

CONDITIONS GÉNÉRALES
(VALANT NOTE D'INFORMATION)

OBSÈQUES

APRIL



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

SOMMAIRE

CONDITIONS GÉNÉRALES OBSÈQUES APRIL

PRÉAMBULE p.4

1. QUE GARANTIT LE CONTRAT OBSÈQUES APRIL ? p.4

2. QUI PEUT SOUSCRIRE ET ÊTRE ASSURÉ ? p.4

3. LE MONTANT DE VOS GARANTIES p.4

4. LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL DÉCÈS..... p.5

5. LA PARTICIPATION AUX EXCÉDENTS p.5

6. LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS..... p.5

7. CE QUE VOTRE CONTRAT NE PREND PAS EN CHARGE – LES EXCLUSIONS..... p.6

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

 8.1 MODALITÉS D’ADHÉSION p.6

 8.2 PRISE D’EFFET DE VOS GARANTIES p.6

 8.3 DÉLAI D’ATTENTE..... p.6

 8.4 DURÉE DU CONTRAT..... p.7

 8.5 CESSATION DU CONTRAT..... p.7

9. DROIT DE RENONCIATION..... p.7

10. VOTRE COTISATION..... p.7

 10.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ? p.7

 10.2 PAIEMENT DE VOTRE COTISATION..... p.7

 10.3 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ? p.8

11. LE RACHAT ET LA RÉDUCTION DU CONTRAT p.8

12. INFORMATION ANNUELLE DE L’ASSURÉ p.10

13. PROTECTION DES DONNEES À CARACTÈRE PERSONNEL p.10

14. PRESCRIPTION p.10

15. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ? p.11

16. ORGANISME DE CONTRÔLE p.11

17. LOI APPLICABLE..... p.11

18. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME p.11

19. CONTRAT D’ASSURANCE VIE EN DÉSHÉRENCE p.11

20. FISCALITÉ p.11

 I. IMPOSITION DES PRODUITS..... p.11

 II. PRÉLEVEMENTS SOCIAUX SUR LES REVENUS DE PLACEMENTS p.12

 III. IMPOT DE SOLIDARITÉ SUR LA FORTUNE (ISF) p.12

 IV. FISCALITÉ EN CAS DE DÉCÈS..... p.12

CONDITIONS GÉNÉRALES APRIL ASSISTANCE OBSÈQUES

1. OBJET DU CONTRAT p.14

2. BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES p.14

3. A PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI p.14

 3.1 PRISE D’EFFET DES GARANTIES p.14

 3.2 CESSATION DES GARANTIES p.14

4. VALIDITÉ TERRITORIALE..... p.14

5. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS..... p.14

6. CONTENU DES GARANTIES p.15

 6.1 ASSISTANCE DÈS LA SOUSCRIPTION..... p.15

 6.2 ASSISTANCE AU MOMENT DU DÉCÈS DU BÉNÉFICIAIRE..... p.15

 6.3 ASSISTANCE APRES LES OBSÈQUES DU BÉNÉFICIAIRE..... p.16

7. RESPONSABILITÉ p.16

8. EXCLUSIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D’ASSISTANCE..... p.16

9. MODALITES D’EXAMEN DES RÉCLAMATIONS p.17

10. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS..... p.17

11. AUTORITÉ DE CONTROLE p.17

12. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE..... p.17

LEXIQUE..... p.18

STATUTS MUTUELLE BLEUE..... p.20

NATURE DU CONTRAT

Le Contrat « Obsèques APRIL » est un contrat individuel d'assurance vie entière assuré auprès de Mutuelle Bleue, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, située au 68 rue du Rocher – CS 60075 – 75396 Paris Cedex 08, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 61 rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de Mutuelle Bleue.

GARANTIES

Le Contrat garantit le versement d'un capital en cas de décès du Souscripteur (articles 3 et 6 des Conditions générales « Obsèques APRIL ») et des prestations d'assistance (Conditions générales « APRIL Assistance Obsèques »).

Le Contrat ne comporte pas de garantie en capital au moins égale aux sommes versées nettes de frais.

PARTICIPATION AUX EXCÉDENTS

Il est prévu une participation aux excédents (article 5 des Conditions générales « Obsèques APRIL »). Cette participation correspond au moins à 90 % des résultats techniques et 85% des résultats financiers, si le total de ces deux résultats est positif, déduction faite des intérêts techniques retenus pour le calcul des provisions mathématiques.

FACULTÉ DE RACHAT

Le Contrat comporte une faculté de rachat dont les modalités d'exercice et les tableaux sont définis et présentés à l'article 11 des Conditions générales « Obsèques APRIL ». Les sommes sont versées par l'assureur dans un délai maximum de trente (30) jours suivant la réception de la demande de rachat datée et signée accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives.

FRAIS A L'ENTRÉE ET SUR VERSEMENTS

• Le Contrat prévoit des frais sur cotisations destinées à gérer annuellement le Contrat. Le montant de ces frais est obtenu en appliquant sur le capital garanti le résultat de la multiplication entre :

- un taux annuel qui dépend de l'âge de l'Assuré à la souscription et de la durée de paiement des cotisations, et
- un nombre qui prend en compte la durée moyenne estimée et actualisée de la souscription et du paiement des cotisations, compte tenu de l'âge de l'Assuré à la souscription et de la durée de paiement des cotisations.

Ces frais sont exprimés en pourcentage du capital garanti et sont prélevés sur la cotisation. Ces frais ne modifient pas le montant du capital garanti. Ils varient selon l'âge de l'Assuré et de la durée de paiement des cotisations et ne peuvent excéder 11,36% du capital garanti.

• Frais de dossier de vingt (20) euros. Ces frais ne sont pas dus par l'Assuré s'il est déjà cotisant à un contrat souscrit par l'intermédiaire d'APRIL.

FRAIS EN COURS DE VIE DU CONTRAT

Aucun

FRAIS DE SORTIE

Aucun

AUTRES FRAIS

Aucun

DURÉE DU CONTRAT RECOMMANDÉE

La durée du Contrat recommandée dépend notamment de la situation patrimoniale du Souscripteur, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat choisi. Le Souscripteur est invité à demander conseil auprès de sa Mutuelle.

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

Sont contractuellement désignés bénéficiaires du capital décès la personne qui financera les obsèques ou l'entreprise de pompes funèbres qui prendra en charge les obsèques et pour le solde éventuel du capital le(s) Bénéficiaire(s) tel(s) qu'il(s) est (sont) déterminé(s) à l'article 4 des Conditions générales « Obsèques APRIL ». Concernant le solde éventuel du capital restant, la clause bénéficiaire peut être modifiée ultérieurement par avenant ou suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'attention du Souscripteur est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le Bénéficiaire.

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention du Souscripteur sur certaines dispositions essentielles du projet de Contrat. Il est important que le Souscripteur lise intégralement le projet de Contrat, et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le Contrat.

PRÉAMBULE

Le Contrat « Obsèques APRIL » est un contrat individuel d'assurance vie entière régi par le livre II du Code de la mutualité (branche 20 vie/décès). Le Contrat « Obsèques APRIL » est formé des présentes Conditions générales, de la demande de souscription et du Certificat de souscription remis à chaque Assuré.

Il est souscrit auprès de Mutuelle Bleue domiciliée 68 rue du Rocher, CS 60075 – 75396 PARIS Cedex 08, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le n 775 671 993.

Mutuelle Bleue est également désignée par le terme « La Mutuelle » dans les présentes Conditions générales.

La gestion administrative de ce Contrat est confiée à APRIL Santé Prévoyance, Société par actions simplifiée au capital de 500 000 euros, dont le siège social est situé 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03 - RCS Lyon 428 702 419 – N° ORIAS 07 002 609. Entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09 – ci-après dénommée APRIL.

A cet effet, l'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives au Contrat doivent être transmis à APRIL.

APRIL est également désignée par le terme « Nous » dans les présentes Conditions générales.

1. QUE GARANTIT LE CONTRAT OBSÈQUES APRIL ?

La souscription du présent Contrat garantit à la (aux) personne(s) désignée(s) comme bénéficiaire(s) (ci-après dénommé « Bénéficiaire ») le versement d'un capital en cas de décès de l'Assuré et des prestations d'assistance « APRIL Assistance Obsèques ». Ce capital sera utilisé pour le financement des obsèques.

Il est à noter que le montant du capital est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais d'obsèques.

Le montant du capital garanti est indiqué dans le Certificat de souscription remis à l'Assuré.

