionnement du contrat de prévoyance "Neoliane Prévoyance", comprenant deux garanties, au choix de l'adhérent, la garantie "Indemnités Journalières hospitalières en cas d'Accident" et la garantie " Décès / PTIA par d'Accident ". À ce titre, la Notice d'information sera décomposée en deux Notices propres à chaque garantie.

L'association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous), Association régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901 – située 38-40, avenue des Champs-Élysées 75008 PARIS – a souscrit un contrat collectif à adhésion facultative pour la garantie "Neoliane Prévoyance" pour le compte de ses membres auprès de Mutuelle Bleue, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, domiciliée 25 place de la Madeleine - 75008 Paris, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993 (ci-après désignée la "Mutuelle"). Tout changement des prestations et/ou des cotisations du contrat collectif à adhésion facultative fera l'objet d'un avenant entre Mutuelle Bleue et l'Association GPST (article L. 221-5 du Code de la mutualité). Les modifications seront portées à la connaissance de chaque adhérent via l'émission d'une nouvelle Notice ou d'un Additif à celle-ci (article L. 221-6 du Code de la mutualité).

Mutuelle Bleue est l'assureur des garanties d'Assurance, Accident et décès offertes aux membres participants de la mutuelle et à leurs ayants droit. Le présent document est la notice relative à la souscription du Contrat Neoliane Prévoyance distribué par Neoliane Santé, immatriculée au RCS de Nice sous le numéro 510 204 274 et à l'ORIAS sous le numéro 09 050 488, dont le siège social est situé 455 Promenade des Anglais - Immeuble Nice Plaza – 06200 Nice.

La gestion de votre contrat est confiée à MUTUA GESTION – 187 avenue Jacques Douzans – 31602 MURET CEDEX ci-après dénommé le "Gestionnaire".

Cette notice d'information est régie par le Code de la mutualité.

NOTICE D'INFORMATION

Garantie Indemnités Journalières hospitalières en cas d'Accident

Notice n° PAIJH1985 04.2021

Préambule

Cette notice d'information a pour objet de décrire les conditions et modalités de fondement de votre garantie "Indemnités Journalières Hospitalières en cas d'Accident".

ARTICLE 1. OBJET DE VOTRE CONTRAT

La garantie a pour but de verser des indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation pour un accident survenu pendant la période de validité de la garantie.

Services non assurés par Mutuelle Bleue :

Les services d'assistance inclus dans chacune la garantie sont assurés par un prestataire dont les coordonnées figurent dans les Conditions générales de l'assisteur, figurant en annexe 1 de la présente Notice. Les services assurés par le prestataire susvisé sont susceptibles d'être modifiés et/ou remis en cause par ce dernier.

ARTICLE 2. DÉFINITIONS

Adhésion : contrat liant le membre participant à la mutuelle.

Souscripteur : l'Association.

Adhérent (1^{er} Assuré) : c'est la personne physique adhérant au contrat et répondant aux conditions d'adhésion à la garantie.

Conjoint / concubin (2nd Assuré) : Ille conjoint, le concubin vivant maritalement avec l'affilié ou le cocontractant d'un pacte civil de solidarité désirant être Assuré au contrat, répondant également aux conditions d'adhésion à la garantie.

Autres personnes assurables : les enfants fiscalement à charge du 1^{er} et 2nd Assuré, âgés de moins de 28 ans.

Assuré : personnes physiques habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhérent lui-même et le ou les Ayants droit désignés par celui-ci sur la demande d'adhésion.

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, survenue pendant la durée de l'adhésion, et provenant de l'action soudaine, imprévisible et exclusive d'une cause extérieure.

Ne sont toutefois pas considérés comme des Accidents au sens du présent contrat, les affections organiques, connues ou non, dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ainsi, ne sont pas considérés comme des Accidents les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les attaques et les hémorragies cérébrales.

Par ailleurs, toute blessure ou lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non

consécutif à un Accident, ne peut être considérée comme un Accident.

IJH (Indemnités Journalières Hospitalières) : prestation forfaitaire déterminée par avance destinée à compenser des préjudices financiers directs ou indirects liés à une hospitalisation provoquée par un Accident.

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale habilitée et qualifiée.

Les affections aiguës ou chroniques : lumbagos, tour de rein, sciatiques, lombosciatalgies, déchirures, entorses, hernies sont considérées comme des maladies et non comme des Accidents, sauf si l'Assuré apporte la preuve qu'elles sont la conséquence directe d'un Accident garanti.

France : il faut entendre la France métropolitaine ainsi que les DROM COM.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (Hôpital ou clinique, public ou privé) d'au moins 24 heures consécutives dû à un Accident garanti (Cf. exclusions de garantie). A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de la Mutuelle (ou de ses mandataires) peut avoir accès.

Les hospitalisations non prescrites par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'un Accident ainsi que les hospitalisations à domicile ne sont pas couvertes.

Sinistre : La réalisation d'un événement prévu au contrat.

Au titre de la garantie, constitue un seul et même sinistre, l'ensemble des déclarations de sinistre résultant d'un même Accident.

ARTICLE 3. VIE DU CONTRAT

Conditions pour adhérer

Âge : L'Adhérent (1^{er} Assuré) doit être âgé entre 18 et 70 ans inclus lors de la souscription.

Le conjoint / concubin (2nd Assuré) doit être âgé entre 18 et 70 ans inclus lors de la souscription.

Les enfants : doivent être âgés de moins de 28 ans.

L'âge maximum de la couverture : 75 ans.

L'adhésion se fait au moyen d'une demande d'adhésion remplie et signée par l'Adhérent. Cette demande est transmise à MUTUA GESTION.

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Preise d'effet de l'adhésion des garanties

L'adhésion prend effet, sous réserve du règlement de la 1^{ère} cotisation, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion après validation de la demande d'adhésion par MUTUA GESTION dans les conditions visé es ci-dessous :

- en cas d'adhésion par écrit sur support papier, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par la Mutuelle, à la date d'enregistrement informatique de la demande d'adhésion dûment complétée et signée ;
- en cas d'adhésion conclus à distance au sens de l'article L.221-18 du Code de la mutualité, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen " d'une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat " sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par la Mutuelle, à la date d'enregistrement informatique de la demande du Contrat d'Assurance dûment complétée et signée.

En tout état de cause, la date d'effet sera définie au 15 du mois en cours si le contrat est reçu entre le 1^{er} et le 14 du mois en cours ou au premier du mois choisi par l'adhérent sauf pour le mois en cours / La date d'effet est définie au 1^{er} du mois suivant si le contrat est reçu entre le 15 et le 31 du mois en cours ou au premier du mois choisi par l'adhérent sauf pour le mois en cours. L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, soit jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion, il se renouvelle annuellement par tacite reconduction jusqu'au 31 décembre de chaque année dans la limite des 70 ans de l'Assuré.

L'Assuré doit avoir reçu et pris connaissance du contenu de la notice d'information avant la conclusion du contrat.

En cas d'incident de paiement sur la 1^{ère} cotisation, la prise d'effet est reportée à la date d'encaissement effective du paiement. À défaut de régularisation dans un délai de 3 mois, l'adhésion est annulée dans tous ses effets.

Durée de l'adhésion

D'une façon générale, les garanties prennent automatiquement fin :

- en cas de décès de l'Adhérent ;
- au 31 décembre de l'année des 75 ans de l'Adhérent ;
- au 31 décembre de l'année des 75 ans du conjoint ou concubin (2nd Assuré) ;
- au jour de la résiliation de l'adhésion.

Modification des garanties

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander à tout moment la modification de ses garanties à la hausse. En cas d'augmentation de garantie, les nouvelles garanties seront acquises, après acceptation de la Mutuelle et sous réserve que l'Assuré ait satisfait aux formalités prévues à l'article 3, à la date figurant sur l'avenant délivré par la Mutuelle, sous réserve du paiement effectif des cotisations correspondantes. Cette modification sera possible à l'issue de la première échéance dans la limite d'une modification tous les 12 mois d'adhésion. En cas de baisse de garantie, celle-ci devra se faire à date d'échéance. Tout Accident, entraînant une hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, sera indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris ses rechutes éventuelles (même pathologie).

Résiliation de l'adhésion par l'Adhérent

L'Adhérent a la faculté de résilier de plein droit le présent contrat, à chaque échéance annuelle, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à Neoliane Santé & Prévoyance, 2 mois au moins avant la date d'échéance à l'adresse suivante :

Neoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais – Nice Plaza
06200 Nice.

En cas de modification de ses droits et obligations, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, l'Adhérent peut résilier son adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice ou de l'additif.

Résiliation de l'adhésion par la Mutuelle

- En cas de non paiement des cotisations ou de la fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, une lettre en recommandée de mise en demeure » sera adressée à l'Adhérent.

À défaut de paiement dans les 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure, l'Adhérent sera exclu des garanties définies au contrat collectif. Les cotisations déjà perçues restent acquises à la Mutuelle. (Article L221.8 du Code de la mutualité).

- Fausses déclarations intentionnelles.

Que ce soit à l'adhésion ou en cours de garantie, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause. Par ailleurs, la communication d'informations erronées, portant sur la date, les circonstances et conséquences du sinistre, n'ouvre pas droit aux prestations garanties. Dans ce cas, MUTUA GESTION se réserve le droit de poursuivre le bénéficiaire pour le remboursement des sommes indûment versées et les cotisations payées d'avance restent acquises à MUTUA GESTION.

Résiliation du contrat collectif par l'Association GPST

En cas de résiliation du contrat collectif à adhésion facultative signé entre la Mutuelle et l'Association GPST, les effets (droits et obligations) se poursuivent à l'égard des adhésions antérieures à la résiliation.

ARTICLE 4. COTISATIONS

La garantie est consentie moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée à l'adhésion et calculée en fonction de l'option choisie au moment de l'adhésion.

Les cotisations peuvent évoluer en fonction :

- des résultats techniques du contrat collectif à adhésion facultative ;
- d'une modification du niveau de garantie ;
- des évolutions législatives (fiscales ou sociales).

Dans le cas d'une périodicité mensuelle ou trimestrielle ou semestrielle, le paiement s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique.

Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.

À chaque échéance, l'Adhérent reçoit un appel de cotisation, sauf si le règlement est effectué par prélèvement automatique ; dans ce cas, c'est l'avis de débit du prélèvement qui fait foi. L'Adhérent a la possibilité, à chaque anniversaire du contrat et sous condition d'en avoir fait la demande écrite auprès de MUTUA GESTION 2 mois auparavant, de modifier le mode de paiement et le fractionnement de la cotisation.

ARTICLE 5. PRESTATIONS GARANTIES ET LIMITES D'INTERVENTION

En cas d'Hospitalisation de l'Assuré, suite à un Accident garanti,

la garantie du Contrat prévoit le versement d'une indemnité journalière figurant sur son certificat d'adhésion en vigueur à la date de l'hospitalisation. Cette indemnité est versée pour toute Hospitalisation d'une durée d'au moins 24 heures consécutives, et pour chaque journée complète passée à l'hôpital, les journées d'entrée et de sortie de l'hôpital ne donnent pas lieu à indemnisation.

L'indemnité est versée au maximum pendant 1 an (365 jours) pour tout Accident garanti.

Plusieurs hospitalisations successives, pour un même Accident, sont considérées comme un seul événement assuré, et sont soumises à la durée maximale d'indemnisation globale de 365 jours par Accident garanti.

L'indemnisation prend fin en tout état de cause lorsque l'Assuré atteint son 75^{ème} anniversaire.

Au titre d'un Accident garanti, aucune indemnisation n'aura lieu si la première hospitalisation en résultant n'intervient pas dans les 30 jours suivant de la date de l'Accident.

Délai de carence – Effet de la garantie

Période suivant l'enregistrement de la demande de souscription pendant laquelle une hospitalisation d'origine Accidentelle (ainsi que ses suites et conséquences et récidives) ne peut donner lieu à indemnisation.

La garantie Indemnités Journalières Hospitalières par Accident ne comporte pas de délai de carence, la garantie prend effet dès son entrée en vigueur.

Les hospitalisations résultant d'un Accident survenu antérieurement à la date d'effet de l'adhésion ne donnent pas lieu à indemnisation.

Durée maximale d'indemnisation

La durée maximum de cette garantie, y compris la franchise, ne pourra excéder 365 jours.

Étendue territoriale

Sont pris en compte les établissements hospitaliers en France (y compris la Corse et les Départements et Régions d'Outre-mer et Collectivités d'Outre-mer) et dans le monde entier, hôpital ou clinique, public ou privé.

Les hospitalisations hors de la France sont prises en charge dès lors qu'elles interviennent à l'occasion de séjours à l'étranger de moins de 3 mois, et dans la limite de 90 jours d'indemnisation.

Les hospitalisations en France sont prises en charge, dès lors qu'elles répondent à la définition des garanties, quel que soit le lieu.

ARTICLE 6. EXCLUSIONS

L'Assuré est garanti pour tout séjour effectué en hôpital ou clinique public ou privé, et consécutif à un Accident garanti, à l'exclusion des séjours dus :

- à une maladie ;
- aux tentatives de suicide ;
- aux actes intentionnels ou illégaux de l'Assuré ;
- à l'usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non-respect de l'ordonnance médicale ;
- à des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages, rixe ;
- à une convalescence ou un séjour en maison de repos, d'hébergement, de plein air, de convalescence, de retraite, les établissements thermaux et climatiques hospices, cliniques ou hôpitaux psychiatriques, instituts médico-pédagogiques, services de gérontologie, les établissements de cure ;
- à l'état des personnes qui n'ont plus leur autonomie de vie d'une manière irréversible et qui nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien, de réadaptation et rééducation fonctionnelle ;
- à des traitements à but esthétique, ou de chirurgie plastique, de rajeunissement, d'amaigrissement ;
- à une interruption volontaire de grossesse ;
- à un état de démence, 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 Réglementation en vigueur au jour du sinistre ;
- à la pratique de sport en qualité de professionnel ;
- aux effets de l'énergie nucléaire ;
- à un Accident de la navigation aérienne survenant alors que l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil en une qualité autre que celle de simple passager de ligne régulière ou « charter » dûment agréée pour le transport payant de voyageur, ou encore dont le pilote ne disposait pas les qualifications nécessaires, ou enfin lorsque l'Assuré participait à des compétitions, démonstrations, raids, vols sur prototype, courses, acrobaties, tentatives de records, ou vols d'essais ;
- à la pratique ou à l'enseignement à ou par l'Assuré d'un sport à titre professionnel ou sous contrat rémunéré, à la participation à une course amateur nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur terrestre, aérien ou aquatique ;
- à l'utilisation, avec ou sans conduite, d'un véhicule à moteur à deux ou trois roues d'une cylindrée égale ou supérieure à 400 cm³ ;

- à la pratique de sports dangereux en particulier le bobsleigh, le skeleton, la pêche ou la plongée sous-marine avec équipement autonome, le vol à voile, l'ULM, le parapente, le parachutisme, le deltaplane, la spéléologie, l'escalade et le saut à l'élastique.

En complément, les professions suivantes sont exclues :

- Professions de sécurité et/ou avec port, manipulation ou vente d'armes (armée, convoyeurs de fonds, détective, garde de sécurité, garde du corps, gendarmerie, police, pompiers professionnels, vigiles,...) ;
- Personnalités et personnel politiques et diplomatiques ;
- Acteurs, mannequins, metteurs en scène, cascadeurs, professions du cirque, forains
- Professions impliquant un contact avec des animaux dangereux (vétérinaires de zoo, dressage de bêtes sauvages,...) ;
- Professions impliquant un risque pays (médecin sans frontière, caméraman, reporter photographe,...) ;
- Aviation (sauf personnel navigant sur avions de compagnies nationales ou internationales) ;
- Pêche artisanale et semi-artisanale ;
- Guide et sauveteur de haute montagne ;
- Professions du cheval : lad, écuyer, moniteur, etc.
- Sportifs professionnels ;
- Dockers, arremeurs ;
- Professions avec travaux à une hauteur supérieure à 20 mètres (BTP, travaux en montagne, etc) ;
- Exploitant de carrières, travail de la mine ou en souterrain ou galeries, travail sous-marin (plongeur, scaphandrier, etc), forage ;
- Travaux forestiers (bûcheron, débardeur, élagueur, exploitant forestier, etc) ;
- Travaux de démolition de bâtiments.
- Profession avec activité d'exploitation offshore ou onshore (secteur pétrole gaz).
- Profession avec utilisation, manipulation, transport ou stockage de produits dangereux (explosifs, corrosifs, feux d'artifice, inflammables, radioactifs, toxiques, chimiques, biologiques, bactériologiques, génétiques) ;
- Professions basées sur l'existence de phénomènes paranormaux : voyances, occultisme, sorcellerie, radiesthésiste.