Les présentes garanties s'exercent dans le monde entier.

2. QUI PEUT SOUSCRIRE ET ÊTRE ASSURÉ ?

Peuvent souscrire et être assurées, les personnes physiques résidant en France métropolitaine (Corse comprise), dans un Département et Région d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane), âgées de :

- dix-huit (18) ans au moins et de quatre-vingt (80) ans au plus au 31 décembre de l'année de la prise d'effet du Contrat, lorsqu'elles choisissent d'effectuer un paiement des cotisations sur dix (10) ans ou sur quinze (15) ans (cotisations temporaires),
- quarante (40) ans au moins et de quatre-vingt (80) ans au plus au 31 décembre de l'année de prise d'effet du Contrat, lorsqu'elles choisissent d'effectuer un paiement durant toute leur vie (cotisations viagères).

Le Souscripteur, qui est également l'Assuré, est la personne qui souscrit le Contrat, s'engage à verser les cotisations d'assurance, exerce les prérogatives du Contrat (notamment rachat) et sur laquelle reposent les garanties du Contrat (ci-après dénommé « Souscripteur » ou « Assuré »). Il est désigné par le terme « Vous » dans les présentes Conditions générales.

3. LE MONTANT DE VOS GARANTIES

Lors de la souscription, Vous choisissez un montant de capital décès garanti de deux mille (2 000) à douze mille (12 000) euros inclus, par tranche de mille (1 000) euros.

Au cours du Contrat, Vous avez la possibilité de modifier une fois par an le montant du capital garanti, à la hausse ou à la baisse, par tranche de mille (1 000) euros. Dans ce cas, Vous devez adresser à APRIL une nouvelle demande de souscription.

Le nouveau montant du capital garanti suite à augmentation doit respecter le maximum de douze mille (12 000) euros.

Le nouveau montant du capital garanti suite à diminution doit respecter le minimum de deux mille (2 000) euros.

La prise d'effet d'une demande d'augmentation du capital garanti est subordonnée à l'accord de La Mutuelle concrétisé par l'émission d'un nouveau Certificat de souscription précisant le nouveau montant du capital garanti.

La demande de diminution du capital garanti donne lieu à une réduction de la garantie (dans les conditions définies à l'article 11 des présentes) et à l'émission d'un nouveau Certificat de souscription précisant le nouveau montant du capital garanti.

En cas de décès de l'Assuré, le capital garanti mentionné au Certificat de souscription, augmenté des éventuelles participations aux excédents est versé au(x) Bénéficiaire(s).

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTE D'INFORMATION

Revalorisation du capital garanti après le décès de l'Assuré

Conformément à l'article L. 223-19-1 du Code de la mutualité, en cas de décès de l'Assuré et en l'absence de demande de versement du capital par le(s) Bénéficiaire(s), 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, jusqu'à réception par APRIL des pièces mentionnées à l'article 6 des présentes 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 :

- a – 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,
- b – le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er 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 APRIL des pièces citées à l'article susvisé des présentes Conditions générales, le capital garanti est versé au(x) Bénéficiaire(s) 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.

4. LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL DÉCÈS

Sont contractuellement désignés Bénéficiaires du capital décès « la personne physique qui a financé mes obsèques ou l'entreprise de pompes funèbres ayant pris en charge mes obsèques, à hauteur des frais engagés et pour le solde éventuel du capital mon conjoint, à défaut mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales ».

Le conjoint est défini comme l'époux ou l'épouse survivant(e) de l'Assuré, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'Assuré bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité avec ce dernier, en vigueur au jour du décès.

Concernant le solde éventuel du capital restant, l'Assuré peut désigner ultérieurement d'autres Bénéficiaires, par avenant ou suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Si l'Assuré souhaite répartir le restant du capital entre plusieurs Bénéficiaires, le décès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital aux autres, proportionnellement à leurs parts respectives.

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 (nom, prénom(s), nom de naissance, date de naissance, département et commune de naissance, adresse postale) 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 APRIL d'identifier ce dernier.

Toute désignation de Bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance d'APRIL ne lui sera pas opposable. La clause bénéficiaire peut être modifiée si celle-ci n'est plus appropriée.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le Bénéficiaire. L'acceptation peut être faite soit par un avenant signé d'APRIL, de l'Assuré et du Bénéficiaire, soit par acte authentique ou par acte sous seing privé, signé de l'Assuré et du Bénéficiaire, mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre d'APRIL que lorsqu'il lui a été notifié par écrit.

Le capital garanti en cas de décès pourra être versé au(x) Bénéficiaire(s) quel que soit le lieu de résidence de ce dernier lors du décès de l'Assuré. A défaut de désignation expresse de Bénéficiaire(s) ou si la désignation est caduque ou sans effet, le solde éventuel du capital sera versé au conjoint de l'Assuré, à défaut à ses enfants nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales, à défaut à ses ascendants par parts égales, à défaut à ses héritiers par parts égales.

5. LA PARTICIPATION AUX EXCÉDENTS

Pour chaque exercice civil, La Mutuelle détermine un montant minimal de participation aux excédents. Cette participation correspond au moins à 90 % des résultats techniques et 85% des résultats financiers, si le total de ces deux résultats est positif, déduction faite des intérêts techniques retenus pour le calcul des provisions mathématiques. Le résultat est affecté à la provision pour participation aux excédents au début de la période civile suivant l'exercice auquel est rattachée la participation aux excédents.

Le montant ainsi déterminé est incorporé aux provisions mathématiques des contrats participatifs au plus tard dans les huit (8) prochaines années de son affectation par décision du Conseil d'Administration de La Mutuelle, ce qui se traduit par une augmentation du capital garanti au terme des contrats bénéficiaires de même nature, déterminée en fonction de l'âge atteint.

6. LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

En cas de décès de l'Assuré, le(s) *Bénéficiaire(s)* doivent informer APRIL dans les plus brefs délais.

A réception de l'avis de décès et de la prise de connaissance des coordonnées du ou des *Bénéficiaire(s)*, APRIL dispose d'un délai de quinze (15) jours pour réclamer l'ensemble des pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

Si l'indemnisation est due, APRIL verse pour le compte de La Mutuelle le capital garanti au(x) *Bénéficiaire(s)*, dans les trente (30) jours suivant la réception par APRIL de l'ensemble des documents ci-après:

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTE D'INFORMATION

- l'acte de décès de l'Assuré,
- une déclaration écrite précisant les circonstances du décès consécutif à un accident, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- le certificat médical fourni par APRIL, à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin ayant constaté le décès,
- une facture détaillée attestant de la réalisation des prestations funéraires en cas de paiement du capital au profit d'une entreprise de pompes funèbres ou la facture des obsèques acquittées par la personne ayant pris en charge la réalisation des obsèques,
- la photocopie d'un document officiel d'identité en cours de validité du ou des *Bénéficiaire(s)*, éventuellement un certificat d'hérédité ou un acte de notoriété,
- toute autre pièce exigée par la législation fiscale en vigueur,
- un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom de la personne ayant pris en charge la réalisation des obsèques et le cas échéant, un relevé d'identité bancaire au nom du(des) *Bénéficiaire(s)* pour le solde restant.

A défaut de règlement dans le délai de trente (30) jours, le capital non versé produira des intérêts conformément à la législation en vigueur (Article 3 « Le montant de vos garanties »).

En cas d'impossibilité d'identifier ou de retrouver le ou les *Bénéficiaire(s)* du Contrat dans le délai de dix (10) ans à compter de la connaissance du décès, La Mutuelle sera dans l'obligation de verser le capital dû auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC). Les sommes déposées à la CDC qui ne seront pas réclamées, seront acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt (20) ans à compter de la date de leur dépôt à la CDC.

La mise en application d'une clause d'exclusion de garantie définie à l'article 7 des présentes ne donne pas droit au versement du capital.

7. CE QUE VOTRE CONTRAT NE PREND PAS EN CHARGE – LES EXCLUSIONS

Ne sont pas garantis au titre du présent Contrat, les décès résultant :

- du suicide de l'Assuré s'il survient au cours de la première année suivant la date de conclusion du Contrat,
- du meurtre commis sur la personne de l'Assuré par l'un des Bénéficiaires ayant fait l'objet d'une condamnation pénale. Toutefois, le Contrat produit ses effets au profit des autres Bénéficiaires de même rang à concurrence de la quote-part du capital garanti leur revenant dans la désignation initiale,
- des conséquences de guerre civile et étrangère, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes,
- des conséquences des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

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

8.1. MODALITÉS DE SOUSCRIPTION

Si Vous souscrivez le Contrat en signant la demande de souscription papier, votre Contrat sera conclu à la date de signature mentionnée sur le document. Par la signature, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre Contrat dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous Vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

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

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

Votre souscription est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL. Votre souscription sera matérialisée par l'émission d'un Certificat de souscription et du tableau personnalisé des valeurs de rachat et de cumul des cotisations.

A défaut d'avoir reçu ce Certificat de souscription et en cas de souscription papier le tableau personnalisé des valeurs de rachat et de cumul des cotisations, dans les huit (8) semaines suivant la date de signature de la demande de souscription, Vous devez en informer APRIL sans délai et par écrit.

En cas de souscription papier, Vous devrez confirmer la réception des documents en renvoyant à APRIL le coupon réponse daté et signé.

8.2. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le Certificat de souscription sous réserve d'encaissement effectif de la première cotisation et des dispositions de l'article 8.3 des présentes. Cette date ne peut jamais être antérieure au lendemain de la date de réception de la demande de souscription par APRIL ou de la date de confirmation de votre souscription en ligne le cas échéant.

8.3. DÉLAI D'ATTENTE

Le décès de l'Assuré est garanti dès la prise d'effet du Contrat lorsqu'il est consécutif à un accident.

La garantie décès suite à une maladie prend effet à l'issue d'un délai d'attente d'un (1) an. Ce délai est calculé à partir de la date d'effet du Contrat portée au Certificat de souscription.

Toutefois, ce délai d'attente peut être abrogé dans l'hypothèse où Vous pouvez justifier avoir bénéficié d'un contrat obsèques pour un capital d'un montant au moins équivalent à celui souscrit sur le Contrat Obsèques APRIL, résilié depuis moins de trois (3) mois décomptés à partir de la signature de votre demande de souscription.

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTE D'INFORMATION

La maladie s'entend de toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

En cas de décès suite à une maladie pendant le délai d'attente, La Mutuelle rembourse l'ensemble des primes versées par l'Assuré au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) pour le solde éventuel du capital.

L'accident s'entend de toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérées comme des accidents et sont donc traitées selon les mêmes modalités que les maladies les lésions organiques provoquées par un effort, les insulations, congélations et congestions.

En cas d'augmentation du capital garanti en cours de Contrat (hors modalité de revalorisation du capital issue de la participation aux excédents), un nouveau délai d'attente d'un (1) an sera appliqué sur le capital supplémentaire garanti pour la garantie décès suite à maladie. Ce délai est calculé à partir de la date de prise d'effet de la modification du Contrat, portée sur le nouveau Certificat de souscription.

Le décès de l'Assuré est garanti pour le nouveau montant du capital dès la prise d'effet de la modification du Contrat lorsqu'il est consécutif à un accident selon la définition précisée ci-dessus.

8.4. DURÉE DU CONTRAT

Le Contrat a une durée viagère.

8.5. CESSATION DU CONTRAT

Votre Contrat prend fin en cas de:

- Renonciation au Contrat en application des dispositions de l'article 9 des présentes.
- Décès de l'Assuré.

Le Contrat prend fin à la date de survenance du décès de l'Assuré et plus aucune garantie n'est due par La Mutuelle après paiement du capital garanti consécutivement au décès.

- Rachat total du Contrat.
- Non-paiement des cotisations en application des dispositions de l'article 10 des présentes.
- Résiliation à l'initiative de l'Assuré.

Vous pouvez mettre fin à votre Contrat à tout moment, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à APRIL. Cette résiliation a pour conséquence le rachat total de votre Contrat.

9. DROIT DE RENONCIATION

La signature de la demande de souscription ne constitue pas un engagement définitif. Vous pouvez renoncer à votre Contrat dans les trente (30) jours calendaires révolus à compter du moment où Vous êtes informé(e) que votre Contrat est conclu.

Pour exercer votre droit à renonciation, Vous devez notifier votre décision de renonciation à votre Contrat à APRIL Santé Prévoyance Service Adhésion Prévoyance au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté faite par lettre simple ou recommandée envoyée par la poste à l'adresse suivante (Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03) ou par mail à l'adresse suivante gestion@april.com.

Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que Vous transmettiez votre décision de renonciation avant l'expiration du délai de trente (30) jours susmentionné.

Pour notifier votre volonté de renoncer à votre souscription au Contrat, Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de renonciation ci-après mais ce n'est pas obligatoire.

« Je soussigné(e) M, Mme, Melle.....(nom, prénom, adresse de l'Assuré) déclare renoncer à mon Contrat « Obsèques APRIL » n°.....que j'avais souscrit le
Fait àle signature »

La renonciation fait disparaître rétroactivement le Contrat qui est considéré comme n'ayant jamais existé. APRIL procède au remboursement de l'intégralité de la cotisation dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la demande de renonciation.

10. VOTRE COTISATION

10.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?

La cotisation est déterminée en tenant compte de votre âge à la conclusion du Contrat, calculé par différence de millésimes entre l'année de la date d'effet du Contrat et l'année de naissance, du montant du capital souscrit et de la durée de paiement des cotisations.

10.2. PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

Votre cotisation est payable d'avance annuellement par prélèvement tiré sur un compte ouvert à votre nom dans un établissement bancaire situé en France. Elle peut faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon la période de paiement que Vous avez choisi lors de votre souscription.

Les cotisations peuvent être, au choix de l'Assuré :

- périodiques viagères (durant toute sa vie),
- périodiques temporaires sur une durée de dix (10) ans,
- périodiques temporaires sur une durée de quinze (15) ans.

Les cotisations sont encaissées par APRIL pour le compte de La Mutuelle. La durée de paiement et le fractionnement des cotisations sont précisés au Certificat de souscription.

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTE D'INFORMATION

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

A défaut du paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les dix (10) jours suivant son échéance, APRIL Vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure.

Après un nouveau délai de quarante (40) jours à compter de la date d'envoi de cette lettre recommandée, si la cotisation ainsi que celle(s) venue(s) à échéance au cours dudit délai n'a ou n'ont pas été payée(s) pendant ce délai, APRIL procédera soit à la résiliation de votre Contrat en cas d'inexistence ou d'insuffisance de la valeur de rachat, soit à la réduction de votre Contrat.

11. LE RACHAT ET LA RÉDUCTION DU CONTRAT

Vous pouvez demander, à tout moment, à APRIL le rachat ou la mise en réduction de votre Contrat et ce dans les conditions définies ci-dessous.

Rachat

La provision mathématique à une date « t » est la différence entre l'engagement futur de La Mutuelle et celui de l'Assuré. L'engagement de La Mutuelle est le versement du capital garanti en cas de décès de l'Assuré ainsi que de la contre assurance de première année. L'engagement de l'Assuré est le paiement des cotisations. Cet engagement cesse après paiement de toutes les cotisations temporaires.

La provision mathématique du Contrat pourra être augmentée chaque 31 décembre de la participation aux excédents sous réserve des conditions prévues à l'article 5 des présentes Conditions générales. Cette participation aux excédents est le produit de la provision mathématique du Contrat au 31 décembre et du taux de participation aux excédents, déduction faite des prélèvements sociaux.

Le capital garanti supplémentaire en découlant est le rapport entre la participation aux excédents et un coefficient correspondant à une cotisation unique nette de chargements à cette date pour une garantie en capital de un (1) euro en cas de décès.

La valeur de rachat du Contrat est égale à la provision mathématique constituée et calculée au jour de la demande.

Pour les huit (8) premières années, les valeurs de rachat sont établies selon les paramètres techniques réglementaires du Code de la mutualité, la table de mortalité TH 00-02 et le taux technique de 0,5 %. Après les huit (8) premières années, le montant des valeurs de rachat sera calculé en fonction des normes réglementaires en vigueur au moment du rachat.

Les valeurs de rachat et le cumul des cotisations au terme des huit (8) premières années sont indiqués au sein du tableau joint au Certificat de souscription.

Le règlement de la valeur de rachat est effectué dans un délai maximum de trente (30) jours suivant la réception à l'adresse postale d'APRIL de la demande de rachat datée et signée accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives suivantes :

- l'exemplaire original du dernier Certificat de souscription;
- un justificatif d'identité en cours de validité au nom de l'Assuré (carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour);
- un relevé d'identité bancaire au nom de l'Assuré.

Le règlement de la valeur de rachat met fin au Contrat.