ARTICLE 7. LA DÉCLARATION D'ACCIDENT ENTRAINANT UNE HOSPITALISATION

Pièces justificatives

Quel que soit l'Assuré hospitalisé, les indemnités sont versées à l'Adhérent (1^{er} assuré), charge à lui de les reverser, à l'identique, à l'Assuré concerné.

L'Assuré doit adresser ses demandes ou déclarations d'Accident à l'adresse suivante du Gestionnaire :

Centre de Gestion Néoliane
BP 90051 - 31602 MURET Cedex
Tél : 01 40 89 15 85

L'Assuré doit adresser à MUTUA GESTION un bulletin d'hospitalisation au plus tard dans les 15 jours suivant le début de son hospitalisation, sauf cas de force majeure.

Si l'hospitalisation dure plus de 15 jours, les indemnités sont réglées hebdomadairement sur présentation d'un bulletin de situation.

En outre, l'Assuré fera parvenir à MUTUA GESTION :

- une déclaration d'Accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'Accident ;
- les preuves de l'Accident : rapport de police, procès verbal de gendarmerie, coupures de journaux etc.

La Mutuelle par l'intermédiaire du Gestionnaire se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives permettant d'apprécier si l'hospitalisation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

À la sortie de l'hôpital, l'Assuré fait parvenir à MUTUA GESTION un bulletin d'hospitalisation ou une copie de la facture mentionnant les dates d'entrée et de sortie ou le nombre de jours du séjour.

Article 8. Délai de renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant quatorze jours (14 jours) calendaires révolus soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. La demande de renonciation doit être adressée par écrit sur le site :

www.neoliane-sante.fr/service-client

ou envoyée à l'adresse suivante :

Néoliane Santé & Prévoyance

455 Promenade des Anglais - Immeuble Plaza

06200 Nice

Nom :	.....
Prénom :	.....
Adresse :	.....
.....
Code Postal :	.....
Ville :	.....
N° Adhérent :	.....
Je soussigné(e) M. /Mme (nom, prénom, adresse, n° Adhérent) déclare renoncer à mon adhésion n°..... au Contrat «Néoliane Prévoyance» dont la date d'effet est fixée au ... /... /... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception du présent courrier.	
Fait à	le..... (Signature)

ARTICLE 9. CONTRÔLE MÉDICAL

L'Assuré doit apporter la preuve de la nécessité de l'hospitalisation pendant toute la durée du séjour. Il fournira à ce titre tous les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés, et se soumettra aux examens de contrôle effectués par le médecin délégué par la Mutuelle ou tout autre représentant mandaté par celui-ci. Ainsi, l'Assuré s'engage à autoriser l'accès de son domicile ou lieu de traitement préalablement signalé par lettre recommandée à la Mutuelle, sauf opposition justifiée.

À défaut de pouvoir se soumettre au contrôle ou à cet examen médical, sauf s'il est justifié par un cas de force majeure, le paiement des indemnités garanties, selon la situation, sera respectivement refusé ou suspendu.

En cas d'examen médical, l'Assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin.

Les conclusions de l'examen médical seront communiquées à l'Assuré par le Médecin conseil du Gestionnaire. Elles peuvent conduire la Mutuelle à refuser le paiement des indemnités garanties, s'il juge que l'état de l'Assuré ne nécessitait pas une hospitalisation ou la prolongation du séjour.

Si l'Assuré n'a pas contesté dans les 30 jours, le diagnostic du Médecin-conseil est considéré comme acquis.

L'expertise médicale

En cas de désaccord sur les conclusions du Médecin conseil, l'Assuré doit transmettre au Gestionnaire une attestation médicale contradictoire. Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les deux médecins désigneront un expert. Faute par l'une des parties de s'entendre sur le choix d'un expert, la désignation en sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés à parts égales par les deux parties. Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

ARTICLE 10. DISPOSITIONS DIVERSES

Définition de la 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 L. 221-11 et suivants du Code de la Mutualité.

Modalités de la prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant que du jour où la Mutuelle 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 de l'Adhérent, de l'Assuré ou de l'Ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, l'Assuré n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes, lorsque

les Bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Adhérent décédé. Pour les Contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre participant.

Interruption de la prescription

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les 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 ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à 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).

Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur, ou à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

Loi applicable

La loi applicable aux présentes dispositions est la Loi française.

ARTICLE 11. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle et le Gestionnaire sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 12. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans le cadre de l'adhésion au Contrat d'assurance font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par la Mutuelle, le Courtier et le Délégué pour la gestion de leur relation avec l'Assuré.

Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du Contrat d'assurance dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales (sauf opposition).

Elles sont destinées à la Mutuelle, au Courtier et au Délégué en tant que responsables du traitement et, éventuellement, aux mandataires, partenaires de la Mutuelle et, le cas échéant, au réassureur de la Mutuelle. Ces données sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un contrat de prestation. La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du Contrat d'assurance. Toute autre base légale est inscrite aux contrats, bulletins d'adhésion, conditions générales d'utilisation ou tout autre document contractuel que l'Assuré est tenu de respecter.

La Mutuelle, le Courtier et le Délégué prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Conformément à la Loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016,

relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données le concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité.

L'Assuré peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant. L'Assuré peut exercer ces droits en s'adressant :

- Soit à Néoliane à l'adresse suivante : www.neoliane-sante.fr/service-client OU Néoliane Santé & Prévoyance 455 promenade des anglais, Imm. Nice Plaza 5e 06200 NICE
- Soit au Gestionnaire à l'adresse suivante : <https://assure-neoliane.meprotege.fr/home> OU Centre de gestion Néoliane BP 90051 – 31602 Muret CEDEX

En outre, l'Assuré a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel applicables après son décès. Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

En cas de désaccord, l'Assuré peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris.

Certains transferts de données à caractère personnel peuvent être réalisés vers des pays tiers à l'Union Européenne dans le respect des dispositions du RGPD. Dans cette hypothèse, Néoliane s'engage, sur simple demande de la personne concernée, à apporter une information complète sur la finalité du transfert, les données transférées, les destinataires exacts des informations et les moyens mis en œuvre pour encadrer ce transfert.

ARTICLE 13. DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Conformément aux dispositions de l'article L.223-1 du code de la consommation, l'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

Pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr ou **OPPOSETEL-Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES**

ARTICLE 14. SUBROGATION

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée, à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions de l'Assuré envers les tiers responsables de dommages causés à lui-même. À cet effet, l'Assuré doit informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un Accident mettant en cause un tiers afin de permettre à la Mutuelle d'exercer son recours contre celui-ci ou contre son assureur.

ARTICLE 15. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur et le Courtier s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. À ce titre, ils sont tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans leurs livres ou les opérations portant sur des sommes dont ils savent, soupçonnent ou ont de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

ANNEXE 1 : ASSISTANCE POUR LA GARANTIE HOSPITALISATION EN CAS D'ACCIDENT

1. Conditions d'application des garanties

1.1 Faits générateurs

Les garanties de la présente Convention s'appliquent en cas d'accident corporel entraînant une hospitalisation, dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2 Intervention

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :



05 49 76 66 30 ou

00 33 5 49 76 66 30 depuis l'étranger

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

1.2.1 Délai de demande d'assistance

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur la garantie décrite à l'article 2.2 doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent :

- La sortie d'une hospitalisation,

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide-ménagère prévue à l'article 2.1, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'immobilisation au domicile, la sortie d'une hospitalisation ou le décès. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement.

Illustration : en cas d'appel le 10^{ème} jour, la garantie est alors plafonnée à 10 jours.

1.2.2 Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué- pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

Les garanties d'assistance sont mises en oeuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle, sauf stipulations contraires mentionnées dans les garanties.

IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

1.2.3 Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine et Outre mer (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre).

1.3 Pièces justificatives

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en oeuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, etc.).

De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas

bénéficiaire de tels accords.

2. Garanties en cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 4 jours

2.1 Aide ménagère

En cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 4 jours de l'Adhérent, IMA organise en prend en charge la venue d'une aideménagère à son domicile pour assister ses proches.

Celle-ci a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales dès le premier jour de l'hospitalisation ou au retour au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours.

2.2 Prise en charge des enfants ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

En cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 4 jours de l'Adhérent, IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes :

- Le déplacement d'un proche*

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les enfants au domicile.

- Le transfert des enfants*

Le voyage aller et retour en France des enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

- La garde des enfants*

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

*Les garanties « déplacement d'un proche », « transfert des enfants » et « garde des enfants » ne sont pas cumulables.

3. Garanties complémentaires

Informations médicales

Une équipe médicale, communique 24h/24 sur simple appel, des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques ;
- conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation ;
- enfants et petits-enfants : attitudes préventives et conseils sur la santé.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

4. Limitations et exclusions à l'application des garanties

4.1 Infraction

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

4.2 Force majeure

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

4.3 Exclusions

- tout conseil ;
- toute consultation juridique ou tout examen de cas particulier ;
- toute prise en charge de frais, rémunération de services ou de garanties, de même que toute avance de fond.

5. Vie du contrat

5.1 Durée des garanties

Les garanties sont accordées pendant la période d'adhésion au contrat Santé et Prévoyance.

5.2 Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit lorsque le membre de GPST cesse d'adhérer au contrat Santé et Prévoyance pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

5.3 Subrogation

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions des bénéficiaires contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place des bénéficiaires les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

5.4 Prescription

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite 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, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

5.5 Protection des données personnelles

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA ASSURANCES afin de mettre en oeuvre les garanties d'assistance auxquelles les bénéficiaires peuvent prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à NEOLIANE à l'exception des données à caractère médical susceptibles d'être collectées.

La demande de mise en oeuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales susceptibles d'avoir été collectées à tout professionnel de santé devant en connaître pour accomplir la mission de soins confiée par IMA ASSURANCES.

À cet effet, dans ces conditions et à l'égard de ces professionnels de santé, les bénéficiaires libèrent IMA ASSURANCES ainsi que son personnel médical de son obligation de secret professionnel sur ces informations médicales.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES.

5.6 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09 ou par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org.

Définitions

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

ADHÉRENT

Tout membre de GPST ayant adhéré à un contrat Santé et Prévoyance incluant l'assistance L'H Accident souscrit par GPST par l'intermédiaire de Néoliane Santé.

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Tout Adhérent à Néoliane Santé domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants, enfants handicapés sans limite d'âge fiscalement à charge.

DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'Adhérent en France métropolitaine et Outre Mer.

FRANCE

France métropolitaine et Outre mer et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre.

Capital Décès et PTIA* par accident

Cette formule couvre les risques de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie suite à un Accident. La garantie Capital Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) par Accident est la solution pour mettre vos proches à l'abri des difficultés financières.

À partir de 3,49€ par mois,

protégez votre famille grâce au versement d'un capital décès :

- Versement d'un capital décès allant jusqu'à 100 000 €
- Formule accessible jusqu'à 70 ans inclus à l'adhésion
- Couverture jusqu'à l'âge de 75 ans pour le capital décès et 65 ans pour la PTIA
- Assistance complète et rapatriement de corps en France en cas de décès à l'étranger

*Perte Totale et Irréversible d'Autonomie



	Capital versé	Cotisation mensuelle de 18 à 70 ans ⁽¹⁾
C 15	15 000 €	3,49 €
C 20	20 000 €	4,52 €
C 25	25 000 €	5,54 €
C 30	30 000 €	6,57 €
C 35	35 000 €	7,59 €
C 40	40 000 €	8,62 €
C 50	50 000 €	10,66 €
C 60	60 000 €	12,71 €
C 70	70 000 €	14,76 €
C 75	75 000 €	15,79 €
C 80	80 000 €	16,81 €
C 90	90 000 €	18,86 €
C 100	100 000 €	20,91 €

(1) Tarifs en vigueur au 01/01/2021 – (2) dans les limites fiscales en vigueur

Caractéristiques de l'offre Capital Décès / PTIA :

- ✓ Aucune formalité médicale
- ✓ Aucun délai de carence
- ✓ Capital exonéré de droits de succession⁽²⁾
- ✓ Capital versé aux bénéficiaires désignés par vos soins
- ✓ Versement par anticipation en cas de PTIA

Ils ont fait
le choix
de protéger
leur famille



François, 62 ans – Calais

À mon âge, on se soucie du devenir de sa famille en cas de décès. Avec mon contrat, je suis prévoyant.



Marine, 41 ans, parent isolé – Paris

Les difficultés du quotidien ne me permettaient pas d'assurer un avenir serein à mes enfants. Grâce à ma garantie décès, je laisserai un capital important à mes enfants.

NOTICE D'INFORMATION

Garantie Décès - PTIA en cas d'accident
Notice n° PADC1985 04.2021

Préambule

Cette notice d'information a pour objet de décrire les conditions et modalités de fondement de votre garantie Décès/PTIA par Accident.

ARTICLE 1. OBJET

La garantie Décès/PTIA par Accident a pour but de verser un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie faisant suite à un Accident survenu pendant la période de validité de la garantie.

Il prévoit les garanties suivantes, dans les conditions et limites fixées au contrat collectif facultatif souscrit par l'Association GPST auprès de Mutuelle Bleue :

- versement d'un capital forfaitaire au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès Accidentel d'un Assuré ;
- versement d'un capital forfaitaire à l'Assuré en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie suite à un Accident.

Services non assurés par Mutuelle Bleue :

Les services d'assistance inclus dans chacune la garantie sont assurés par un prestataire dont les coordonnées figurent dans les Conditions générales de l'assisteur, figurant en annexe 1 de la présente Notice. Les services assurés par le prestataire susvisé sont susceptibles d'être modifiés et/ou remis en cause par ce dernier.

ARTICLE 2. DÉFINITIONS

Souscripteur : l'Association.

Adhérent : Personne physique adhérant le contrat et répondant aux conditions d'adhésion à la garantie.

Assuré : personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie, il s'agit de la même personne que l'Adhérent ou le 2nd Adhérent.

Bénéficiaires : La ou les personnes physiques ou morales désignées pour recevoir le capital prévu en cas de décès de l'Assuré(e). Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit par l'Assuré sur papier libre en précisant leur nom, prénom, nom de naissance, date de naissance, lieux de naissance dont le code postal et la ville ainsi que la quote-part éventuelle.

La désignation peut également se faire suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

L'attention de l'Assuré est attirée sur l'importance attachée à la rédaction de la clause bénéficiaire, notamment en termes d'identité du bénéficiaire et de l'opportunité de prévoir un bénéficiaire subséquent notamment en cas de décès du bénéficiaire désigné ou si les renseignements délivrés concernant le bénéficiaire désigné ne permettraient pas à la Mutuelle d'identifier ce dernier. Toute désignation de bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance de la Mutuelle ne lui sera pas opposable.

L'Assuré peut modifier à tout moment et pendant toute la durée du contrat, la désignation du ou des bénéficiaires sauf cas d'acceptation.

L'acceptation a pour conséquence de rendre irrévocable la désignation du ou des bénéficiaires avec pour conséquence de rendre indispensable l'accord préalable du bénéficiaire lorsque l'Assuré souhaite lui substituer un autre bénéficiaire. À défaut de ce consentement, la Mutuelle ne peut donner une suite favorable aux demandes de l'Assuré.

L'Assuré peut maintenir la confidentialité de la désignation contenue dans la clause bénéficiaire afin de se prémunir contre les conséquences d'une éventuelle acceptation, sous réserve d'informer la Mutuelle du mode de désignation choisi.

La désignation des bénéficiaires est précaire et peut à tout moment être modifiée. Tout changement n'est valablement opposable à la Mutuelle qu'autant qu'il lui a été signalé, et que celle-ci ait normalement accusé réception de ce changement.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou plusieurs d'entre eux, la part lui (leur) revenant sera répartie, sauf dispositions contraires mentionnées sur la désignation, entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

À défaut de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les sommes dues sont attribuées selon l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou au Partenaire avec lequel l'Assuré est lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- à défaut à ses enfants nés ou à naître (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis), présents ou représentés, par parts égales ;
- à défaut à ses père et mère par parts égales ;
- à défaut aux héritiers de l'Assuré par parts égales.