Réduction

L'Assuré peut, à toute époque, interrompre le paiement des cotisations soit, par un avis qu'il adresse à APRIL, soit par simple refus de payer une échéance de cotisation.

Le montant de cette garantie est appelé « valeur de réduction de l'adhésion » et est calculé en fonction de l'âge atteint dans l'année de la réduction du Contrat et de la provision mathématique constituée à la date de la mise en réduction.

Si le montant du capital réduit n'atteint pas le seuil fixé par décret (la moitié du montant brut mensuel du SMIC en vigueur à la date de demande de mise en réduction), APRIL verse automatiquement la valeur de rachat à l'Assuré.

EXEMPLE

Tableau de valeurs de rachat minimales au terme des 8 premières années

Hypothèse retenue pour le calcul :

Montant du capital garanti à la souscription égal à 2 000 euros

Cotisations viagères

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTE D'INFORMATION

	Age de l'Assuré à la souscription	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans
Cotisations payées	40 ans	116,16 €	232,32 €	348,48 €	464,64 €	580,80 €	696,96 €	813,12 €	929,28 €
Valeur de rachat		48,82 €	96,49 €	143,74 €	190,55 €	236,89 €	282,77 €	328,20 €	373,22 €
Cotisations payées	41 ans	118,32 €	236,64 €	354,96 €	473,28 €	591,60 €	709,92 €	828,24 €	946,56 €
Valeur de rachat		50,37 €	98,77 €	146,71 €	194,18 €	241,17 €	287,70 €	333,81 €	379,55 €
Cotisations payées	42 ans	120,48 €	240,96 €	361,44 €	481,92 €	602,40 €	722,88 €	843,36 €	963,84 €
Valeur de rachat		53,80 €	102,87 €	151,47 €	199,57 €	247,19 €	294,40 €	341,22 €	387,68 €
Cotisations payées	43 ans	122,88 €	245,76 €	368,64 €	491,52 €	614,40 €	737,28 €	860,16 €	983,04 €
Valeur de rachat		54,17 €	104,01 €	153,34 €	202,19 €	250,61 €	298,63 €	346,29 €	393,60 €
Cotisations payées	44 ans	125,28 €	250,56 €	375,84 €	501,12 €	626,40 €	751,68 €	876,96 €	1 002,24 €
Valeur de rachat		56,55 €	107,12 €	157,19 €	206,82 €	256,05 €	304,89 €	353,39 €	401,50 €
Cotisations payées	45 ans	127,92 €	255,84 €	383,76 €	511,68 €	639,60 €	767,52 €	895,44 €	1 023,36 €
Valeur de rachat		56,27 €	107,69 €	158,65 €	209,20 €	259,36 €	309,16 €	358,56 €	407,57 €
Cotisations payées	46 ans	130,56 €	261,12 €	391,68 €	522,24 €	652,80 €	783,36 €	913,92 €	1 044,48 €
Valeur de rachat		58,19 €	110,48 €	162,35 €	213,82 €	264,93 €	315,62 €	365,91 €	415,78 €
Cotisations payées	47 ans	133,20 €	266,40 €	399,60 €	532,80 €	666,00 €	799,20 €	932,40 €	1 065,60 €
Valeur de rachat		62,31 €	115,51 €	168,29 €	220,69 €	272,68 €	324,26 €	375,40 €	426,09 €
Cotisations payées	48 ans	136,08 €	272,16 €	408,24 €	544,32 €	680,40 €	816,48 €	952,56 €	1 088,64 €
Valeur de rachat		64,40 €	118,62 €	172,44 €	225,84 €	278,81 €	331,34 €	383,41 €	435,03 €
Cotisations payées	49 ans	139,20 €	278,40 €	417,60 €	556,80 €	696,00 €	835,20 €	974,40 €	1 113,60 €
Valeur de rachat		64,80 €	120,17 €	175,10 €	229,58 €	283,61 €	337,17 €	390,27 €	442,95 €
Cotisations payées	50 ans	142,32 €	284,64 €	426,96 €	569,28 €	711,60 €	853,92 €	996,24 €	1 138,56 €
Valeur de rachat		67,89 €	124,35 €	180,35 €	235,88 €	290,93 €	345,50 €	399,66 €	453,39 €
Cotisations payées	51 ans	145,68 €	291,36 €	437,04 €	582,72 €	728,40 €	874,08 €	1 019,76 €	1 165,44 €
Valeur de rachat		69,70 €	127,33 €	184,48 €	241,13 €	297,30 €	353,03 €	408,33 €	463,17 €
Cotisations payées	52 ans	149,28 €	298,56 €	447,84 €	597,12 €	746,40 €	895,68 €	1 044,96 €	1 194,24 €
Valeur de rachat		70,53 €	129,41 €	187,78 €	245,65 €	303,07 €	360,04 €	416,55 €	472,53 €
Cotisations payées	53 ans	152,88 €	305,76 €	458,64 €	611,52 €	764,40 €	917,28 €	1 070,16 €	1 223,04 €
Valeur de rachat		74,34 €	134,43 €	194,00 €	253,11 €	311,76 €	369,94 €	427,56 €	484,60 €
Cotisations payées	54 ans	156,96 €	313,92 €	470,88 €	627,84 €	784,80 €	941,76 €	1 098,72 €	1 255,68 €
Valeur de rachat		73,96 €	135,46 €	196,49 €	257,04 €	317,10 €	376,60 €	435,48 €	493,69 €
Cotisations payées	55 ans	161,04 €	322,08 €	483,12 €	644,16 €	805,20 €	966,24 €	1 127,28 €	1 288,32 €
Valeur de rachat		76,93 €	139,87 €	202,32 €	264,27 €	325,63 €	386,36 €	446,40 €	505,66 €
Cotisations payées	56 ans	165,36 €	330,72 €	496,08 €	661,44 €	826,80 €	992,16 €	1 157,52 €	1 322,88 €
Valeur de rachat		79,92 €	144,39 €	208,33 €	271,67 €	334,36 €	396,33 €	457,50 €	517,81 €
Cotisations payées	57 ans	169,92 €	339,84 €	509,76 €	679,68 €	849,60 €	1 019,52 €	1 189,44 €	1 359,36 €
Valeur de rachat		83,23 €	149,28 €	214,71 €	279,46 €	343,47 €	406,67 €	468,96 €	530,26 €
Cotisations payées	58 ans	174,96 €	349,92 €	524,88 €	699,84 €	874,80 €	1 049,76 €	1 224,72 €	1 399,68 €
Valeur de rachat		84,01 €	151,75 €	218,79 €	285,06 €	350,48 €	414,97 €	478,43 €	540,79 €
Cotisations payées	59 ans	180,00 €	360,00 €	540,00 €	720,00 €	900,00 €	1 080,00 €	1 260,00 €	1 440,00 €
Valeur de rachat		88,79 €	158,11 €	226,64 €	294,29 €	360,98 €	426,60 €	491,09 €	554,38 €
Cotisations payées	60 ans	185,52 €	371,04 €	556,56 €	742,08 €	927,60 €	1 113,12 €	1 298,64 €	1 484,16 €
Valeur de rachat		91,66 €	162,66 €	232,75 €	301,85 €	369,84 €	436,65 €	502,23 €	566,58 €
Cotisations payées	61 ans	191,28 €	382,56 €	573,84 €	765,12 €	956,40 €	1 147,68 €	1 338,96 €	1 530,24 €
Valeur de rachat		95,90 €	168,53 €	240,14 €	310,60 €	379,84 €	447,80 €	514,50 €	579,90 €
Cotisations payées	62 ans	197,52 €	395,04 €	592,56 €	790,08 €	987,60 €	1 185,12 €	1 382,64 €	1 580,16 €
Valeur de rachat		98,97 €	173,30 €	246,43 €	318,30 €	388,84 €	458,07 €	525,95 €	592,47 €
Cotisations payées	63 ans	204,24 €	408,48 €	612,72 €	816,96 €	1 021,20 €	1 225,44 €	1 429,68 €	1 633,92 €
Valeur de rachat		101,31 €	177,33 €	252,03 €	325,35 €	397,31 €	467,86 €	537,00 €	604,66 €
Cotisations payées	64 ans	211,20 €	422,40 €	633,60 €	844,80 €	1 056,00 €	1 267,20 €	1 478,40 €	1 689,60 €
Valeur de rachat		105,75 €	183,39 €	259,59 €	334,37 €	407,70 €	479,55 €	549,87 €	618,63 €
Cotisations payées	65 ans	218,64 €	437,28 €	655,92 €	874,56 €	1 093,20 €	1 311,84 €	1 530,48 €	1 749,12 €
Valeur de rachat		110,01 €	189,29 €	267,10 €	343,38 €	418,13 €	491,30 €	562,84 €	632,79 €
Cotisations payées	66 ans	226,56 €	453,12 €	679,68 €	906,24 €	1 132,80 €	1 359,36 €	1 585,92 €	1 812,48 €
Valeur de rachat		114,46 €	195,48 €	274,92 €	352,76 €	428,95 €	503,44 €	576,29 €	647,51 €
Cotisations payées	67 ans	234,96 €	469,92 €	704,88 €	939,84 €	1 174,80 €	1 409,76 €	1 644,72 €	1 879,68 €
Valeur de rachat		119,52 €	202,31 €	283,42 €	362,82 €	440,45 €	516,36 €	590,58 €	663,10 €
Cotisations payées	68 ans	243,84 €	487,68 €	731,52 €	975,36 €	1 219,20 €	1 463,04 €	1 706,88 €	1 950,72 €
Valeur de rachat		125,54 €	210,12 €	292,91 €	373,86 €	453,01 €	530,39 €	606,02 €	679,82 €
Cotisations payées	69 ans	253,44 €	506,88 €	760,32 €	1 013,76 €	1 267,20 €	1 520,64 €	1 774,08 €	2 027,52 €
Valeur de rachat		130,88 €	217,33 €	301,86 €	384,52 €	465,33 €	544,30 €	621,37 €	696,46 €
Cotisations payées	70 ans	263,76 €	527,52 €	791,28 €	1 055,04 €	1 318,80 €	1 582,56 €	1 846,32 €	2 110,08 €
Valeur de rachat		136,08 €	224,47 €	310,89 €	395,39 €	477,96 €	558,54 €	637,05 €	713,44 €
Cotisations payées	71 ans	274,80 €	549,60 €	824,40 €	1 099,20 €	1 374,00 €	1 648,80 €	1 923,60 €	2 198,40 €
Valeur de rachat		141,68 €	232,13 €	320,57 €	406,99 €	491,33 €	573,50 €	653,45 €	731,05 €
Cotisations payées	72 ans	286,56 €	573,12 €	859,68 €	1 146,24 €	1 432,80 €	1 719,36 €	2 005,92 €	2 292,48 €
Valeur de rachat		148,23 €	240,86 €	331,39 €	419,73 €	505,80 €	589,54 €	670,83 €	749,28 €
Cotisations payées	73 ans	299,28 €	598,56 €	897,84 €	1 197,12 €	1 496,40 €	1 795,68 €	2 094,96 €	2 394,24 €
Valeur de rachat		154,65 €	249,61 €	342,29 €	432,57 €	520,42 €	605,69 €	687,98 €	766,77 €
Cotisations payées	74 ans	312,72 €	625,44 €	938,16 €	1 250,88 €	1 563,60 €	1 876,32 €	2 189,04 €	2 501,76 €
Valeur de rachat		163,21 €	260,46 €	355,20 €	447,39 €	536,87 €	623,22 €	705,90 €	784,40 €
Cotisations payées	75 ans	327,60 €	655,20 €	982,80 €	1 310,40 €	1 638,00 €	1 965,60 €	2 293,20 €	2 620,80 €
Valeur de rachat		169,87 €	269,54 €	366,53 €	460,67 €	551,52 €	638,50 €	721,09 €	799,02 €
Cotisations payées	76 ans	343,44 €	686,88 €	1 030,32 €	1 373,76 €	1 717,20 €	2 060,64 €	2 404,08 €	2 747,52 €
Valeur de rachat		178,36 €	280,46 €	379,55 €	475,19 €	566,76 €	653,70 €	735,74 €	812,92 €
Cotisations payées	77 ans	360,48 €	720,96 €	1 081,44 €	1 441,92 €	1 802,40 €	2 162,88 €	2 523,36 €	2 883,84 €
Valeur de rachat		187,86 €	292,29 €	393,08 €	489,58 €	581,21 €	667,66 €	748,99 €	825,54 €
Cotisations payées	78 ans	378,96 €	757,92 €	1 136,88 €	1 515,84 €	1 894,80 €	2 273,76 €	2 652,72 €	3 031,68 €
Valeur de rachat		197,66 €	304,03 €	405,88 €	502,58 €	593,83 €	679,67 €	760,46 €	836,36 €
Cotisations payées	79 ans	398,88 €	797,76 €	1 196,64 €	1 595,52 €	1 994,40 €	2 393,28 €	2 792,16 €	3 191,04 €
Valeur de rachat		208,05 €	315,66 €	417,83 €	514,24 €	604,94 €	690,30 €	770,50 €	845,60 €
Cotisations payées	80 ans	420,24 €	840,48 €	1 260,72 €	1 680,96 €	2 101,20 €	2 521,44 €	2 941,68 €	3 361,92 €
Valeur de rachat		218,91 €	326,96 €	428,90 €	524,81 €	615,07 €	699,88 €	779,30 €	853,46 €

12. INFORMATION ANNUELLE DE L'ASSURÉ

Conformément à l'article L 223-21 du Code de la mutualité, Vous recevrez, une fois par an, une information annuelle portant notamment sur :

- le montant des capitaux garantis ou réduits en cas de décès,
- le montant de la cotisation,
- le taux de participation aux excédents techniques et financiers,
- la valeur de rachat au 31 décembre du dernier exercice.

13. PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre souscription et de votre Contrat. Elles sont destinées à La Mutuelle et à APRIL en tant que responsables du traitement et, éventuellement aux partenaires et / ou aux réassureurs de La Mutuelle.

Sous réserve d'avoir donné votre accord à APRIL, les données recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par APRIL et ses partenaires.

APRIL prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes concernées (Assurés, Bénéficiaires) disposent d'un droit d'accès et de rectification des données qui les concernent. Elles peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant. Ces droits peuvent être exercés à tout moment en adressant un courrier à APRIL à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

Par ailleurs, en application de l'article L223-1 et suivants du Code de la consommation, nous Vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec APRIL, Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, Vous pouvez gratuitement Vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret, 10000 TROYES ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez également Vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès d'APRIL Santé Prévoyance à l'adresse susmentionnée.

14. PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L 221-11 du Code de la mutualité, « Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L 221-12 du Code de la mutualité. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTE D'INFORMATION

L'article L 221-12-1 du Code de la mutualité prévoit que, « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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 ».

15. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATIONS ?

Pour toute réclamation, Vous pouvez contacter votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis le formulaire « Une insatisfaction » depuis votre Espace Assuré.

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

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

Médiation :

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, Vous pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition, faire appel au médiateur désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (dans les cas relevant de sa compétence). Ce dernier peut être saisi soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, FNMF – 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS Cedex 15 ; soit par mail à : mediation@mutualite.fr ; soit directement via le site internet : <http://www.mediateur-mutualite.fr>.

Si Vous avez souscrit votre Contrat à distance par Internet, Vous pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

16. ORGANISME DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de La Mutuelle et d'APRIL est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

17. LOI APPLICABLE

Le Contrat est soumis à la législation française et au Code de la mutualité. La langue utilisée en cours de Contrat sera la langue française.

18. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle et APRIL 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. A ce titre, elles sont tenues de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans leurs livres ou les opérations portant sur des sommes dont elles 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 participent au financement du terrorisme.

19. CONTRAT D'ASSURANCE VIE EN DÉSHÉRENCE

La Mutuelle s'engage à respecter les dispositions des articles L 223-10-1 et L 223-10-2 du Code de la mutualité. La Mutuelle s'engage notamment à répondre aux demandes des personnes physiques ou morales faites via AGIRA (Association pour le Gestion des Informations sur le Risque en Assurance) consistant à rechercher si ces personnes sont Bénéficiaires d'un contrat d'assurance vie souscrit à leur profit par une personne dont elles apportent la preuve du décès.

La Mutuelle s'informera également du décès éventuel des Assurés au moins chaque année. Le cas échéant, suite au décès d'un Assuré, La Mutuelle s'engage à rechercher le Bénéficiaire du Contrat et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son profit.

20. FISCALITÉ

En vigueur au 1er janvier 2015.

Ces dispositions fiscales sont applicables aux particuliers fiscalement domiciliés en France.

I. IMPOSITION DES PRODUITS

(Article 125-0A du Code Général des Impôts)

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTE D'INFORMATION

a) Définitions préliminaires

Les produits : différence entre les sommes remboursées au Souscripteur et le montant des cotisations versées (frais et charges compris).