Conjoint / concubin (2nd Adhérent) : le conjoint, le concubin ou le partenaire pacsé désirant être assuré au contrat, répondant également aux conditions de souscription à la garantie. Les enfants

ne peuvent pas bénéficier de la garantie capital décès - PTIA par Accident.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine, violente, et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme des Accidents les ruptures d'anévrisme, les infarctus du myocarde, les embolies cérébrales ou hémorragies méningées. Les suites et conséquences d'Accidents survenus avant la date d'effet de l'adhésion ne donneront jamais lieu à indemnisation au titre du présent contrat.

France : il faut entendre la France métropolitaine ainsi que les DROM COM.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie tout Adhérent ayant bénéficié d'un classement dans la 3^{ème} catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale (art L.341-4 du Code de la Sécurité sociale). Le capital est versé dans ce cas seulement si l'invalidité est causée par un Accident.

Si vous êtes fonctionnaire en activité, vous devez être classé dans cette catégorie par la Commission de Réforme (article D712-18 du Code de la Sécurité sociale).

ARTICLE 3. VIE DU CONTRAT

Conditions pour adhérer

Âge :

L'Adhérent (1^{er} Assuré) doit être âgé entre 18 et 70 ans inclus lors de la souscription.

Le conjoint / concubin (2nd Assuré) doit être âgé entre 18 et 70 ans inclus lors de la souscription.

Les enfants ne peuvent pas bénéficier de la garantie.

L'adhésion se fait au moyen d'une demande d'adhésion remplie et signée par l'Adhérent. Cette demande est transmise à MUTUA GESTION.

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Fausse déclaration

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré change l'objet du risque, la garantie accordée par la Mutuelle à cet Assuré est nulle et les cotisations payées à la Mutuelle à ce titre demeurent acquises à cette dernière sauf application de l'article L. 221- 15 du Code de la mutualité.

Prise d'effet de l'adhésion des garanties

L'adhésion prend effet, sous réserve du règlement de la 1^{ère} cotisation, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion après validation de la demande d'adhésion par MUTUA GESTION dans les conditions visé es ci-dessous :

- en cas d'adhésion par écrit sur support papier, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par la Mutuelle, à la date d'enregistrement informatique de la demande d'adhésion dûment complétée et signée ;
- en cas d'adhésion conclus à distance au sens de l'article L.221- 18 du Code de la mutualité, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen "d'une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat" sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par la Mutuelle, à la date d'enregistrement informatique de la demande du Contrat d'Assurance dûment complétée et signée.

En tout état de cause, la date d'effet sera définie au 15 du mois en cours si le contrat est reçu entre le 1^{er} et le 14 du mois en cours ou au premier du mois choisi par l'adhérent sauf pour le mois en cours / La date d'effet est définie au 1^{er} du mois suivant si le contrat est reçu entre le 15 et le 31 du mois en cours ou au premier du mois choisi par l'adhérent sauf pour le mois en cours. L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, soit jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion, il se renouvelle annuellement par tacite reconduction jusqu'au 31 décembre de chaque année dans la limite des 70 ans de l'Assuré.

L'Assuré doit avoir reçu et pris connaissance du contenu de la notice d'information avant la conclusion du contrat.

En cas d'incident de paiement sur la 1^{ère} cotisation, la prise d'effet est reportée à la date d'encaissement effective du paiement. À défaut de régularisation dans un délai de 3 mois, l'adhésion est annulée dans tous ses effets.

Durée de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat

d'adhésion. L'adhésion s'entend pour une première période ferme d'un an (1 an) à compter de la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction tous les ans au 1^{er} janvier de chaque année jusqu'aux 75 ans maximum de l'Assuré pour la garantie Décès et 65 ans de l'Assuré pour la garantie PTIA.

Modification des garanties

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander à tout moment la modification de ses garanties. En cas d'augmentation ou d'une baisse de garantie, les nouvelles garanties seront acquises, après acceptation de la Mutuelle et sous réserve que l'assuré ait satisfait aux formalités prévues à l'article 3, à la date figurant sur l'avenant délivré par la Mutuelle, sous réserve du paiement effectif des cotisations correspondantes. Cette modification sera possible à l'issue de la première échéance dans la limite d'une modification tous les 12 mois d'adhésion. En cas de baisse de garantie, celle-ci devra se faire à date d'échéance.

Tout Accident, entraînant une hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, sera indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris ses rechutes éventuelles (même pathologie).

Cessation des garanties

D'une façon générale, les garanties prennent automatiquement fin :

- en cas de résiliation du contrat par la Mutuelle, dans les conditions prévues au paragraphe « Résiliation de l'adhésion par la Mutuelle » ci-dessous ;
- en cas de résiliation du contrat par l'association, dans les conditions prévues au paragraphe « Résiliation du contrat collectif par l'Association GPST » ci-après ;
- dès que l'Assuré a cessé d'appartenir à l'effectif assurable ou cesse de réaliser les conditions pour être bénéficiaire ;
- en cas de résiliation par l'Adhérent, à l'échéance annuelle, dans les conditions indiquées au paragraphe « Résiliation » ci-dessous ;
- en cas de non-paiement de la cotisation, à l'expiration prévu au paragraphe « Non-paiement des cotisations » ci-après ;
- au jour du décès de l'Assuré ;
- en cas de versement du capital au titre de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- au 31 décembre de l'année des 75 ans de l'Assuré pour la garantie Décès ;
- au 31 décembre de l'année des 65 ans de l'Assuré pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- au jour de la résiliation de l'adhésion.

Résiliation

L'Adhérent a la faculté de résilier de plein droit le présent contrat, à chaque échéance annuelle, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à Néoliane Santé & Prévoyance, 2 mois au moins avant la date d'échéance.

En cas de modification de ses droits et obligation, conformément à l'article L221-6 du Code de la mutualité, l'Adhérent peut résilier son adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice ou de l'additif.

Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations ou de la fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, une lettre en recommandée de « mise en demeure » sera adressée à l'Adhérent.

Le paiement s'entend ici de l'intégralité des cotisations échues et impayées pendant la période de suspension.

À défaut de paiement dans les 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure, l'Adhérent sera exclu des garanties définies au contrat collectif. Les cotisations déjà perçues restent acquises à la Mutuelle. (Article L 221.8 du Code de la mutualité).

Résiliation de l'adhésion par la Mutuelle

La Mutuelle Bleue peut résilier en cas de :

- déclaration incomplète, inexacte ou fausse à l'adhésion ;
- démission de l'Adhérent de l'Association GPST, après la première année, dans ce cas la résiliation prend effet automatiquement à la date de démission ;
- non-paiement des cotisations.

Résiliation du contrat collectif par l'Association GPST

En cas de résiliation du contrat collectif à adhésion facultative signé entre Mutuelle Bleue et l'Association GPST, les effets (droits et obligations) se poursuivent à l'égard des adhésions antérieures à la résiliation.

ARTICLE 4. COTISATIONS

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction du capital choisi et de l'âge de l'Assuré au moment de l'adhésion. La cotisation évolue chaque année en fonction de l'âge atteint de l'Assuré.

Les cotisations peuvent également évoluer en fonction :

- des résultats techniques du contrat collectif à adhésion facultative ;
- d'une modification du niveau de garanties ;
- des évolutions législatives (fiscales ou sociales).

Le paiement des cotisations est d'avance selon une périodicité choisie au moment de l'adhésion.

Dans le cas d'une périodicité mensuelle ou trimestrielle ou semestrielle, le paiement s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique.

Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.

À chaque échéance, l'Adhérent reçoit un appel de cotisation, sauf si le règlement est effectué par prélèvement automatique ; dans ce cas, c'est l'avis de débit du prélèvement qui fait foi. L'Adhérent a la possibilité, à chaque anniversaire du contrat et sous condition d'en avoir fait la demande écrite auprès de MUTUA GESTION 2 mois auparavant, de modifier le mode de paiement et le fractionnement de la cotisation.

ARTICLE 5. PRESTATIONS GARANTIES ET LIMITES D'INTERVENTION

Garanties

En cas de Décès de l'Assuré, survenu avant son 75ème anniversaire, ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'Assuré, survenue avant son 65ème anniversaire, dû à un Accident garanti, et pour autant que le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) surviennent dans les 12 mois qui suivent la date de l'Accident, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) au Certificat d'Adhésion ou à tout avenant venu le modifier, le capital souscrit dont le montant figure au Certificat d'Adhésion.

S'il s'agit d'un sinistre perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), le capital ne sera pas dû si la consolidation intervient après que l'Assuré ait atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse ou après son 65^{ème} anniversaire même si l'Accident qui en est la cause est antérieur.

Conformément à l'article 1315 du Code civil, il appartient au(x) bénéficiaire(s) d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré.

Le capital forfaitaire versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès Accidentel de l'Assuré ou en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré suite à un Accident est choisi librement par l'Adhérent et le montant figurera sur le Certificat d'Adhésion.

ARTICLE 6. ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'étendent à l'Union Européenne sauf restriction(s) précisée(s) au Certificat d'Adhésion, ainsi qu'aux séjours en dehors de l'Union Européenne, pour autant que leur durée cumulée n'excède pas une durée de 2 mois par an.

Tout état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré à la suite d'un Accident garanti, survenu hors de France, doit être constaté médicalement en France (y compris la Corse et les Départements et Régions d'Outre-mer et Collectivités d'Outre-mer).

ARTICLE 7. EXCLUSIONS

Sont exclues des garanties les suites et conséquences, directes ou indirectes :

- du suicide de l'Assuré, quelle qu'en soit la cause, dans les 12 mois suivant la date d'effet de l'adhésion ou la remise en vigueur de celle-ci (ou de toute augmentation de garantie) ;
- des Accidents de la navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même ;
- des Accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
- des faits de guerre, de guerre civile ou étrangère, de mouvements populaires ou d'émeutes ;
- de la transmutation du noyau de l'atome, tant par fission ou fusion, que par radiation ionisante ;
- des Accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ou de sa remise en vigueur (ou de toute augmentation de garantie), sauf si elles ont été déclarées à cette occasion au Gestionnaire et que ce dernier ne les a pas spécifiquement exclues des garanties ;
- des tentatives de suicide, ou d'un fait intentionnel de l'Assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait ;
- de la participation de l'Assuré à un crime ou délit comme coauteur ou complice ;
- des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs / activités suivants : course automobile, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous-marine avec équipement autonome, l'escalade (sauf sur un mur), le saut à l'élastique, la spéléologie, le skeleton, le bobsleigh, la luge de compétition, le ski acrobatique ou le saut à ski, la varappe, le canyoning, le rafting, le zorbing, les randonnées en montagne ou l'alpinisme à plus de 3000 mètres d'altitude et la pratique de sport de combat ;
- de la participation à des compétitions ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui la précèdent, courses, matches ou paris (sauf les compétitions auxquelles l'Assuré participe

en tant qu'amateur et qui ne comportent pas l'utilisation d'une arme) ou de toute pratique sportive sous contrat rémunéré ;

- de l'éthylisme, de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'hallucinogènes non prescrits médicalement ou au-delà des doses prescrites.

En complément, les professions suivantes sont exclues :

- Professions de sécurité et/ou avec port, manipulation ou vente d'armes (armée, convoyeurs de fonds, détective, garde de sécurité, garde du corps, gendarmerie, police, pompiers professionnels, vigiles,...) ;
- Personnalités et personnel politiques et diplomatiques ;
- Acteurs, mannequins, metteurs en scène, cascadeurs, professions du cirque, forains
- Professions impliquant un contact avec des animaux dangereux (vétérinaires de zoo, dressage de bêtes sauvages,...) ;
- Professions impliquant un risque pays (médecin sans frontière, caméraman, reporter photographe,...) ;
- Aviation (sauf personnel navigant sur avions de compagnies nationales ou internationales) ;
- Pêche artisanale et semi-artisanale ;
- Guide et sauveteur de haute montagne ;
- Professions du cheval : lad, écuyer, moniteur, etc.
- Sportifs professionnels ;
- Dockers, arrimeurs ;
- Professions avec travaux à une hauteur supérieure à 20 mètres (BTP, travaux en montagne, etc) ;
- Exploitant de carrières, travail de la mine ou en souterrain ou galeries, travail sous-marin (plongeur, scaphandrier, etc), forage ;
- Travaux forestiers (bûcheron, débardeur, élagueur, exploitant forestier, etc) ;
- Travaux de démolition de bâtiments.
- Profession avec activité d'exploitation offshore ou onshore (secteur pétrole gaz).
- Profession avec utilisation, manipulation, transport ou stockage de produits dangereux (explosifs, corrosifs, feux d'artifice, inflammables, radioactifs, toxiques, chimiques, biologiques, bactériologiques, génétiques) ;
- Professions basées sur l'existence de phénomènes paranormaux : voyances, occultisme, sorcellerie, radiesthésiste.

ARTICLE 8. MODALITÉS DE VERSEMENT DU CAPITAL

L'Assuré ou le(s) bénéficiaire(s) doit(vent) déclarer à MUTUA GESTION, tout sinistre de nature à entraîner la mise en oeuvre des garanties du contrat, et ce dans un délai maximum de 15 jours suivant le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

L'Assuré doit adresser ses demandes ou déclarations à l'adresse suivante du Gestionnaire :

Centre de Gestion Néoliane
BP 90051 - 31602 MURET Cedex
Tél : 01 40 89 15 85

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à MUTUA GESTION (ou le cas échéant au médecin-conseil du Gestionnaire) des justificatifs décrits ci-après.

CONDITIONS DE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de décès Accidentel de l'Assuré pendant la période de validité des garanties, MUTUA GESTION règle au(x) bénéficiaire(s) le capital souscrit.

Le paiement du capital garanti suite au décès de l'Assuré met fin au contrat de ce dernier.

Pièces à fournir

Les Bénéficiaires devront faire parvenir à MUTUA GESTION :

- l'original du Certificat d'Adhésion, et de ses éventuels avenants ;
- l'original de l'acte de décès de l'Assuré ;
- un certificat médical constatant le décès et en précisant la cause ;
- un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois et une copie de la Carte Nationale d'Identité lorsque le Bénéficiaire est une personne physique ;
- une copie du livret de famille ou un certificat d'hérédité selon le cas ;
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales.

La Mutuelle par l'intermédiaire du Gestionnaire se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Dans tous les cas le paiement du montant du capital garanti est indivisible à l'égard de la Mutuelle qui l'effectue contre quittance des Bénéficiaires désignés.

REVALORISATION POST MORTEM DES CAPITALUX

Conformément à l'article L. 223-19-1 du Code de la mutualité, en cas de décès de l'Assuré(e) et en l'absence de demande du versement du capital par le Bénéficiaire, ou en l'absence de réception de l'ensemble des pièces nécessaires au paiement, le capital garanti est automatiquement revalorisé.

Cette revalorisation intervient à compter du décès de l'Assuré(e),

jusqu'à réception par MUTUA GESTION des pièces nécessaires mentionnées ci-dessus ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des dépôts et Consignations en application de l'article L. 223-25-4 du Code de la mutualité.

Le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux (2) taux suivants :

- la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente,
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

En outre, conformément aux dispositions de l'article L. 223-22-1 du Code de la mutualité, à compter de la réception par MUTUA GESTION des pièces mentionnées ci-dessus, le capital garanti est versé aux Bénéficiaires dans un délai qui ne peut excéder un (1) mois.

Au-delà de ce délai d'un (1) mois, le capital non versé produit de plein droit intérêt au taux légal, majoré du double durant deux (2) mois puis, à l'expiration de ce délai de deux (2) mois, au triple du taux légal.

CONDITIONS DE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT

MUTUA GESTION versera à l'Assuré reconnu en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie suite à un Accident pendant la période de validité des garanties le montant du capital inscrit au Certificat d'Adhésion.

Le paiement du capital garanti suite à la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'Assuré met fin au contrat de ce dernier.