La durée du Contrat : durée courue entre la date du premier versement et la date de rachat du Contrat.

Année d'imposition : celle au cours de laquelle intervient le dénouement ou le rachat.

b) Imposition des produits en cas de rachat

En cas de rachat total, les produits issus du contrat d'assurance vie sont imposables au titre de l'impôt sur le revenu.

● En cas de rachat avant huit (8) ans

Les produits sont imposables au barème progressif de l'impôt sur le revenu ou sur option auprès de La Mutuelle au prélèvement forfaitaire libératoire.

En cas d'option pour le prélèvement libératoire, les taux de prélèvement applicables sont les suivants :

- 35 % si la durée du Contrat est inférieure à quatre (4) ans,
- 15 % si la durée du Contrat est égale ou supérieure à quatre (4) ans mais inférieure à huit (8) ans.

● En cas de rachat après huit (8) ans

Les produits sont imposables au barème progressif de l'impôt sur le revenu ou sur option auprès de La Mutuelle au prélèvement forfaitaire libératoire de 7,5 %, après application d'un abattement de quatre mille six-cent (4 600) euros pour une personne célibataire, veuve ou divorcée ou de neuf mille deux-cent (9 200) euros pour un couple marié ou pacsé soumis à imposition commune.

● Exonérations liées à certains événements

Quelle que soit la date de souscription au contrat d'assurance sur la vie, les produits sont exonérés au titre de l'impôt sur le revenu dans les cas suivants :

- licenciement,
- mise à la retraite anticipée,
- invalidité de 2e ou 3e catégorie au sens de l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale,
- cessation d'activité non salariée suite à un jugement de liquidation judiciaire.

Ces cas d'exonération s'appliquent pour le Souscripteur et pour son conjoint.

L'exonération concerne les produits perçus jusqu'à la fin de l'année qui suit la réalisation de l'un de ces événements.

II. PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX SUR LES REVENUS DE PLACEMENTS

Les prélèvements sociaux sont appliqués par La Mutuelle sur les intérêts au moment de leur inscription en compte.

Le taux global des prélèvements sociaux est de 15,5%.

Si le Contrat est dénoué par décès, les prélèvements sociaux sont dus sur les intérêts et les plus values attachés aux capitaux décès qui n'ont pas été soumis à prélèvements sociaux du vivant de l'Assuré.

III. IMPÔT DE SOLIDARITÉ SUR LA FORTUNE (ISF)

(Articles 885 A à 885 Z du Code Général des Impôts)

Les contrats d'assurance sur la vie entrent dans l'assiette d'imposition selon les modalités suivantes.

a) En cours de Contrat

Quels que soient la date de conclusion du Contrat et l'âge de l'Assuré, le Souscripteur doit déclarer la valeur de rachat du Contrat au 1er janvier de l'année d'imposition.

b) En cas de rachat total du Contrat

Le capital est à prendre en compte dans le patrimoine du Bénéficiaire.

IV. FISCALITÉ EN CAS DE DÉCÈS

(Articles 757 B et 990 I du Code Général des Impôts)

Les sommes stipulées payables lors du décès de l'Assuré à un Bénéficiaire déterminé ou à ses héritiers ne font pas partie de la succession de l'Assuré, quel que soit le degré de parenté existant entre ce dernier et le Bénéficiaire (art. L. 132-12 du Code des assurances). Ces sommes bénéficient donc d'une exonération de droits de mutation, dans certaines limites en fonction de l'âge de l'Assuré lors du versement des cotisations.

Le traitement fiscal du capital versé au Bénéficiaire en cas de dénouement par décès est différent lorsque ce dernier est désigné à titre onéreux ou à titre gratuit.

A. Fiscalité lorsque la prestation décès est versée à un Bénéficiaire désigné à titre onéreux

Le Bénéficiaire à titre onéreux est celui qui finance les obsèques de l'Assuré. Il recueille le capital décès à hauteur du montant de la facture des obsèques de l'Assuré, et ce dans la limite du capital garanti. Il peut s'agir d'un prestataire funéraire ou d'une personne physique.

Le Bénéficiaire désigné à titre onéreux n'est pas soumis aux dispositions des articles 990 I et 757 B du Code Général des Impôts.

B. Fiscalité lorsque la prestation décès est versée à un Bénéficiaire désigné à titre gratuit

a) Primes versées avant le soixante-dixième (70ème) anniversaire de l'Assuré

(Article 990 I du Code Général des Impôts)

Les sommes dues par les organismes d'assurance et assimilés à raison du décès de l'Assuré au titre des cotisations versées avant les soixante-dix (70) ans de l'Assuré et les produits attachés à ces versements (intérêts et plus values) sont exonérées à hauteur de cent cinquante-deux mille cinq cent (152 500) euros par Bénéficiaire désigné, tous contrats d'assurance vie confondus sur la tête d'un même Assuré.

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTE D'INFORMATION

Au-delà de cet abattement de cent cinquante-deux mille cinq cent (152 500) euros, les capitaux décès sont assujettis à un prélèvement forfaitaire de :

- 20% pour la fraction de la part taxable de chaque Bénéficiaire inférieure ou égale à sept cent mille (700 000) euros ;
- 31,25% pour la fraction de la part taxable de chaque Bénéficiaire excédant cette limite.

L'assiette du prélèvement est constituée pour les contrats rachetables, par les sommes, rentes ou valeurs correspondant à la fraction rachetable (valeur de rachat au jour du décès de l'Assuré ou, s'il s'agit d'un contrat à terme fixe, valeur de rachat au jour du versement des sommes) et par les cotisations versées correspondant à la fraction non rachetable.

Le Bénéficiaire est assujéti au prélèvement ci-dessus dès lors qu'il a, au moment du décès, son domicile fiscal en France au sens de l'article 4 B du Code Général des Impôts et qu'il l'a eu pendant au moins six années au cours des dix années précédant le décès ou dès lors que l'Assuré a, au moment du décès, son domicile fiscal en France au sens de l'article 4 B.

En cas de démembrement de la clause bénéficiaire, le nu-propriétaire et l'usufruitier sont considérés comme Bénéficiaires au prorata de la part leur revenant dans les sommes, rentes ou valeurs versées par l'organisme d'assurance, déterminée selon le barème prévu à l'article 669 du Code Général des Impôts. L'abattement de cent cinquante-deux mille cinq cent (152 500) euros est réparti entre les personnes concernées dans les mêmes proportions.

Sont exclus du champ d'application de ce prélèvement :

- les contrats rente-survie,
- les contrats d'assurance de groupe souscrits dans le cadre d'une activité professionnelle;
- les sommes correspondant aux primes versées après les soixante-dix (70) ans de l'Assuré dans le cadre de contrats souscrits depuis le 20 novembre 1991, qui relèvent de l'article 757 B du Code Général des Impôts susmentionné;
- les contrats d'assurance « homme-clé » souscrits par les entreprises pour se prémunir de la disparition de leurs dirigeants ou de certains de leurs collaborateurs;
- les sommes versées à certains organismes à but non lucratif exonérés de droits de mutation à titre gratuit en vertu de l'article 795 du Code Général des Impôts.

b) Primes versées à partir du soixante-dixième (70ème) anniversaire de l'Assuré

(Article 757 B du Code Général des Impôts)

Les sommes versées par un assureur à un Bénéficiaire déterminé à raison du décès de l'Assuré au titre des cotisations versées à partir des soixante-dix (70) ans de l'Assuré sont exonérées de droits de mutation à titre gratuit à hauteur de trente mille cinq cent (30 500) euros pour l'ensemble des contrats détenus sur la tête d'un même Assuré, tous Bénéficiaires désignés confondus.

Au-delà de cet abattement, les sommes versées sont assujetties aux droits de mutation. Les produits attachés à ces versements (intérêts et plus values) sont totalement exonérés de droits de mutation à titre gratuit.

En cas de pluralité de Bénéficiaires, l'abattement est réparti entre les Bénéficiaires en fonction de leur part dans les cotisations taxables.

c) Exonération de certains Bénéficiaires

(Articles 796-0 bis et 796-0 ter du Code Général des Impôts)

Pour les successions ouvertes à compter du 22 août 2007, lorsque le Bénéficiaire est le conjoint du Souscripteur ou son partenaire lié par un PACS, les sommes transmises dans le cadre d'un contrat d'assurance vie sont totalement exonérées de fiscalité en cas de décès de l'Assuré.