Pièces à fournir

L'Assuré devra faire parvenir à MUTUA GESTION :

- l'original du Certificat d'Adhésion, et de ses éventuels avenants ;
- un certificat médical détaillé, établissant la nature et la cause de l'invalidité, un descriptif de l'état de santé, sa date de stabilisation ainsi que la nécessité éventuelle de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie courante ;
- les rapports d'expertises médicales et judiciaires ;
- la notification d'attribution de pension versée par le Régime Social auquel appartient l'Assuré ;
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales.

La Mutuelle par l'intermédiaire du Gestionnaire se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

MUTUA GESTION, par délégation reçue de la Mutuelle, se réserve le droit de procéder, à ses frais, à un examen médical approfondi de l'invalidé, soit par son propre médecin conseil, soit par un médecin choisi par elle autre que le médecin traitant.

En cas de refus non justifié du libre accès du médecin conseil de MUTUA GESTION, par délégation reçue de la Mutuelle auprès de l'Assuré, la Mutuelle n'est pas tenu au paiement du capital.

ARTICLE 9. DÉLAI DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant quatorze jours (14 jours) calendaires révolus soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. La demande de renonciation doit être adressée par écrit sur le site :

www.neoliane-sante.fr/service-client

ou envoyée à l'adresse suivante :

Néoliane Santé & Prévoyance
455 Promenade des Anglais - Immeuble Plaza
06200 Nice

Nom :	.....
Prénom :	.....
Adresse :	.....
Code Postal :	| | | | |
Ville :	.....
N° Adhérent :	.....
Je soussigné(e) M. /Mme (nom, prénom, adresse, n° Adhérent) déclare renoncer à mon adhésion n°..... au Contrat «Néoliane Prévoyance » dont la date d'effet est fixée au ... /... /... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception du présent courrier. Fait à , le (Signature)	

ARTICLE 10. ARBITRAGE ET EXPERTISE

En cas de contestation sur la cause du décès, sur la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, chaque partie désigne un expert médecin en France. Si les experts ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième expert pour les départager.

Si l'une des parties ne désigne pas son expert ou si les experts

représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième expert, la désignation est faite par le président du tribunal de grande instance du domicile du souscripteur.

Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et les frais d'intervention de l'expert qu'elle a désigné. Ceux de l'intervention d'un troisième expert sont partagés par moitié entre elles.

ARTICLE 11. DISPOSITIONS DIVERSES

Définition de la 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 L. 221-11 et suivants du Code de la Mutualité.

Modalités de la prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux (2) 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 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 de l'Adhérent, de l'Assuré ou de l'Ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, l'Assuré n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Adhérent décédé. Pour les Contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre participant.

Interruption de la prescription

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les 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 ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à 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).

Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur, ou à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

La loi applicable aux présentes dispositions est la Loi française.

Souscriptions multiples

Il ne peut y avoir en aucun cas d'adhésions multiples au contrat concernant un même assuré ; si tel devait être le cas, l'engagement de l'Assureur serait en tout état de cause limité à la première adhésion concernant l'assuré.

Réclamations et litiges

L'Assuré peut adresser une réclamation à son interlocuteur habituel.

En cas de réponse non satisfaisante, l'Assuré peut adresser une réclamation par écrit, au Gestionnaire, lequel s'engage à accuser réception et à apporter une réponse dans les meilleurs délais et ce, à l'adresse suivante : <https://assure-neoliane.meprotege.fr/home> OU Centre de gestion Néoliane BP 90051 – 31602 Muret CEDEX Le Gestionnaire s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

En cas de désaccord à l'issue de cette procédure de réclamation interne, l'Assuré peut saisir le médiateur de la consommation de la Mutualité Française (FNMF) à l'adresse suivante : Par courrier : Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15 Site internet : www.mediateur-mutualite.fr

Ce dernier, après avoir vérifié le respect de la procédure de réclamation interne, examinera la demande de l'Assuré et rendra une proposition en toute équité et en toute indépendance.

ARTICLE 12. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle, le Gestionnaire et le Courtier sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 13. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans le cadre de l'adhésion au Contrat d'assurance font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par la Mutuelle, le Courtier et le Délégué pour la gestion de leur relation avec l'Assuré.

Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du Contrat d'assurance dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales (sauf opposition).

Elles sont destinées à la Mutuelle, au Courtier et au Délégué en tant que responsables du traitement et, éventuellement, aux mandataires, partenaires de la Mutuelle et, le cas échéant, au réassureur de la Mutuelle. Ces données sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un contrat de prestation. La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du Contrat d'assurance. Toute autre base légale est inscrite aux contrats, bulletins d'adhésion, conditions générales d'utilisation ou tout autre document contractuel que l'Assuré est tenu de respecter.

La Mutuelle, le Courtier et le Délégué prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Conformément à la Loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données le concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité.

L'Assuré peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant. L'Assuré peut exercer ces droits en s'adressant :

- Soit à Néoliane à l'adresse suivante : www.neoliane-sante.fr/ service-client OU Néoliane Santé & Prévoyance 455 promenade des anglais, Imm. Nice Plaza 5e 06200 NICE

- Soit au Gestionnaire à l'adresse suivante : <https://assure-neoliane.meprotege.fr/home> OU Centre de gestion Néoliane BP 90051 – 31602 Muret CEDEX

En outre, l'Assuré a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel applicables après son décès. Les données à caractère

personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

En cas de désaccord, l'Assuré peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris.

Certains transferts de données à caractère personnel peuvent être réalisés vers des pays tiers à l'Union Européenne dans le respect des dispositions du RGPD. Dans cette hypothèse, Néoliane s'engage, sur simple demande de la personne concernée, à apporter une information complète sur la finalité du transfert, les données transférées, les destinataires exacts des informations et les moyens mis en œuvre pour encadrer ce transfert.

ARTICLE 14. DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHE TÉLÉPHONIQUE

Conformément aux dispositions de l'article L.223-1 du code de la consommation, l'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

Pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr ou **OPPOSETEL - Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES.**

ARTICLE 15. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITALS ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assureur et le Courtier s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. À ce titre, ils sont tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans leurs livres ou les opérations portant sur des sommes dont ils savent, soupçonnent ou ont de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

ANNEXE 1 : ASSISTANCE CAPITAL DÉCÈS/PTIA PAR ACCIDENT

1. Conditions d'application des garanties

1.1 Faits générateurs

Les garanties de la présente Convention s'appliquent en cas de décès consécutif à un accident corporel ou d'une PTIA – Perte Totale et irréversible d'Autonomie suite à un accident.

1.2 Intervention

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :



05 49 76 66 30 ou

00 33 5 49 76 66 30 depuis l'étranger

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

1.2.1 Délai de demande d'assistance

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 2.2 à 2.5 doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent :

- Un décès.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide-ménagère prévue aux articles 2.1 et 3.1, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'immobilisation au domicile, la sortie d'une hospitalisation ou le décès. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement.

Illustration : en cas d'appel le 10^{ème} jour, la garantie est alors plafonnée à 10 jours.

1.2.2 Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes. Les garanties d'assistance sont mises en oeuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle, sauf stipulations contraires mentionnées dans les garanties.

IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

1.2.3 Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine et Outre mer (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre).

1.3 Pièces justificatives

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en oeuvre des garanties (certificat de décès ou déclaration de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie).

2. Garanties en cas de décès consécutif à un accident corporel de l'Assuré

2.1 Aide ménagère

En cas de décès de l'Adhérent, IMA organise en prend en charge la venue d'une aide-ménagère à son domicile pour assister ses proches.

Celle-ci a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales à compter du jour du décès.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours.

2.2 Transfert et garde d'animaux domestiques familiers

En cas de décès de l'Adhérent, IMA organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux familiers domestiques vivant à son domicile, dans la limite de 10 jours à compter de la date de mise en oeuvre de la garantie.

2.3 Mise en relation avec un prestataire funéraire

IMA ASSURANCES peut transmettre les coordonnées d'un prestataire funéraire à la famille. Les frais d'obsèques restent à la charge de la famille.

2.4 Rapatriement de corps en cas de décès survenu lors d'un déplacement

En cas de décès de l'Adhérent survenant lors d'un déplacement au-delà de 50 km de son domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le rapatriement du corps. Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation/ crémation ou d'exposition du corps choisi en France. Cette garantie comprend les soins de conservation du corps imposés par la loi, le cercueil conforme à la législation en vigueur et de qualité courante, les formalités, le transport.

2.5 Aide à la rédaction des documents administratifs

Afin d'aider les proches dans la rédaction des documents administratifs liés au décès de l'Adhérent, IMA ASSURANCES met à leur disposition un intervenant compétent dans la limite de 4 heures maximum sur un an à compter du décès.

3. Garanties en cas de déclaration de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré

3.1 Aide ménagère

En cas de déclaration de perte d'autonomie totale et irréversible de l'Adhérent, IMA organise en prend en charge la venue d'une

aide-ménagère à son domicile pour assister ses proches.

Celle-ci a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales à compter de la déclaration de perte d'autonomie totale et irréversible de l'Adhérent.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours.

3.2 Transfert et garde d'animaux domestiques familiers

En cas déclaration de perte d'autonomie totale et irréversible de l'Adhérent, IMA organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux familiers domestiques vivant à son domicile, dans la limite de 10 jours à compter de la date de mise en oeuvre de la garantie.

4. Limitations et exclusions à l'application des garanties

4.1 Infraction

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

4.2 Force majeure

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

4.3 Exclusions

- Tout conseil ;
- Toute consultation juridique ou tout examen de cas particulier ;
- Toute prise en charge de frais, rémunération de services ou de garanties, de même que toute avance de fond.

5. Vie du contrat

5.1 Durée des garanties

Les garanties sont accordées pendant la période d'adhésion au contrat Santé et Prévoyance.

5.2 Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit lorsque le membre de GPST cesse d'adhérer au contrat Santé et Prévoyance pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

5.3 Subrogation

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions des bénéficiaires contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place des bénéficiaires les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

5.4 Prescription

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite 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, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

5.5 Protection des données personnelles

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA ASSURANCES afin de mettre en oeuvre les garanties d'assistance auxquelles les bénéficiaires peuvent prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à NEOLIANE à l'exception des données à caractère médical susceptibles d'être collectées.

La demande de mise en oeuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales susceptibles d'avoir été collectées à tout professionnel de santé devant en connaître pour accomplir la mission de soins confiée par IMA ASSURANCES.

À cet effet, dans ces conditions et à l'égard de ces professionnels de santé, les bénéficiaires libèrent IMA ASSURANCES ainsi que son personnel médical de son obligation de secret professionnel sur ces informations médicales.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES.

5.6 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09 ou par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org.

Définitions

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques

ADHÉRENT

Tout membre de GPST ayant adhéré à un contrat Santé et Prévoyance incluant l'assistance Capital Décès/PTIA par accident, souscrit par GPST par l'intermédiaire de Néoliane Santé.

ANIMAUX DOMESTIQUES

Les chiens et les chats.

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Tout Adhérent à Néoliane Santé domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants, enfants handicapés sans limite d'âge fiscalement à charge.

DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'Adhérent en France métropolitaine et Outre mer.

FRANCE

France métropolitaine et Outre mer et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre.

TITRE I

Formation - Dénomination - Durée - Objet Composition - Siège Social

Article 1. Constitution

Il est créé une Association de prévoyance régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, les articles L141-7 et R141-1 à R141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts et le cas échéant, son Règlement Intérieur.

Elle prend la dénomination de « GPST » (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous).

Elle est constituée pour une durée illimitée.

Article 2. Objet

L'Association GPST a pour objet :

- d'étudier les questions relatives aux régimes de retraite et de prévoyance obligatoires et complémentaires par secteurs d'activité professionnelle dont relèvent ses adhérents, personnes physiques et morales, de les conseiller et de leur donner toutes les informations possibles,
- de souscrire, au profit de ses adhérents, des contrats collectifs d'assurance auprès de tout organisme assureur,
- de promouvoir toutes les actions publiques ou collectives pouvant favoriser la réalisation de ses objectifs ou ayant un but entrant dans le cadre de son objet social,

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

Article 3. Membres

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

- a) les membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Conseil d'Administration ;
- b) les membres fondateurs, dont la liste initiale figure en Annexe des statuts, qui ne paient pas de cotisation ;
- c) et les membres adhérents, qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

La qualité de membre de l'Association s'acquiert par adhésion aux présents Statuts. Elle se perd par démission, décès, radiation sur décision du Conseil d'Administration pour non règlement des cotisations ou pour motifs graves.

La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale.

La décision est rendue en dernier ressort par le Conseil d'Administration et n'a pas à être motivée.

Chaque Adhérent personne morale, s'il représente plusieurs Assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'Assurés.

Article 4. Siège social

Le Siège Social est fixé 38-40, avenue des Champs-Élysées – 75008 Paris. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration, qui est alors autorisé à modifier le présent article en conséquence.

Administration

Article 5. Composition du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se compose de 2 membres au moins et de 7 membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents.

En tout état de cause, plus de la moitié des membres du Conseil d'Administration ne doivent pas détenir ou avoir détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe ni recevoir ou avoir reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être choisis parmi les membres de l'Association ou en dehors et être soit des personnes physiques, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Les Administrateurs sont élus pour une durée de 5 ans et sont rééligibles.

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé à son 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 de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du conseil à ses administrateurs.

Le président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration. Il informe également l'Assemblée Générale de toute rémunération versée par l'entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du Conseil d'Administration et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil d'Administration pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire.

Article 6. Membres du Bureau

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres ou ses représentants un président qui est également le Président de l'Association.

Il peut également désigner pour constituer le Bureau un ou deux Vice-Présidents, un Secrétaire et un Trésorier, ces deux derniers pouvant être choisis en dehors des Administrateurs.

Le Président réunit et préside le Conseil d'Administration et le Bureau. Il assure la gestion courante de l'Association, applique et fait appliquer les décisions du Conseil d'Administration. Il peut déléguer, sur avis du Bureau, ses pouvoirs à un autre membre du Bureau.

Les attributions des membres du Bureau et le fonctionnement de ce dernier sont déterminés par le Règlement Intérieur.

Article 7. Fonctionnement du Conseil d'Administration

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an. Il peut désigner un Secrétaire Général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique

de l'objet de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil d'Administration et du Bureau avec voix consultative.

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Les Administrateurs peuvent participer aux réunions du Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions précisées le cas échéant par le Règlement Intérieur. Ils sont alors réputés effectivement présents pour le calcul du quorum et de la majorité.

Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil d'Administration.

Article 8. Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour décider toutes les opérations ayant pour but la réalisation de l'objet de l'Association.

Le Conseil d'Administration signe avec un ou plusieurs assureurs tout nouveau contrat d'assurance de groupe.

Si l'Assemblée Générale a délégué au Conseil d'Administration, dans les conditions de l'article 15, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance, le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Le Conseil d'Administration établit chaque année un rapport sur le fonctionnement des contrats souscrits par l'Association ; le rapport est tenu à la disposition des adhérents. Le contenu de ce rapport est précisé par le Règlement Intérieur.

Article 9. Représentation en justice

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-Président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil d'Administration.

TITRE III

Assemblées Générales ordinaires et extraordinaires

Article 10. Composition des Assemblées

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou à leur conjoint, ou, si l'auteur de la convocation l'a prévu, de voter par correspondance, notamment par voie électronique et par internet, selon les modalités prévues par le Règlement Intérieur.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

Tous les pouvoirs en blanc retournés à l'Association donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

Article 11. Convocation – Quorum

L'Assemblée Générale est convoquée par le président du Conseil d'Administration, au moins une fois par an.

Les adhérents devront se munir, pour participer à l'assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'assemblée les projets de résolutions qui lui ont été communiqués soixante jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent.

La convocation aux assemblées générales est individuelle : cette convocation précède de trente jours au moins la date fixée pour la réunion de l'assemblée.

Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiqué à l'Association lorsqu'il sera invité à le faire.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux communiqués dans les délais mentionnés au troisième alinéa.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum exigé au dernier alinéa. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

L'Assemblée Générale ne peut pas délibérer sur une question qui ne figurait pas à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet). Si, lors de la première convocation, l'assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

Article 12. Composition du bureau de l'Assemblée Générale

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil d'Administration. L'Assemblée Générale entend le rapport du Conseil d'Administration sur la situation morale et financière de l'Association.

Article 13. Procès-verbal

Il est tenu une feuille de présence à l'Assemblée.

Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au siège

de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

Article 14. Assemblée Générale Extraordinaire

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée, d'au moins 10 % des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire peut apporter, sur proposition de son Bureau ou d'au moins 10 % des membres de l'Association, des modifications aux Statuts. Elle peut également décider la prorogation, la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions devront être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents, représentés ou ayant voté par correspondance (y compris par voie électronique et par internet).

Article 15. Assemblée Générale Ordinaire

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votants. Chaque membre dispose d'une voix.

L'Assemblée Générale Ordinaire élit les Administrateurs. Elle approuve les comptes de l'Association pour l'exercice écoulé au plus tard dans les six mois de sa clôture, c'est-à-dire au plus tard le 30 juin. Elle approuve le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations de chacune des catégories de membres.

L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants aux contrats d'assurance dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation prévue à l'article 8.

Article 16. Règlement Intérieur

Un règlement intérieur peut être établi et modifié par le Conseil d'Administration sous réserve de la ratification de la plus prochaine Assemblée Générale.

TITRE IV

Ressources – Dépenses – Comptes

Article 17. Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

- des droits d'adhésion et cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;

- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ; et
- des revenus ou bénéfices sur réalisation des valeurs provenant de l'emploi de ses fonds.

Article 18. Dépenses

Les dépenses de l'Association sont constituées, en dehors des frais d'administration et de gestion, par :

- toutes les sommes destinées à faire face aux charges résultant de son fonctionnement ;
- toutes sommes engagées pour la réalisation de son objet social et notamment les cotisations et subventions aux organismes poursuivant des buts en rapport avec cet objet social.

Les dépenses sont engagées par le Président, par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

Article 19. Comptes annuels

Il est tenu une comptabilité faisant apparaître annuellement un compte d'exploitation générale et un Bilan.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

Article 20. Commissaires aux comptes

L'Assemblée Générale Ordinaire peut nommer, pour une durée de six exercices, un ou plusieurs commissaires aux comptes titulaires et un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants.

Le(s) commissaire(s) aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit et présente chaque année à l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

TITRE V

Dissolution – Divers

Article 21. Dissolution de l'Association

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale, délibérant ainsi qu'il est dit ci-dessus, désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à reprendre tout ou partie de leurs apports et l'emploi qui sera fait de l'actif net, après paiement des charges de l'Association et des frais de sa liquidation, conformément à la loi.

TITRE I FORMATION, OBJET ET COMPOSITION

CHAPITRE 1 - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 : Dénomination

Il est constitué une mutuelle dénommée MUTUELLE BLEUE. La Mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité ainsi que les présents Statuts et Règlements Mutualistes. Conformément à l'article L. 110-1 du Code de la Mutualité et à l'article 1er de l'Ordonnance n° 2015-950 du 31 juillet 2015, la Mutuelle exerce son activité dans le respect du principe de solidarité et met en place une gouvernance démocratique fixée par ses Statuts. A cet effet, et pour l'avenir, la Mutuelle s'engage à mettre en œuvre des règles de nature à organiser, au sein de son Conseil d'Administration, la parité entre les hommes et les femmes conformément à l'Ordonnance mentionnée ci-dessus. Ces règles devront cependant tenir compte du respect du vote libre et démocratique des délégués lors de l'élection des administrateurs.

Article 2. Objet

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

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

La Mutuelle peut :

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

La Mutuelle a aussi pour objet :

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

La Mutuelle peut :

- créer une ou plusieurs autre(s) mutuelle(s), notamment pour gérer des réalisations sanitaires et sociales et pourra créer ou adhérer à une union de groupe mutualiste définie à l'article L. 111-4-1 du Code de la Mutualité ou à une union mutualiste de groupe définie à l'article L. 111-4-2 du Code de la Mutualité ;
 - recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance ;
 - déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion des contrats collectifs ou individuels dans le respect des principes définis par l'Assemblée Générale ;
 - présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.
- Dans tous les actes et documents de la Mutuelle et, notamment, ses Règlements Mutualistes, bulletins d'adhésion ou contrats collectifs ainsi que dans tous les documents à caractère contractuel ou publicitaire, la dénomination sociale doit être accompagnée de la mention « Mutuelle soumise aux

dispositions du Livre II du Code de la Mutualité ».

Article 3. Respect de l'objet de la Mutuelle

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

Article 4. Élection de domicile

Le siège social de la Mutuelle est fixé au 25 place de la Madeleine - 75008 Paris.

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

CHAPITRE 2 - RELATIONS ENTRE LA MUTUELLE ET SES MEMBRES

SECTION I - COMPOSITION DE LA MUTUELLE ET CATÉGORIES DE BÉNÉFICIAIRES

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

Article 5. Membres participants et honoraires

Les membres participants sont des personnes physiques qui bénéficient des prestations de la Mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit. Le bénéfice des prestations est subordonné au paiement d'une cotisation dont les modalités de versement sont prévues par les dispositions contractuelles dont relèvent les membres participants. À leur demande, les mineurs de plus de seize (16) ans peuvent être membres participants de la Mutuelle sans intervention de leur représentant légal.

La Mutuelle admet comme membres honoraires des personnes physiques qui versent des cotisations, des contributions ou font des dons sans contrepartie de prestations. La Mutuelle peut également admettre, comme membres honoraires, des personnes morales ou employeurs souscrivant des contrats collectifs.

Article 6. Les ayants droit

Sont considérés comme ayants droit de l'adhérent, sous réserve des dispositions spécifiques prévues dans les documents contractuels :

- le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin vivant maritalement avec l'affilié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'affilié et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'affilié et de son concubin, devra être adressée à la Mutuelle ;
- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), sur présentation d'une copie d'un récépissé de l'enregistrement du Pacte Civil de Solidarité ou d'une copie de la convention ;
- les enfants à charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la Sécurité sociale mais également les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28e anniversaire justifiant de la qualité ;
- d'apprenti ;
- de chercheur d'emploi ;
- de personne handicapée ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % et ne pouvant prétendre au versement de l'allocation aux adultes handicapés ;
- de bénéficiaire d'un contrat de professionnalisation ;
- de bénéficiaire d'un contrat d'insertion.
- à la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'assuré et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux.

SECTION II - ADHÉSION

Article 7. Engagements réciproques

Statuts mis en conformité avec le Code de la Mutualité.

Statuts adoptés par l'Assemblée générale du 29 mai 2008, du 28 mai 2009, du 20 mai 2010, du 28 avril 2011, du 3 mai 2012, du 25 avril 2013, du 22 mai 2014, du 21 mai 2015, du 26 mai 2016, du 15 juin 2017, du 17 mai 2018 et du 16 mai 2019. Composés de 79 articles et 2 annexes.

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

Article 8. Modalités d'adhésion

Aucune limitation d'âge n'est fixée pour l'adhésion, sous réserve des exceptions prévues aux Règlements Mutualistes de la Mutuelle. Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion et reçoit copie des Statuts et du Règlement Mutualiste de la Mutuelle correspondant à la garantie souscrite. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions statutaires et des droits et obligations définies par les Règlements Mutualistes.

Par dérogation aux alinéas précédents, les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

SECTION III - RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION

Article 9. Résiliation faite auprès de la Mutuelle

A) Opérations individuelles

La résiliation de l'adhésion est opérée dans les conditions, formes et délais fixés par les Règlements Mutualistes. Sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, la résiliation de l'adhésion à la garantie entraîne, à la date d'échéance fixée au Règlement, la perte de la qualité de membre participant.

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

B) Opérations collectives

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

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

Article 10. Radiation

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

Article 11. Effets de la résiliation et de la radiation

La résiliation de l'adhésion et la radiation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des dispositions de l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, ni après la décision de radiation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Article 12. Modalités d'exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle, notamment en cas de fausse déclaration, de fraude ou de tentative de fraude avérée. L'exclusion du membre est notifiée à ce dernier par lettre recommandée signée par le Président du Conseil d'Administration. L'exclusion est d'application immédiate au jour de la première présentation du courrier par la Poste. Cette décision est portée à la connaissance du Conseil d'Administration.

Article 13. Conséquences de l'exclusion

L'exclusion n'emporte pas renonciation par la Mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en

vigueur à l'encontre du membre exclu. L'exclusion ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

SECTION IV - RÈGLEMENTS MUTUALISTES

Article 14. Les règlements mutualistes

Les Règlements Mutualistes adoptés par le Conseil d'Administration conformément à l'article L. 114-17 du Code de la Mutualité, définissent le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Ces Règlements Mutualistes pourront prendre comme dénomination « RÈGLEMENTS MUTUALISTES » ou « CONDITIONS GÉNÉRALES ».

TITRE II

Administration de la mutuelle

CHAPITRE 1 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

Article 15. Composition de l'Assemblée générale

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

Article 16. Définition des collèges et des Sections de vote ou de désignation

Les membres participants et les membres honoraires élisent ou désignent leurs délégués titulaires et leurs délégués suppléants dans le respect des conditions fixées par les dispositions de l'article L. 114-6 du Code de la Mutualité.

Pour ce faire, les membres participants et les membres honoraires sont répartis en trois (3) collèges, chaque collège se déclinant en section(s) de vote ou de désignation. L'étendue et la composition des sections sont définies par le Conseil d'Administration et arrêtées dans le règlement de vote tel que visé à l'article 17 des Statuts.

Les trois (3) collèges sont les suivants :

- Le collège individuel, constitué de membres participants adhérent à la Mutuelle à titre individuel, à l'intérieur duquel il est procédé à l'élection, dans le cadre d'une section de vote unique, de trente-quatre (34) délégués titulaires et de trente-quatre (34) délégués suppléants se répartissant comme suit :
 - > un délégué titulaire et un délégué suppléant par tranche de deux mille cinq cents (2 500) membres participants pour un effectif compris entre un (1) et quatre vingt deux mille cinq cents (82 500) membres ;
 - > et au-delà de quatre vingt deux mille cinq cents (82 500) membres participants, il est procédé à l'élection d'un seul délégué titulaire et d'un seul délégué suppléant représentant cette tranche ;
- Le collège collectif facultatif, constitué de membres honoraires, personnes morales ayant souscrit un contrat collectif facultatif et de membres participants, personnes physiques affiliées au contrat collectif à titre facultatif. Au sein du collège collectif facultatif, il est procédé à la désignation de trois (3) délégués titulaires et de trois (3) délégués suppléants représentant la section des membres honoraires et de trois (3) délégués titulaires et de trois (3) délégués suppléants représentant la section des membres participants affiliés à titre facultatif ;
- Le collège collectif obligatoire, constitué de membres honoraires, personnes morales ayant souscrit un contrat collectif obligatoire et de membres participants, personnes physiques affiliées au contrat collectif à titre obligatoire. Au sein du collège collectif obligatoire, il est procédé à la désignation de deux (2) délégués titulaires et de deux (2) délégués suppléants représentant la section des membres honoraires et de deux (2) délégués titulaires et deux (2) délégués suppléants représentant la section des membres participants affiliés à titre obligatoire.

L'effectif à prendre en compte pour la détermination du nombre de délégués titulaires et de délégués suppléants à élire dans le cadre de la section de vote du collège individuel est celui des membres participants inscrits à l'effectif au trente et un (31) octobre de l'année précédant l'élection des délégués. Le règlement de vote définit notamment les critères objectifs qui permettent de désigner les délégués de chaque collège collectif.

Article 17. Élection et désignation des délégués

17.1. Modalités d'élection des délégués

Conformément aux dispositions de l'article 16 des Statuts, les délégués de la Mutuelle sont répartis en trois (3) collèges. Seul le collège individuel repose sur un mode électoral des délégués. Un règlement de vote est adopté par le Conseil d'Administration de la Mutuelle. Il a pour objet de définir les modalités nécessaires à l'organisation de l'élection et de la désignation des délégués des différentes sections, de préciser l'étendue et la composition de ces dernières ainsi que d'arrêter le calendrier de l'ensemble du processus électoral.

En ce qui concerne le collège individuel, les membres participants qui en relèvent élisent parmi eux, au sein de leur section de vote, et selon les mêmes modalités, leurs délégués titulaires et leurs délégués suppléants. Cette élection se déroule par correspondance et/ou, le cas échéant, par voie électronique sur décision du Conseil d'Administration. Les modalités de vote sont indiquées dans le règlement de vote. Elles doivent garantir le secret et la liberté de vote ainsi que la sincérité des opérations électorales.

En ce qui concerne les deux (2) autres collèges, collège collectif facultatif et collège collectif obligatoire, la désignation du nombre des délégués titulaires et du nombre des délégués suppléants s'opère sur la base des critères définis par le Conseil d'Administration, inscrits dans le règlement de vote. Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée Générale.

17.2. Conditions d'éligibilité des délégués

17.2.1. Pour être candidat à la fonction de délégué du collège individuel, tout membre participant doit être, au jour de l'élection ou du renouvellement des délégués :

- rattaché à sa section
- âgé d'au moins dix-huit (18) ans
- à jour du paiement de ses cotisations
- membre participant depuis un (1) an

17.2.2. Pour être candidat à la fonction de délégué du collège collectif facultatif et du collège collectif obligatoire, tout membre honoraire doit être représenté par une personne physique devant justifier de sa qualité de représentant légal de la personne morale souscriptrice.

17.2.3. Pour être candidat à la fonction de délégué du collège collectif facultatif ou du collège collectif obligatoire, tout membre participant doit justifier de son affiliation à un membre honoraire relevant du collège considéré.

Les appels à candidatures auprès des membres, les conditions de dépôt de celles-ci et les modalités de vote sont fixées dans le règlement de vote qui est porté à leur connaissance lors de l'organisation du renouvellement des délégués par la Mutuelle. Le Conseil d'Administration nomme parmi ses membres une Commission électorale qui veillera à la bonne application du règlement de vote et qui statuera sur le bien-fondé des réclamations.

SECTION II - LES DÉLÉGUÉS

Article 18. Durée du mandat

Les délégués sont élus pour six (6) ans.

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

En cas d'augmentation significative du nombre d'adhérents, en raison notamment d'un transfert de portefeuille ou d'une opération de fusion ou de scission comportant un transfert de portefeuille au profit de la Mutuelle, il peut être procédé, sur décision du Conseil d'Administration, à l'élection de délégués supplémentaires appelés à représenter les adhérents issus de cette opération, dans les conditions prévues dans le règlement de vote.

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

Article 19. Statut des délégués

19.1. Rôle des délégués

Les délégués élus participent aux Assemblées Générales de la Mutuelle dans les conditions définies à l'article 21 des Statuts. Ils délibèrent sur toutes les questions qui relèvent de la compétence de l'Assemblée Générale telles que définies à l'article 24 des Statuts.

Dans leur rôle de représentation des membres de la Mutuelle ils peuvent soumettre des questions à l'Assemblée Générale

dans le respect des modalités fixées à l'article 23 des Statuts.

19.2. Vacance en cours de mandat d'un délégué titulaire de section

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un délégué titulaire, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant de la même section, ayant obtenu le plus grand nombre de voix, pour la durée du mandat du délégué titulaire restant à courir.

Dans le cas de plusieurs vacances, les délégués suppléants sont classés par ordre décroissant en fonction du nombre de voix obtenu, le premier délégué suppléant étant celui ayant obtenu le plus grand nombre de voix.

En l'absence de suppléant dans la section considérée, 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.

19.3. Suppléance en cas d'absence d'un délégué titulaire à l'Assemblée Générale et procuration

Chaque délégué titulaire dispose d'une voix dans les votes à l'Assemblée Générale.

Toutefois, le délégué titulaire absent physiquement lors de l'Assemblée Générale, peut donner pouvoir de vote en ses lieux et place à un autre délégué titulaire ou suppléant.

Il appartient au délégué titulaire de faire connaître son empêchement au Président de la Mutuelle.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-2 du Code de la Mutualité, le délégué titulaire, empêché d'assister à l'Assemblée Générale, devra remplir une formule de vote et l'adresser au délégué qu'il choisit de mandater.

Le nombre de mandats réunis par un même délégué ne peut excéder deux (2).

Toutefois, lorsque le Conseil d'Administration a opté pour un vote des délégués titulaires par correspondance ou pour un vote par voie électronique, les modalités en sont déterminées à l'article 27 des Statuts.

SECTION III - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 20. Périodicité des réunions

L'Assemblée Générale se réunit au moins une (1) fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration. À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance du siège social de la Mutuelle, statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée, ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 21. Modalités d'admission aux Assemblées Générales

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

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

- les délégués suppléants ;
- les salariés non délégués de la Mutuelle invités par le Conseil d'Administration, par voie de note interne.

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

Article 22. Modalités de convocation

Les délégués à l'Assemblée Générale sont convoqués individuellement par le Président du Conseil d'Administration quinze (15) jours au moins avant la date de la réunion. La convocation est faite par lettre ordinaire ou par courrier électronique adressé(e) à chaque délégué, à sa dernière adresse connue et selon les modalités prévues par la réglementation en vigueur. Conformément à l'article 27 des Statuts, lorsque le Conseil d'Administration fait le choix d'un vote des délégués par correspondance, la convocation indique les conditions dans lesquelles cette faculté peut être exercée et les lieux et conditions dans lesquels les délégués peuvent obtenir les formulaires nécessaires et les documents qui y sont annexés. À cette convocation sont joints les documents prévus par le Code de la Mutualité.

Autres convocations :

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le Conseil ;

2. le ou les commissaire(s) aux comptes ;
3. l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un ou plusieurs membre(s) participant(s) ;
4. un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, à la demande des dirigeants de la Mutuelle, ou d'un ou plusieurs membre(s) participant(s) ;
5. le ou les liquidateur(s).
À défaut, le Président du Tribunal de Grande Instance peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 23. Ordre du jour

Après la clôture du scrutin, les membres de la Commission L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est fixé par l'auteur de la convocation. Toutefois, un quart au moins des délégués peut requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale des projets de résolutions, selon les modalités prévues par le Code de la Mutualité.
Les demandes doivent être adressées au Président par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception ou encore déposées au siège de la Mutuelle contre récépissé, et reçues au plus tard cinq (5) jours ouvrés avant la date de tenue de l'Assemblée Générale.
Le Président du Conseil d'Administration, ou toute autre personne habilitée, accuse réception de cette question qui doit être communiquée aux administrateurs.

Article 24. Attributions de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale :

- se prononce sur le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent, sur les comptes combinés ou consolidés de l'exercice, le cas échéant, ainsi que sur le rapport de gestion du groupe et sur le rapport spécial des commissaires aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du Code de la Mutualité ;
 - procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation ;
- Elle est également appelée à se prononcer sur :
- les activités exercées ;
 - le montant du fonds d'établissement ;
 - les règles générales qui régissent les opérations individuelles et collectives ;
 - la modification des statuts ;
 - le transfert de portefeuille ;
 - les principes directeurs en matière de réassurance ;
 - l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération ;
 - la fusion ou la scission, les apports faits aux mutuelles et unions ; la dissolution de la Mutuelle ;
 - la dissolution de la Mutuelle ;
 - la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
 - la création d'une mutuelle ou d'une union ;
 - la nomination des commissaires aux comptes ;
 - la définition des principes qui doivent respecter les délégations de gestion accordées par la Mutuelle ;
 - toute question relevant de sa compétence en application des textes légaux en vigueur.

Article 25. Bureau de vote

Lors de chaque Assemblée Générale, il est procédé, en début de séance, sur proposition du Président de séance, à la désignation de trois (3) scrutateurs dont deux (2) choisis obligatoirement parmi les délégués.
Les trois (3) scrutateurs, désignés en début de séance, choisissent parmi eux leur Président.

Ils sont chargés de contrôler les opérations de vote et d'en assurer la régularité. Ils vérifient la qualité de chaque votant, veillent à ce que les délégués participant au vote émargent la feuille d'émargement prévue à cet effet.
En cas de vote à bulletins secrets, les scrutateurs procèdent au dépouillement et totalisent le nombre de voix obtenu pour chaque point porté à l'ordre du jour.

Article 26. Déroulement des travaux

Le Président de séance peut, avant l'ouverture des travaux, demander la modification de l'ordre des questions inscrites à l'ordre du jour. Le Président de séance de l'Assemblée en informe l'ensemble des délégués présents en début de séance et l'inscrit à l'ordre du jour.
Le rapport de gestion du Conseil d'Administration, établi par le Secrétaire général, doit être approuvé par les membres dudit Conseil lors de la dernière réunion qui précède l'Assemblée Générale.
Des salariés de la Mutuelle peuvent être invités, compte tenu de leur fonction ou de la technicité des questions traitées, à présenter des points figurant à l'ordre du jour des Assemblées Générales.
Les travaux de l'Assemblée Générale sont enregistrés et un procès-verbal en est établi pour approbation par la prochaine Assemblée.

Article 27. Opérations de vote

27.1. Principes

Les votes portant sur les questions relevant de la compétence de l'Assemblée Générale, conformément à l'article 24 des Statuts, ont lieu à main levée ou par appel nominatif des délégués, au choix du Président de séance. Les délégués titulaires, non présents à l'Assemblée Générale, peuvent cependant voter par procuration, dans les conditions définies à l'article 19.3 des Statuts.

Cependant, la majorité des délégués, présents ou représentés, peut demander un vote à bulletins secrets sur des questions importantes engageant l'avenir de la Mutuelle, à savoir :
- le transfert de portefeuille au profit d'un autre groupement ;
- la fusion, scission ou la dissolution de la Mutuelle.

27.2. Modalités de vote à bulletin secret

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

- deux (2) urnes,
 - des bulletins de vote comportant :
 - la dénomination de la Mutuelle ;
 - la date de l'Assemblée Générale et l'objet du vote ;
 - selon les cas, des cases « pour », « contre », « abstention », permettant aux délégués d'exprimer leur choix ;
 - en cas d'élection d'administrateurs, le nombre de sièges à pourvoir ;
 - et, enfin, une mention relative à la nullité des bulletins de vote rayés, raturés ou contenant plus de noms que de postes à pourvoir.
- une feuille d'émargement portant mention des noms, prénoms et des sections de rattachement des délégués présents et représentés.

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

Le vote à bulletin secret peut également s'effectuer par le biais d'un boîtier de vote électronique sécurisé assurant l'anonymat du délégué et respectant le secret du vote et la sincérité du scrutin.

Ce boîtier permet à chaque délégué de voter pour chacune des résolutions dans l'ordre de leur présentation en leur offrant la possibilité d'exprimer, pour chaque résolution, un vote favorable ou un vote défavorable ainsi qu'une abstention.

27.3. Modalités de vote par voie électronique et/ou par correspondance

Le Conseil d'Administration peut opter pour un vote des délégués :

- par voie électronique dans le respect du secret de vote et de la sincérité du scrutin ;
- et/ou par correspondance.

Afin de mettre en œuvre ces modalités de vote, le Conseil d'Administration peut faire appel aux services d'un prestataire externe qui se chargera de fabriquer et d'expédier le matériel de vote, sous la responsabilité de la Mutuelle.

Le matériel de vote est adressé aux délégués titulaires et présente sur un même courrier les informations leur permettant de voter par internet et/ou par correspondance.

Le matériel de vote devra parvenir aux délégués au plus

tard quinze (15) jours avant la date fixée par le Conseil d'Administration pour la fin de la période de vote.

Le matériel comprendra le dossier de présentation des résolutions ainsi que chaque résolution sur laquelle chaque délégué titulaire sera appelé à se prononcer.

Il comprendra également une lettre de présentation exhaustive du mode opératoire du vote selon qu'il s'agisse du vote par voie électronique (internet), du vote par correspondance ou encore des deux. Dans cette dernière hypothèse, si le délégué dispose du choix de voter soit par internet, soit par correspondance, en cas de double vote, le vote par internet prévaut sur le vote par correspondance.

S'agissant du vote par voie électronique, une aide en ligne sera accessible selon une adresse mentionnée dans la lettre de présentation des opérations de vote.

S'agissant du vote par correspondance, le formulaire de vote par correspondance permet un vote sur chacune des résolutions dans l'ordre de leur présentation et offre au délégué la possibilité d'exprimer, sur chaque résolution, un vote favorable ou défavorable à son adoption ou sa volonté de s'abstenir de voter.

Est annexé au formulaire de vote par correspondance, le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs. Le formulaire de vote par correspondance comporte l'indication de la date avant laquelle il doit être reçu par la Mutuelle pour qu'il en soit tenu compte, cette dernière ne pouvant être antérieure de plus de trois (3) jours à la date de la réunion de l'Assemblée Générale, conformément à l'article R. 114-1 du Code de la Mutualité.

Ce formulaire de vote par correspondance adressé à la Mutuelle vaut pour l'Assemblée Générale tenue sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

L'organisation, le suivi et la proclamation des résultats des votes électroniques et/ou par correspondance sont placés sous la responsabilité du Bureau de vote, chargé de veiller à la régularité des votes.

Article 28. Modalités de délibération

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

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

Lorsqu'une Assemblée Générale n'a pas pu délibérer régulièrement faute de quorum requis, une deuxième Assemblée est convoquée dans les mêmes formes et délibère comme indiqué à l'article 29 des Statuts.

Article 29. Validité des délibérations

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

I. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des Statuts, les activités exercées, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués, présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique dans les conditions prévues à l'article L. 114-13 du Code de la Mutualité, est au moins égal à la moitié du total des délégués.

II. À défaut, une seconde Assemblée Générale sera convoquée et délibérera valablement, si le nombre de ses délégués, présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique dans les conditions prévues à l'article L. 114-13 du Code de la Mutualité, représente au moins le quart du total des délégués.

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

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

III. Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I. ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués, présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par

correspondance ou de vote électronique dans les conditions prévues à l'article L. 114-13 du Code de la Mutualité, est au moins égal au quart du total des délégués.

IV. À défaut, une seconde Assemblée Générale sera convoquée et délibérera valablement, quel que soit le nombre de ses délégués, présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique dans les conditions prévues à l'article L. 114-13 du Code de la Mutualité. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués ayant exprimé leur suffrage.

Article 30. Effet des décisions

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

Article 31. Procès-verbaux d'Assemblées Générales

Les délibérations des Assemblées Générales sont constatées dans des procès-verbaux. Ils indiquent la date et le lieu de la réunion, le mode de convocation, la composition du Bureau de vote, le nombre de délégués présents et représentés, les modalités de vote et le quorum atteint, le résumé des débats, le texte des résolutions mises aux voix et le résultat des votes. Ils font état, le cas échéant, de la convocation et de la présence ou de l'absence des commissaires aux comptes.

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

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

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

Article 32. Contestations relatives aux Assemblées Générales

Toute contestation relative aux Assemblées Générales est traitée par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

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

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

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

En cas d'égalité des voix, la voix du Président du Conseil d'Administration est prépondérante.

CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I - RÈGLEMENTS - COMPOSITION - ÉLECTION

Article 33. Règlement intérieur du Conseil d'Administration

En complément des Statuts, un règlement intérieur du Conseil d'Administration définit les principales règles de bonne conduite que s'engagent à respecter le Conseil d'Administration dans son ensemble et chaque administrateur individuellement.

Instrument au service de la gouvernance de la Mutuelle, il formalise le fonctionnement, l'organisation et les règles auxquelles s'astreignent les membres du Conseil d'Administration.

Il est complété d'un Code de déontologie des administrateurs qui précise les droits, devoirs et responsabilités auxquels s'exposent les administrateurs dans l'exercice de leur fonction. Ces documents, destinés aux seuls administrateurs ou candidats aux fonctions d'administrateur, sont adoptés et

modifiés par décision du Conseil d'Administration.

Article 34. Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé de minimum dix (10) et maximum vingt (20) membres, élus par l'Assemblée Générale, parmi les membres participants et honoraires de la Mutuelle.

Les membres participants représentent au moins les deux tiers du Conseil d'Administration. Le Conseil d'Administration 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 que la Mutuelle au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité.

Article 35. Conditions requises pour être administrateur

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

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

Article 36. Candidature aux fonctions d'administrateur

Les candidatures aux fonctions d'administrateur des membres Les candidatures aux fonctions d'administrateur des membres participants et honoraires qui remplissent les conditions fixées à l'article 35 des Statuts, doivent être confirmées par le postulant à l'aide d'un imprimé prévu à cet effet et qui lui est adressé sur sa demande. Cet imprimé, dûment rempli et signé, doit être adressé au Président de la Mutuelle un (1) mois avant l'Assemblée Générale.

Article 37. Limite d'âge

Le nombre des membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge, fixée à soixante-dix (70) ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration. Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de cet administrateur nouvellement élu.

Article 38. Modalités d'élections

Les Les membres du Conseil sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée Générale, au scrutin uninominal majoritaire à un (1) tour.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus âgé.

Article 39. Durée du mandat

Les administrateurs sont élus pour une durée de six (6) ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs. D'une façon générale, tout administrateur, à la fin de son mandat de six (6) ans, reste en poste jusqu'à sa réélection ou l'élection de son successeur.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent leur qualité de membre participant ou honoraire ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions fixées par l'article 37 ;
- lorsqu'ils ne respectent plus les conditions d'éligibilité prévues :
 - lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions des paragraphes I et III de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul, ils présentent dans les trois (3) mois de leur

nomination leur démission ou, à l'expiration de ce délai, sont déclarés démissionnaires d'office ;

— lorsqu'ils font l'objet d'une condamnation entraînant l'interdiction d'exercer la fonction d'administrateur conformément à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité, ils présentent dans les trois (3) mois leur démission ou, à l'expiration de ce délai, sont déclarés radiés du Conseil d'Administration.

Article 40. Honorariat

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

Article 41. Renouvellement

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

Article 42. Vacance

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

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

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

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

SECTION II - LE PRÉSIDENT

Article 43. Élection, durée du mandat et révocation

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres, en qualité de personne physique, un Président. Le Président est élu à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à un (1) tour par les membres du Conseil d'Administration, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration. Le Président est élu pour une durée de six (6) ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible. Il peut être révoqué à tout moment par ledit Conseil.

Article 44. Décès, démission, révocation

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

Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le premier Vice-Président, à défaut le deuxième Vice-Président, à défaut le Vice-Président le plus ancien dans la fonction, ou à défaut, par l'administrateur le plus ancien dans la fonction.

Celui-ci, dans l'intervalle, assure les fonctions de Président par intérim à l'exception de celles qui relèvent de ses attributions de dirigeant effectif de la Mutuelle.

Article 45. Attributions du Président

Le Président

- organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale ;
- convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour ;
- informe le Conseil des procédures engagées en application des sections 6 et 7 du Chapitre II du Titre I^{er} du Livre VI du Code monétaire et financier ;
- s'assure de la communication aux administrateurs de toutes

les informations nécessaires à l'accomplissement de leurs missions et veille à la mise en place des actions de formation visées par l'article L.114-25 du Code de la Mutualité ;

- veille :
 - à ce que l'ensemble des administrateurs respecte les règles et devoirs décrits dans le règlement intérieur du Conseil d'Administration et dans le Code de Déontologie et, le cas échéant, sanctionne les manquements constatés, après avis du bureau ou du Conseil d'Administration, les sanctions d'un manquement sont décrites dans le règlement intérieur du Conseil d'Administration ;
 - à ce que les remboursements de frais et indemnités alloués aux administrateurs soient conformes aux prescriptions du Code de la Mutualité et aux conditions prévues aux Statuts ;
 - au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle,
- informe les commissaires aux comptes et le Conseil d'Administration de toutes conventions intervenant intervenants entre la Mutuelle et ses administrateurs et/ ou ses dirigeants dans les conditions prévues aux articles L.114-32 et L.114-33 du Code de la Mutualité ;
- engage les recettes et les dépenses ;
- représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. A l'égard des tiers, la Mutuelle est engagée même par les actes du Président qui ne relèvent pas de l'objet de la Mutuelle, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances ;
- est compétent pour rester en justice au nom de la Mutuelle, en demande comme en défense ;
- assure la représentation de la Mutuelle auprès des instances fédérales.

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

Article 46. Les Vice-Présidents

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle élit un premier Vice-Président, un deuxième Vice-Président et trois (3) Vice-Présidents. Les premier et deuxième Vice-Présidents ou les Vice-Présidents secondent le Président. En cas d'empêchement du Président ce dernier est suppléé dans ses fonctions avec les mêmes pouvoirs, à l'exception de celles qui relèvent de ses attributions de dirigeant effectif de la Mutuelle, par le premier Vice-Président, à défaut le deuxième Vice-Président, à défaut le Vice-Président le plus ancien dans la fonction. Si l'empêchement du Président est durable, le Conseil d'Administration pourvoit à son remplacement.