Sont également totalement exonérées de fiscalité en cas de décès, les sommes transmises dans le cadre d'un contrat d'assurance vie aux frères et sœurs du défunt désignés comme bénéficiaires lorsque les conditions suivantes sont remplies au moment du décès :

- ils doivent être célibataires, veufs, divorcés, ou séparés de corps,
- ils doivent être âgés de plus de cinquante (50) ans ou atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité de subvenir par leur travail aux nécessités de l'existence,
- ils doivent avoir été constamment domiciliés avec le défunt pendant les cinq années ayant précédé le décès.

APRIL ASSISTANCE OBSÈQUES

Mutuelle Bleue met à la disposition des personnes assurées au titre du contrat « Obsèques APRIL » des prestations d'assistance APRIL Assistance Obsèques.

Les prestations d'assistance sont assurées par FRAGONARD ASSURANCES, SA au capital de 37 207 660 euros. Entreprise régie par le Code des assurances, située 2 rue Fragonard 75017 PARIS - RCS Paris n° 479 065 351.

Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, SAS au capital de 7 584 076,86 euros dont le siège social est situé 54 rue de Londres 75008 PARIS - RCS Paris n° 490 381 753 - N° ORIAS 07 de Nanterre 433 012 689 - ci-après dénommée APRIL Assistance Obsèques.

Ce contrat est régi par le Code des assurances et les présentes dispositions.

Pour faciliter votre compréhension, chaque terme ou expression comportant une majuscule en italique est défini(e) au Lexique

1. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat garantit des prestations d'assistance en cas de décès du *Bénéficiaire* et des prestations d'informations générales.

2. BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

L'Assuré, *son Conjoint ou ses Proches* sous réserve des cas particuliers propres à chacune des prestations d'assistance et dont la souscription au présent contrat est en vigueur au moment de la mise en jeu des garanties.

3. A PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ?

3.1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les prestations d'assistance prennent effet à la date de conclusion du contrat « Obsèques APRIL ».

3.2. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties d'assistance cessent pour chacun des *Bénéficiaires* :

- à la date de résiliation du présent contrat par FRAGONARD ASSURANCES qui s'engage, pour les contrats en vigueur à la date de résiliation, à assurer jusqu'à leur terme les prestations d'assistance dues au titre des *Sinistres* survenus antérieurement à la résiliation,
- à la date où l'Assuré cesse de bénéficier des garanties du contrat « Obsèques APRIL ».

4. VALIDITÉ TERRITORIALE

Sauf mention particulière, les prestations sont accordées pour les événements garantis survenus en *France* à plus de cinquante (50) kilomètres du *Domicile* ou au cours de déplacements privés n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs dans le monde entier à l'exception des pays sous sanctions financières internationales décidées par l'Union Européenne et les Nations-Unies ainsi que les pays suivants : **Iran, Corée du Nord, Somalie, Soudan, Syrie, Afghanistan, Irak.**

Les prestations « Organisation des obsèques » peuvent être accordées en *France* ou dans le monde entier à l'exception des pays précités.

5. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

APRIL Assistance Obsèques est accessible par téléphone ou télécopie 24h sur 24, 7 jours sur 7, sauf mentions contraires, en indiquant :

- nom et numéro du contrat souscrit,
- nom et prénom du *Bénéficiaire*,
- adresse exacte du *Bénéficiaire*,
- numéro de téléphone auquel le *Bénéficiaire* peut être joint.

A ce titre, APRIL Assistance Obsèques met à votre disposition un numéro de téléphone. Il figure dans la lettre d'accompagnement de votre *Certificat de souscription* délivré consécutivement à l'acceptation de la demande de souscription au contrat « Obsèques APRIL ».

Pour bénéficier des prestations d'assistance, il est indispensable de contacter APRIL Assistance Obsèques préalablement à toute intervention afin d'obtenir un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge des interventions.

A défaut de respecter cet accord préalable, aucune dépense effectuée d'autorité par le *Bénéficiaire* n'est remboursée.

6. CONTENU DES GARANTIES

APRIL Assistance Obsèques se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations.

6.1 – ASSISTANCE DÈS LA SOUSCRIPTION

6.1.1 SERVICE D'INFORMATIONS JURIDIQUES ET ADMINISTRATIVES

Sur simple appel téléphonique du *Bénéficiaire*, du lundi au samedi de 8h00 à 20h00 hors jours fériés (fuseau horaire de France métropolitaine), APRIL Assistance Obsèques communique des renseignements dans les domaines ci-après :

- retraite, décès, obsèques, succession,
- démarches administratives à effectuer lors du décès.

Ce service est accessible sans aucune limitation.

Les réponses sont communiquées exclusivement par téléphone et ne donnent lieu à aucune confirmation écrite. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. APRIL Assistance Obsèques s'engage à répondre dans un délai de quarante-huit (48) heures ouvrées.

Les informations fournies par APRIL Assistance Obsèques sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité d'APRIL Assistance Obsèques ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

6.1.2 MÉMORISATION DES DONNÉES OBSÈQUES

APRIL Assistance Obsèques met en œuvre les prestations définies ci-après :

- collecte, enregistrement et conservation sécurisés, sans limite de durée, des souhaits du *Bénéficiaire* pour ses obsèques, ainsi que le nom et les coordonnées d'un *Chargé de mémoire* à qui ces informations devront être restituées,
- mise à jour des données conservées à la demande écrite du *Bénéficiaire*,
- restitution des données au *Chargé de mémoire* lors du décès du *Bénéficiaire*.

L'accès aux données enregistrées est garanti 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 sur simple appel téléphonique et protégé par un mot de passe mis en place au moment de la collecte.

6.2 – ASSISTANCE AU MOMENT DU DÉCÈS DU BÉNÉFICIAIRE

6.2.1 ORGANISATION DES OBSÈQUES

APRIL Assistance Obsèques organise et prend en charge le coût des prestations définies ci-après, sous réserve de l'obtention du permis d'inhumation :

- **le transport du corps** depuis le lieu du décès du *Bénéficiaire* jusqu'à l'établissement de l'opérateur funéraire du lieu d'inhumation ou de crémation en *France* choisi par le défunt ou les *Membres de la famille*. Le décès doit être survenu en *France* à plus de cinquante (50) kilomètres du *Domicile* du *Bénéficiaire* ou à l'étranger.
- **les Frais funéraires** afférents à ce transport dans la limite des frais réellement nécessaires au transport conformément à la législation locale. Les frais de cercueil ou d'urne sont pris en charge dans la limite de sept cent soixante-trois (763) euros TTC,
- **la coordination des obsèques** par un *Prestataire* ou par une entreprise désignée par les *Membres de la famille* ou par le *Bénéficiaire* dans le respect de la mémorisation de ses données obsèques. **Les frais d'accessoires de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille.**

Les prestations définies ci-dessus sont exclues lorsque les obsèques ont lieu dans un des pays sous sanctions financières internationales décidées par l'Union Européenne et les Nations-Unies ainsi que les pays suivants : Iran, Corée du Nord, Somalie, Soudan, Syrie, Afghanistan, Irak.

6.2.2 COMPLÉMENTS POUR LES PERSONNES VOYAGEANT AVEC LE BÉNÉFICIAIRE DÉCÉDÉ

Lorsque le *Bénéficiaire* décède au cours d'un voyage, et que de ce fait, les personnes l'accompagnant ne peuvent plus rentrer en *France* par les moyens initialement prévus, APRIL Assistance Obsèques organise et prend en charge le coût des prestations définies ci-après :

- **l'acheminement des Membres de la famille** résidant en *France* (*Transport* retour) jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation du *Bénéficiaire* en *France*,
- ou
- **le retour au Domicile des Membres de la famille** restés sur place résidant en *France* (*Transport* aller-simple),

En cas de décès en *France*, ces prestations sont prises en charge uniquement si le décès du *Bénéficiaire* survient à plus de cinquante (50) kilomètres de son *Domicile*.

- **l'acheminement d'un Proche ou d'un accompagnateur** (*Transport* aller-retour) pour le retour au *Domicile* des personnes handicapées ou de moins de quinze (15) ans restées seules sur place,
- **le retour au Domicile des animaux de compagnie** du *Bénéficiaire* décédé (**chiens et chats à l'exclusion de tout autre animal**) par un *Prestataire*. **Sont exclus les chiens de première catégorie et de deuxième catégorie tels que définis à l'article L 211-12 du Code rural et de la pêche maritime.** Les animaux blessés sont confiés au service vétérinaire le plus proche pour être soignés avant d'être ramenés au *Domicile* sans prise en

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTE D'INFORMATION

charge des frais vétérinaires. L'animal doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Les frais de cage ne sont pas pris en charge.