SECTION III - RÉUNIONS

Article 47. Périodicité

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

Article 48. Convocation du Conseil

En application de l'article 47 des Statuts, le Président convoque le Conseil d'Administration au moyen d'une lettre simple ou d'un courrier électronique adressé(e) à chacun des administrateurs, quinze (15) jours au moins avant la réunion, indiquant l'ordre du jour de la réunion. Toutefois, en cas d'urgence, la convocation peut être faite sans délai et même verbalement. Le Président reste seul juge de l'urgence de la situation. Le Conseil se réunit au siège de la Mutuelle ou en tout autre endroit indiqué dans la lettre de convocation. L'ordre du jour du Conseil est arrêté par le Président. Tout administrateur peut demander, par lettre recommandée ou pli déposé contre récépissé dans les cinq (5) jours qui précèdent le Conseil, l'inscription de telle ou telle question particulière à l'ordre du jour ou l'inversion de points de l'ordre du jour. En cas de non-respect de ce délai, pour ce qui concerne l'inscription d'une question particulière à l'ordre du jour, l'examen de ladite question est reporté à la séance suivante.

Article 49. Devoir de réserve

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

tenus au secret professionnel édicté par l'article L. 2315-3 du Code du travail.

Article 50. Personnes habilitées à participer au Conseil d'Administration

Le Dirigeant opérationnel et les membres qu'il désigne participent aux réunions du Conseil, sans droit de vote. Le Conseil d'Administration admet également en son sein les commissaires aux comptes de la Mutuelle. Il peut demander à entendre à titre consultatif tout expert de son choix. Enfin, deux (2) représentants des salariés assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration. Ces représentants des salariés au Conseil d'Administration sont élus parmi les salariés élus au Comité Social et Economique, conformément à l'article L. 114-16 du Code de la Mutualité et à l'article 51 des Statuts.

Article 51. Élection des représentants du Comité Social et Economique pour participation au Conseil d'Administration

Le Comité Social et Economique, nouvellement élu, élit parmi ses membres, pour quatre (4) ans, les deux (2) personnes chargées de représenter les salariés au Conseil d'Administration :

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

À défaut d'élection par le Comité Social et Economique, les représentants des salariés sont élus à bulletin secret par les seuls salariés de la Mutuelle, à la majorité relative à un (1) seul tour, pour une durée de quatre (4) ans à compter de la date de leur élection.

Tout salarié majeur ayant au moins une (1) année d'ancienneté peut se présenter et se porter candidat à titre individuel, mais ne peuvent participer à ces élections que les salariés ayant au moins six (6) mois d'ancienneté. Le scrutin doit avoir lieu tous les quatre (4) ans dans le mois qui précède l'expiration du mandat des représentants en fonction. En cas de démission ou de décès de l'un d'entre eux, il sera procédé à son remplacement dans les six (6) mois de la cessation de fonction. Le représentant nouvellement nommé ne demeurera que pendant la durée du temps restant à courir du mandat confié à son prédécesseur.

Ce scrutin est annoncé au moins trente (30) jours pleins avant la date des élections par un avis affiché dans les locaux de la Mutuelle. Pendant ce délai, la liste des électeurs, établie par la Direction, est tenue à la disposition du personnel intéressé. La liste des candidats sera affichée dix (10) jours au moins avant la date du scrutin. Les bureaux électoraux sont composés en accord avec les délégués du personnel. Le vote a lieu à bulletins secrets dans une urne déposée à cet effet. Les salariés mettront leur bulletin dans une enveloppe qui leur sera remise au moment du scrutin.

Article 52. Délibérations du Conseil d'administration

Le Conseil d'Administration ne délibère que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Le Conseil d'Administration peut délibérer valablement dès que le quorum est atteint.

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

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

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-20 du Code de la Mutualité, et sauf lorsque le Conseil d'Administration est réuni pour procéder à l'arrêté des comptes annuels et à l'établissement du rapport de gestion, sont réputés présents les administrateurs et les représentants des salariés qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective.

Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

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

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

Après approbation par le Conseil d'Administration lors d'une séance suivante, ils sont transcrits sur un registre tenu au

siège de la Mutuelle et signés par le Président de séance.

SECTION IV - ATTRIBUTIONS, DÉLÉGATIONS ET RESPONSABILITÉS

Article 53. Attributions

Le Conseil d'Administration conformément au Code de la Mutualité (article L. 114-17 et L.114-11):

- détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application ;
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle ;
- conformément à l'article L. 211-14 du Code de la Mutualité, nomme et révoque, sur proposition du Président du Conseil d'Administration, le dirigeant opérationnel ; Il approuve, en application du même article, les éléments de son contrat de travail ;
- définit pour les cas où le ou les dirigeant(s) effectif(s) est(sont) absent(s) ou empêché(s), les modalités de continuité de la Direction effective ;
- adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées à l'article L. 221-2 II du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte des décisions qu'il prend en la matière à l'Assemblée Générale ;
- donne son autorisation aux conventions réglementées visées à l'article L. 114-32 du Code de la Mutualité ;
- établit chaque année un rapport qu'il présente à l'Assemblée Générale dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et des opérations de délégation de gestion ;
- arrête les comptes annuels à la clôture de chaque exercice et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la Mutualité ;
- établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée Générale ;
- approuve avant transmission à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, chaque année, le rapport sur la solvabilité et la situation financière, le rapport régulier au contrôleur et le rapport sur l'évaluation propre des risques et de la solvabilité et les risques quantitatifs prévus par la réglementation ;
- examine, au moins une (1) fois par an, la mise en œuvre de la politique financière et les risques encourus par la Mutuelle ;
- fixe le montant des prestations et cotisations des opérations individuelles conformément à l'article L. 114-9 du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale ;
- fixe les montants ou taux de cotisations et prestations des opérations collectives dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence pour un (1) an maximum au Président ou au Dirigeant opérationnel. Il rendra compte des décisions qu'il prend en la matière à l'Assemblée Générale ;
- vote le budget ;
- approuve les politiques écrites relatives à la gestion des risques, au contrôle interne, à l'audit interne et, le cas échéant, à l'externalisation ;
- approuve les procédures préparées par le Dirigeant opérationnel définissant les conditions selon lesquelles les responsables des fonctions clé peuvent informer directement, et de leur propre initiative, le Conseil d'Administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier ;
- entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une (1) fois par an, les responsables des fonctions clés.

Le Conseil d'Administration est également compétent en matière de toutes contestations relatives à la tenue des Assemblées Générales de la Mutuelle. Il examine chaque contestation et entend notamment lorsque la contestation porte sur la régularité des votes, le rapport rendu par le Président du Bureau de vote avant de faire connaître sa décision au(x) membre(s) qui a(ont) pu porter réclamation. Plus généralement, le Conseil d'Administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Article 54. Délégations du Conseil d'administration

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

- au Bureau ;
- à un ou plusieurs administrateur(s) ;
- à une ou plusieurs commission(s).

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

Article 55. Responsabilité des administrateurs

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

SECTION V - BUREAU ET COMMISSIONS

Article 56. Élection des membres du Bureau

Les membres du Bureau, autres que le Président du Conseil d'Administration, sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un (1) tour pour deux (2) ans par le Conseil d'Administration en son sein, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration.

Article 57. Composition du Bureau

Le Bureau est composé de la façon suivante :

- le Président du Conseil d'Administration,
- un premier Vice-Président,
- un deuxième Vice-Président,
- trois (3) Vice-Présidents,
- un (1) Secrétaire général,
- un (1) Secrétaire général adjoint,
- un (1) Trésorier général,
- un (1) Trésorier général adjoint.

Article 58. Le Secrétaire général

Le Secrétaire général est responsable des travaux administratifs relatifs aux Conseils d'Administration et Assemblées Générales et de la rédaction des procès-verbaux. Le Secrétaire général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Dirigeant opérationnel de la Mutuelle l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 59. Le Secrétaire général adjoint

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

Article 60. Le Trésorier général

Sur délégation du Conseil d'Administration, le Trésorier général s'assure de la bonne tenue des comptes de la Mutuelle ainsi que de ses opérations financières. Il s'assure que les comptes annuels et les Etats annexes sont préparés et soumis au Conseil d'Administration ainsi que les rapports annuels de gestion et de solvabilité.

Il présente au Conseil d'Administration un rapport annuel sur la situation financière de la Mutuelle.

Il préside la Commission des Finances de la Mutuelle.

Article 61. Le Trésorier général adjoint

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

Article 62. Attributions du Bureau

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

Article 63. Réunions et délibérations du Bureau

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

Article 64. Comité d'audit

Dans le cadre des règles de gestion et de contrôle et du respect des règles de transparence, un Comité d'Audit est mis en place. Il est composé de quatre (4) à six (6) membres, assistés du Dirigeant opérationnel, et se réunit au minimum deux (2) fois par an.

Modalités de désignation

Les membres du Comité d'Audit ainsi que son Président et son Vice-Président, qui ne peuvent être le Président du Conseil d'Administration, sont désignés parmi les administrateurs à l'issue d'un vote du Conseil d'Administration. La désignation des membres du Comité d'Audit est organisée lors du premier Conseil qui suit le renouvellement partiel du Conseil d'Administration.

Durée des mandats

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

Missions

Il est chargé :

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

Le Comité d'Audit est également chargé des missions définies à l'article L. 823-19 du Code de commerce. Il est tenu, dans l'exercice de ses missions, à une obligation de confidentialité, conformément à l'article L. 823-21 du Code de commerce.

Modalités d'organisation et de fonctionnement

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

- d'une convocation spécifique auprès de ses membres ;
 - d'un compte rendu présenté lors d'un Conseil d'Administration suivant. Les règles de confidentialité qui s'imposent aux administrateurs s'imposent aux membres du Comité d'Audit.
- Le Président du Comité d'Audit peut inviter, avec l'accord du Dirigeant opérationnel, le responsable du contrôle interne et des personnes extérieures, notamment les commissaires aux comptes. Ces dernières sont tenues aux mêmes exigences d'opportunité et de confidentialité que les administrateurs eux-mêmes. En cas d'empêchement du Président du Comité d'Audit, ce dernier est suppléé dans ses fonctions avec les mêmes pouvoirs par le Vice-Président du Comité d'Audit.

Article 65. Commissions

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

SECTION VI - DIRIGEANTS EFFECTIFS DE LA MUTUELLES

Article 66 Dirigeants effectifs

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle nomme, sur proposition du Président, le Dirigeant opérationnel, qui ne peut être un administrateur. Il est mis fin aux fonctions du Dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

Le Conseil d'Administration approuve les éléments du contrat de travail du Dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue, sur proposition du Président, les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle. Le Dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'Administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci.

Le Dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle ou de l'union, de la délégation mentionnée au précédent alinéa et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux Assemblées Générales, au Conseil d'Administration et au Président.

En cas de décès, de démission du Dirigeant opérationnel ou de cessation de son mandat suite à une décision d'opposition de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), en application de l'article L. 612-23-1 du Code monétaire et financier, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration.

Le Président et le Dirigeant opérationnel dirigent effectivement la Mutuelle au sens de l'article L. 211-13 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration peut également, sur proposition de son Président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personne(s) physique(s) autres que le Président et le Dirigeant opérationnel. Ces personnes doivent disposer d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de la Mutuelle, faire preuve d'une disponibilité suffisante au sein de la Mutuelle pour exercer ce rôle, et être impliquées dans les décisions ayant un impact important sur la Mutuelle, notamment en matière de stratégie, de budget ou de questions financières. Sur proposition de son Président, le Conseil d'Administration peut leur retirer cette fonction.

SECTION VII - DEVOIRS ET COMPORTEMENTS INTERDITS DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPERATIONNEL

Article 67. Gratuité des fonctions

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Toutefois, la Mutuelle peut verser au Président des indemnités dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité. En outre, la Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacements, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la Mutualité. Les administrateurs auxquels des missions permanentes sont confiées justifient le versement de ces indemnités par la production annuelle d'un rapport d'activité et du temps passé au service de la Mutuelle, conformément à l'article R. 114-6 du Code de la Mutualité. Ce rapport est présenté au Conseil d'Administration et annexé au rapport de gestion.

Article 68. Interdictions

- Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du Code de la Mutualité.
- Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des présents Statuts.
- Il est interdit aux administrateurs et au Directeur 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 ou 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 oeuvre. Cette interdiction ne s'applique pas au Dirigeant opérationnel lorsqu'il est susceptible d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la Mutuelle.

Dans tous les cas, le Conseil d'Administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs ou au Dirigeant opérationnel. La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes mentionnées au présent article.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou au Dirigeant opérationnel.

Article 69. Délai de carence

Les administrateurs ne peuvent exercer des fonctions donnant lieu à des rémunérations de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un

délai d'un (1) an à compter de la fin de leur mandat.
Un ancien salarié de la Mutuelle ne peut être nommé administrateur pendant une durée de trois (3) ans à compter de la fin de son contrat de travail.

SECTION VIII - CONVENTIONS CONCLUES ENTRE LA MUTUELLE ET UN ADMINISTRATEUR

Article 70. Autorisation des conventions

Toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration. L'administrateur intéressé ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.
La décision du Conseil d'Administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du Conseil d'Administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.
Les dispositions ci-dessus ne sont pas applicables aux conventions portant sur des opérations courantes conclues à des conditions normales définies par les textes réglementaires.

Article 71. Information

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

Article 72. Conséquences du défaut d'autorisation

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

SECTION IX- STATUTS DES MANDATAIRES MUTUALISTES

Article 73. Mandataires mutualistes

Les personnes physiques exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs, qui apportent à la Mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole dans le cadre du mandat pour lequel elles ont été désignées ou élues sont des mandataires mutualistes. La Mutuelle propose aux mandataires mutualistes un programme de formation adapté à leurs fonctions et à leurs responsabilités mutualistes. Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Les frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés selon les modalités déterminées à l'annexe 2 des présents Statuts.

TITRE III

Dispositions financières et comptables

Article 74. Commissaires aux comptes

L'Assemblée Générale nomme un ou plusieurs commissaire(s) aux comptes et un ou plusieurs suppléant(s) choisi(s) sur la liste des commissaires aux comptes inscrits.
Le Président convoque le ou les commissaire(s) aux comptes à toutes les Assemblées Générales.
Le ou les commissaire(s) aux comptes certifie(nt) les rapports et les comptes dans les conditions prévues au Code de la Mutualité.

Article 75. Fonds d'établissement

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

Article 76. Produits et charges

Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

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

Charges

Les charges comprennent :

1. Les diverses prestations servies aux membres participants et à leurs ayants droit ;
2. Les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
3. Les versements faits aux unions et fédérations ;
4. Les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
5. Les cotisations versées au système fédéral de garantie prévu à l'article L.111-6 du Code de la Mutualité (facultatif) ;
6. La redevance affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) pour l'exercice de ses missions ;
7. plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

Article 77. Réassurance

L'Assemblée Générale statue sur les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ainsi que sur les principes directeurs en matière de réassurance.
Le Conseil d'Administration approuve la signature des traités de réassurance. La Mutuelle peut réassurer tout ou partie de ses risques auprès d'entreprises non régies par le Code de la Mutualité, sur décision du Conseil d'Administration.

TITRE IV

Dissolution volontaire et liquidation

Article 78. Dissolution

En dehors des cas prévus par les lois, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées aux présents Statuts.
L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateur(s) qui peut(peuvent) être pris parmi les membres du Conseil d'Administration.
La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs. L'Assemblée Générale régulièrement constituée conserve, pour la liquidation, les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.
L'excédent de l'actif sur le passif est dévolu par l'Assemblée Générale statuant dans les conditions statutaires à d'autres mutuelles ou unions ou au fonds de garantie mentionné au Code de la Mutualité.

TITRE V

Traitement des réclamations - médiation

Article 79 (dernier article). Réclamations - Médiation

En cas de réclamation portant sur les produits dont Mutuelle Bleue est l'assureur, l'adhérent peut contacter, dans un premier temps, son interlocuteur habituel. Mutuelle Bleue informera, à la demande de l'adhérent, des modalités de saisine de chacun des niveaux de traitement des réclamations mis en place, notamment les coordonnées de la (des) personne(s) ou du service en charge du traitement des réclamations.

Lorsque toutes les voies de recours internes ont été épuisées, et seulement si aucune action contentieuse n'a été engagée, l'adhérent peut avoir recours au service du Médiateur de la Consommation désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), dans les cas relevant de sa compétence et sans préjudice des autres voies d'actions légales. La saisine du Médiateur de la Consommation doit être réalisée par courrier envoyé à l'attention de Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15.

ANNEXES

ANNEXE 1 : FRAIS DE DÉPLACEMENT DES DÉLÉGUÉS

L'article L. 114-26 alinéa 6 du Code de la Mutualité prévoit le remboursement des frais de déplacements aux administrateurs,

mais rien n'est prévu dans le Code en ce qui concerne le remboursement des frais des délégués pour se rendre aux différentes réunions ou Assemblées Générales auxquelles ils ont été convoqués.
Sachant que leur présence est un élément majeur et essentiel de la tenue et de la validité des délibérations mises à l'ordre du jour et donc, pour permettre le fonctionnement démocratique de son Assemblée Générale, son organe souverain, la Mutuelle indemnise ses délégués de leurs frais de déplacement dans les conditions ci-après :

1. Transports en commun

Les délégués sont réputés partir de leur dernier domicile connu de la Mutuelle, pour se rendre au lieu de l'Assemblée Générale statutaire, de la réunion d'information ou d'études à laquelle ils ont été convoqués ou invités, et à ce titre, bénéficient du remboursement de leurs seuls frais de déplacements ou d'hébergements sur justificatifs.
Le délégué pourra donc en fonction des circonstances utiliser soit les moyens de transports en commun, soit son véhicule personnel. Les frais de transports en commun de toute nature (métro, autobus, autocar, taxi, train, avion...) lui sont remboursés sur justificatif des billets de transport validés accompagnés ou non de factures acquittées par lui.

2. Transport par véhicule personnel

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

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

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

3. Hébergement

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

3.1. Nuitée
Découcher avec petit-déjeuner inclus 154 euros maximum

3.2. Repas
Déjeuner ou dîner 35 euros maximum

4. Invitation

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

ANNEXE 2 : FRAIS DE DÉPLACEMENT DES ADMINISTRATEURS ET DES MANDATAIRES MUTUALISTES

1. Rappel du Code de la Mutualité

Article L. 114-26, alinéa 6 : « Les mutuelles, unions et fédérations remboursent également aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour dans des limites fixées par arrêté du Ministre chargé de la Mutualité ».

Article L. 114-37-1 alinéa 3 : « Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés dans des conditions définies dans les statuts et dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs ».

2. Règles générales

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

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

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

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

3. Circuit des demandes de remboursement

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

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

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

4. Remboursement de frais aux administrateurs et aux mandataires mutualistes

Les frais de déplacement engagés par les administrateurs et les mandataires mutualistes, pour se rendre aux réunions auxquelles ils ont été convoqués, sont classés en trois (3) groupes qui sont :

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

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

4.1.1. Dans un souci de simplification administrative, les obligations résultant de l'application des articles L. 114-26 alinéa 6 et L. 114-37-1 du Code de la Mutualité sont réputées remplies par la Mutuelle par un versement forfaitaire, proposé par le Conseil d'Administration et voté par l'Assemblée Générale du 20 mai 2010, à raison de 65 euros par demi-

journée, outre le remboursement des frais de déplacement dans les conditions ci-après, en fonction des distances parcourues et des frais d'hébergement.

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

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

4.3. Déplacements de courte distance ou premier groupe

4.3.1. Définition et conditions de remboursement des frais réels

4.3.1.1. Déplacement de proximité (inférieur ou égal à 20km)

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

4.3.1.2. Utilisation du véhicule personnel

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

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

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

4.3.1.4. Accès gare et aéroport

Même dans les cas d'accès à une gare ou à un aéroport dont l'éloignement du domicile est supérieur aller et retour à 20 km, l'administrateur ou le mandataire mutualiste privilégiera les moyens de transports en commun, à l'utilisation de son véhicule. En cas de circonstances exceptionnelles ou particulières, et sur accord du Président, l'utilisation du taxi sera possible. Dans tous les cas où cela sera possible, les moyens de transports en commun seront privilégiés par l'administrateur ou le mandataire mutualiste.

4.3.1.5. Frais de parking, de parcimètre et de péage

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

4.4. Déplacements de moyenne ou longue distance, c'est-à-dire

du deuxième ou troisième groupe

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

4.4.1. Transports aériens

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

4.4.2. Transports ferroviaires

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

4.4.3. Utilisation du véhicule personnel

De 0 à 20 km : couvert par l'indemnité forfaitaire.

Supérieur à 20 km et inférieur ou égal à 400 km soit 380 km, application du barème fiscal

tranche 1 (définie comme applicable pour les parcours annuels « jusqu'à 5 000 km »). Au-delà de 400 km, application du barème fiscal tranche 3 (définie comme tarif fiscal applicable « au-delà de 20 000 km »).

Il est bien précisé que, pour des raisons fiscales évidentes, si la tranche 1 est atteinte, en cours d'année, pour des distances cumulées annuelles de plus de 5 000 km, c'est la tranche 3 qui s'appliquera à partir du voyage suivant celui au cours duquel le seuil des 5 000 km cumulés aura été atteint. Le remboursement des frais de parking, péage, s'effectue sur justificatifs (Idem 4.3.1.5.).

4.5. Repas, hôtel, hébergement

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

4.5.1. Nuitée

Découcher avec petit déjeuner inclus 154 euros maximum

4.5.2. Repas

Déjeuner ou dîner 35 euros maximum

5. Invitation

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

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Néoliane **mutuelle**
SANTÉ & PRÉVOYANCE PRÉSENTS POUR VOUS **bleue**

Produit distribué et co-conçu par NÉOLIANE SANTÉ - 455 Promenade des Anglais Immeuble Nice Plaza – 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice - B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Assuré par MUTUELLE BLEUE - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° 775 671 993 et dont le siège social est situé au : 25 place de la Madeleine - 75008 Paris.

Produit : **NÉOLIANE PRÉVOYANCE - Garantie indemnités journalières hospitalières en cas d'accident**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de garantie sont détaillés dans la notice d'information.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit Néoliane Prévoyance est composé de deux garanties, une garantie Décès - PTIA en cas d'accident et une garantie indemnités journalières hospitalières en cas d'accident. La garantie indemnités journalières hospitalières (IJH) en cas d'accident, du produit Néoliane Prévoyance, est un contrat d'assurance à adhésion facultative qui a pour but le versement d'indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation suite à un accident de l'assuré. La garantie décès / PTIA en cas d'accident fait l'objet d'une autre fiche IPID.



QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

Le montant des prestations figurent dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

LA GARANTIE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ Indemnités journalières en cas d'hospitalisation consécutive à un accident dont le montant, choisi par l'adhérent à l'adhésion, peut aller de 20 à 150 euros.
- ✓ L'assistance (Aide-ménagère, prise en charge des enfants ou enfants handicapés, informations médicales dans certains domaines)

« Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat ».



QU'EST CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les hospitalisations non prescrites par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'un accident
- ✗ Les hospitalisations à domicile
- ✗ Les hospitalisations de moins de 24 heures consécutives
- ✗ Les séjours dus à une convalescence ou un séjour en maison de repos, d'hébergement, de plain air, de convalescence, de retraite, les établissements thermaux, et climatiques, les hospices, ou hôpitaux psychiatriques, les instituts médicos-pédagogiques, les services de gériatrie, les établissements de cures.
- ✗ Les adhésions multiples



Y-A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

La garantie ne couvre pas les conséquences :

- ! Des tentatives de suicide ;
- ! Des accidents de la navigation aérienne ou des accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
- ! Des accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ;
- ! Des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs suivants : course automobile, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous-marine...
- ! Professions exclues : professions de sécurité et/ou avec port manipulation ou ventes d'armes, acteurs, mannequins, cascadeurs, forains, professions impliquant un contact avec des animaux dangereux...

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! L'indemnité journalière est versée pour toute hospitalisation de plus de 24 heures consécutives et dans la limite de 365 jours pour tout accident garanti.
- ! Plusieurs hospitalisations successives pour un même accident, sont considéré comme un seul événement et la durée maximale d'indemnisation est de 365 jours.
- ! L'indemnité journalières n'est pas versée pour les journées d'entrée et de sortie de l'hôpital.
- ! L'hospitalisation doit avoir lieu dans les 30 jours suivant l'accident garanti

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

Dans les établissements hospitaliers en France et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé) ;
Les hospitalisations hors de la France sont prises en charge dès lors qu'elles interviennent à l'occasion de séjours à l'étranger de moins de trois mois, et dans la limite de 90 jours d'indemnisation.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine de non garantie ou de résiliation :

A la souscription du contrat :

- Etre membre de l'association GPST ;
- L'adhérent et/ou son conjoint ou concubin doit être âgé(s), à la date de prise d'effet du contrat entre 18 et 70 ans inclus ;
- Les enfants : doivent être âgés de moins de 28 ans.
- Etre résidents, fiscalement et de façon permanente, en France ;
- Compléter, dater et signer la demande d'adhésion la première périodicité de paiement indiquée sur la demande d'adhésion.

En cours de contrat :

- Déclarer toutes circonstances nouvelles pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (exemples : changement de domicile ou de domiciliation bancaire) ;
- Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au Contrat.

En cas de sinistre :

- Se soumettre à tout contrôle médical
- Informer l'assureur de tout accident, entraînant une hospitalisation
- Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations ;



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

En cas d'une périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle, le paiement s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique. Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet, sous réserve du règlement de la 1ère cotisation, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion après validation de la demande d'adhésion dans les conditions visées au contrat. L'adhésion est renouvelée chaque année civile, par tacite reconduction, sauf résiliation par l'une des parties. En cas de vente à distance ou de démarchage, l'assuré dispose d'un délai de renonciation de 14 jours, qui commence à courir soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

Les garanties prennent automatiquement fin :

- en cas de décès de l'Adhérent ;
- au 31 décembre de l'année des 75 ans de l'Adhérent ;
- au 31 décembre de l'année des 75 ans du conjoint ou concubin ;
- au jour de la résiliation de l'adhésion.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Pour la première année d'adhésion : en envoyant une demande par lettre recommandée deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire au Centre de gestion Néoliane – BP 90051 – 31602 Muret Cedex ;
- Pour les années suivantes : en envoyant une demande par lettre recommandée au moins deux mois avant le 1er janvier.
- En cas de modification de votre situation personnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
- En cas de désaccord suite à une modification de vos droits et obligations ou l'augmentation du montant de la cotisation, dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Néoliane **mutuelle**
SANTÉ & PRÉVOYANCE PRÉSENTS POUR VOUS **bleue**

Produit distribué et co-conçu par NÉOLIANE SANTÉ - 455 Promenade des Anglais Immeuble Nice Plaza – 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice - B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Assuré par MUTUELLE BLEUE - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° 775 671 993 et dont le siège social est situé au : 25 place de la Madeleine - 75008 Paris.

Produit : **NÉOLIANE PRÉVOYANCE - Garantie décès / PTIA en cas d'accident**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de garantie sont détaillés dans la notice d'information.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit Néoliane Prévoyance est composé de deux garanties, une garantie Décès - PTIA en cas d'accident et une garantie indemnités journalières hospitalières en cas d'accident. La garantie Décès-PTIA en cas d'accident a pour but de verser un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) faisant suite à un accident. La garantie indemnités journalières hospitalières en cas d'accident fait l'objet d'une autre fiche IPID.



QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

Le montant des prestations figurent dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

LA GARANTIE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ Capital forfaitaire d'un montant pouvant aller de 15 000 à 80 000 euros en cas de décès ou de PTIA de l'assuré

LE SERVICE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVU :

- ✓ L'assistance (Aide-ménagère, Transfert et garde d'animaux domestiques familiaux, Mise en relation avec un prestataire funéraire, Rapatriement de corps en cas de décès survenu lors d'un déplacement, Aide à la rédaction des documents administratifs.)

« Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat ».



QU'EST CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les enfants de l'adhérent
- ✗ La PTIA intervenue avant la prise d'effet des garanties
- ✗ Le décès de l'assuré survenu après son 75ème anniversaire
- ✗ La PTIA de l'assuré survenue après son 65ème anniversaire
- ✗ Les adhésions multiples

Cette liste n'est pas exhaustive.



Y-A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

La garantie ne couvre pas les conséquences :

- ! Du suicide de l'Assuré, dans les 12 mois suivant la date d'effet de l'adhésion,
- ! Des accidents de la navigation aérienne ou des accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
- ! Des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs suivants : course automobile, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous-marine...
- ! Professions exclues : professions de sécurité et/ou avec port manipulation ou ventes d'armes, acteurs, mannequins, cascadeurs, forains, professions impliquant un contact avec des animaux dangereux...

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Le versement du capital en cas de PTIA met fin au contrat
- ! Le capital ne sera pas versé en cas de décès ou de PTIA survenu(e) 12 mois après l'accident garanti.
- ! En cas de PTIA, le capital ne sera pas dû si la consolidation intervient après que l'assuré ait atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse ou après son 65ème anniversaire même si l'accident qui est la cause est antérieure.

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

Dans l'Union Européenne sauf restriction(s) précisée(s) au certificat d'adhésion et séjours en dehors de l'Union Européenne, la durée cumulée ne doit pas excéder 2 mois par an ; Tout état de PTIA de l'Assuré survenu hors de France doit être constaté médicalement en France (hors Corse).



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine de non garantie ou de résiliation :

A la souscription du contrat :

- Etre membre de l'association GPST ;
- L'adhérent et/ou son conjoint ou concubin doi(ven)t être âgé(s), à la date de prise d'effet du contrat entre 18 et 70 ans inclus ;
- Etre résident, fiscalement et de façon permanente, en France ;
- Compléter, dater et signer la demande d'adhésion
- Régler la première périodicité de paiement indiquée sur la demande d'adhésion ;

En cours de contrat :

- Déclarer toutes circonstances nouvelles pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (exemples : changement de domicile ou de domiciliation bancaire) ;
- Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au Contrat.

En cas de sinistre :

- Informer l'assureur de tout sinistre, entraînant le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie.
- Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

En cas d'une périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle, le paiement s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique. Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet, sous réserve du règlement de la 1ère cotisation, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion après validation de la demande d'adhésion dans les conditions visées au contrat. L'adhésion est renouvelée chaque année civile, par tacite reconduction, sauf résiliation par l'une des parties. En cas de vente à distance ou de démarchage, l'assuré dispose d'un délai de renonciation de 14 jours, qui commence à courir soit à compter de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

Les garanties prennent automatiquement fin :

- en cas de résiliation du contrat par la Mutuelle, l'association ou l'adhérent ;
- au jour du décès de l'Assuré ;
- en cas de versement du capital au titre de PTIA
- au 31 décembre de l'année des 75 ans de l'Assuré pour la garantie Décès ;
- au 31 décembre de l'année des 65 ans de l'Assuré pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Pour la première année d'adhésion : en envoyant une demande par lettre recommandée deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire au Centre de gestion Néoliane – BP 90051 – 31602 Muret Cedex ;
- Pour les années suivantes : en envoyant une demande par lettre recommandée au moins deux mois avant le 1er janvier.
- En cas de modification de votre situation personnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
- En cas de désaccord suite à une modification de vos droits et obligations ou l'augmentation du montant de la cotisation, dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.

Néoliane PRÉVOYANCE

Réf. PAUH1985 & PADC1985 - Avril 2021

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Distribué par **NÉOLIANE SANTÉ**
455 Promenade des Anglais – Imm. Nice Plaza 5e – 06200 Nice SAS au
capital de 2 000 000 € RCS Nice 510 204 274
Immatriculation ORIAS : 09 050 488 (www.orias.fr). Autorité de contrôle
prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris
Cedex 09.

L'assureur des garanties prévoyance est **MUTUELLE BLEUE**, Mutuelle
soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au
répertoire SIRENE sous le N° 775 671 993 et dont le siège social est situé au :
25 place de la Madeleine - 75008 Paris.

L'assureur des garanties assistance est **IMA ASSURANCES**, société Anonyme
au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code
des assurances, dont le siège social est situé au 118 avenue de Paris - CS
40000 - 79033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des
Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR
- 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.