6.3 – ASSISTANCE APRÈS LES OBSÈQUES DU BÉNÉFICIAIRE

6.3.1 FORMALITÉS APRÈS LES OBSÈQUES

Pour aider la famille du *Bénéficiaire* décédé à accomplir les formalités, APRIL Assistance Obsèques organise et prend en charge, sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de la France métropolitaine) la prestation définie ci-après :

- **le service d'informations juridiques et administratives** pour obtenir des renseignements concernant :
 - les conséquences légales du décès, les droits et devoirs liés à la retraite et à la succession,
 - les démarches administratives à effectuer en cas de décès et après les obsèques.

La prestation doit être mise en œuvre dans les trois (3) mois suivant les obsèques du *Bénéficiaire*. Les réponses sont communiquées exclusivement par téléphone et ne donnent lieu à aucune confirmation écrite.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. APRIL Assistance Obsèques s'engage à répondre dans un délai de quarante-huit (48) heures ouvrées.

Les informations fournies par APRIL Assistance Obsèques sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité d'APRIL Assistance Obsèques ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

6.3.2 AUTRE ASSISTANCE

Pour accompagner le *Conjoint* survivant et les *Proches* après les obsèques du *Bénéficiaire*, APRIL Assistance Obsèques met à disposition un taxi pour faciliter leurs déplacements nécessaires en vue d'effectuer les démarches administratives nécessaires suite au décès.

Les frais de taxi sont pris en charge dans la limite d'un montant de cent cinquante-trois (153) euros TTC. Les prestations doivent être mises en œuvre dans les trois (3) mois suivant les obsèques du *Bénéficiaire*.

7. RESPONSABILITÉ

APRIL Assistance Obsèques ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le *Bénéficiaire* ou ses *Proches* doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

APRIL Assistance Obsèques ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au *Bénéficiaire*.

L'organisation par le *Bénéficiaire* ou ses *Proches* de l'une des assistances énoncées dans le contrat ne peut donner lieu à remboursement que si APRIL Assistance Obsèques a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que APRIL Assistance Obsèques aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité d'APRIL Assistance Obsèques ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution du contrat. Elle ne sera pas tenue responsable :

- des actes réalisés par les *Prestataires* intervenant auprès du *Bénéficiaire* en leur propre nom et sous leur propre responsabilité,
- de l'exécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutives à un cas de force majeure.

8. EXCLUSIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Outre les exclusions prévues au contrat, sont toujours exclus :

- les conséquences des suicides ou les conséquences des tentatives de suicide du *Bénéficiaire* ;
- les frais engagés sans l'accord préalable d'APRIL Assistance Obsèques ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales ;
- les dommages de toute nature causés ou provoqués par un *Bénéficiaire* ou avec sa complicité, ou consécutifs à une négligence caractérisée, une faute intentionnelle ou dolosive du *Bénéficiaire* (article L 113-1 alinéa 2 Code des assurances), sauf cas de légitime

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTE D'INFORMATION

défense ou d'assistance à personne en danger ;

- les conséquences de :

- la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des grèves, des prises d'otage, de la manipulation d'armes ;
- la consommation d'alcool par un *Bénéficiaire* et/ou l'absorption par un *Bénéficiaire* de drogues et de toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrite médicalement ;
- la participation à tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires ;
- l'inobservation d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive ;
- l'accident survenu lors de la pratique par un *Bénéficiaire* de l'un des sports suivants : tout sport aérien (y compris delta-plane, parapente, planeur, parachutisme, kite-surf), ainsi que le skeleton, le bobsleigh, le saut à ski, toute glisse hors-piste, l'alpinisme à plus de 3 000 m, la varappe, la spéléologie et le saut à l'élastique.

9. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un *Bénéficiaire* est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le *Bénéficiaire* peut adresser une réclamation à l'adresse suivante :

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SAS
Service Traitement des Réclamations
TSA 20043
75379 Paris cedex 08

Un accusé de réception parviendra au *Bénéficiaire* dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à la réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont MONDIAL ASSISTANCE le tiendrait informé.

10. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le *Bénéficiaire* dispose d'un droit d'opposition, d'accès, de modification, de rectification et de suppression de toute information le concernant, qui figurerait dans les fichiers, en s'adressant à :

MONDIAL ASSISTANCE France SAS
Direction Technique - Service Juridique
Tour Gallieni II
36, avenue du Général de Gaulle
93175 Bagnolet Cedex

En application de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, MONDIAL ASSISTANCE se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de l'exécution de la gestion des prestations d'assistance.

11. AUTORITÉ DE CONTROLE

FRAGONARD ASSURANCES et MONDIAL ASSISTANCE sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 61 rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

12. LOI APPLICABLE - LANGUE UTILISÉE

Le contrat est régi par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution du contrat est le français.

LEXIQUE

Assuré :

Personne physique qui souscrit le contrat « Obsèques APRIL ».

Bénéficiaire :

Le terme *Bénéficiaire* se réfère :

- à l'*Assuré*,
- à son *Conjoint*,
- et/ou à ses *Enfants*.

Certificat de souscription :

Document remis à l'*Assuré* constatant sa souscription au contrat « Obsèques APRIL » et qui précise le numéro de téléphone pour contacter APRIL Assistance Obsèques.

Chargé de mémoire :

Personne désignée par le *Bénéficiaire* qui aura pour mission d'aviser APRIL Assistance Obsèques du décès afin que les services prévus au contrat puissent être mis en place.

Conjoint :

L'époux ou l'épouse de l'*Assuré*, son partenaire au titre d'un Pacte Civil de Solidarité ou son concubin notoire vivant habituellement sous le même toit.

Conjoint survivant :

Le *Conjoint* survivant peut être l'*Assuré* en cas de décès du *Conjoint* ou le *Conjoint* en cas de décès de l'*Assuré*.

Domicile :

Lieu de résidence principale situé en *France* et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

Enfant :

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge de l'*Assuré* ou de son *Conjoint*, vivant habituellement sous le toit de l'*Assuré*.

Frais funéraires :

Frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation obligatoires, de conditionnement nécessaires au transport de corps et conformes aux réglementations locales et internationales applicables sur le lieu du décès et le lieu des obsèques.

Sont exclus les frais d'habillement, d'embaumement, de cérémonie, d'inhumation et de crémation.

Lorsque le transport de corps peut être effectué sans cercueil conformément aux normes en vigueur, les frais de cercueil ne sont pas pris en charge.

France :

France métropolitaine (Corse comprise), Départements et Régions d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane) où se situe le *Domicile* de l'*Assuré*.

Membre de la famille :

Conjoint, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du *Bénéficiaire* décédé, ou la personne placée sous la tutelle du *Bénéficiaire* décédé.

Prestataire :

Prestataire de services professionnel référencé par APRIL Assistance Obsèques.

Proche :

Toute personne, *Membre de la famille* ou non, résidant en *France* et désignée par le *Bénéficiaire* ou un *Membre de la famille*.

Sinistre :

Tout événement justifiant l'intervention d'APRIL Assistance Obsèques.

Transport :

Tout déplacement s'effectuant par :

- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

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

STATUTS ADOPTÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 29 MAI 2008, DU 28 MAI 2009, DU 20 MAI 2010, DU 28 AVRIL 2011, DU 3 MAI 2012, DU 25 AVRIL 2013, DU 22 MAI 2014, DU 21 MAI 2015 ET DU 26 MAI 2016. COMPOSÉS DE 84 ARTICLES ET 2 ANNEXES.

TITRE I FORMATION, OBJET ET COMPOSITION

CHAPITRE 1 : FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 : Dénomination

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

Article 2 : Objet

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

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

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

La Mutuelle a aussi pour objet :

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

La Mutuelle peut :

- créer une ou plusieurs 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, notam-

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

Article 3 : Respect de l'objet de la Mutuelle

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

Article 4 : Élection de domicile

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

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

CHAPITRE 2 : RELATIONS ENTRE LA MUTUELLE ET SES MEMBRES

SECTION I - COMPOSITION DE LA MUTUELLE ET CATÉGORIES DE BÉNÉFICIAIRES

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

Article 5 : Membres participants et honoraires

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

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

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

Article 6 : Les ayants droit

Sont considérés comme ayants droit de l'adhérent :

- le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin vivant maritalement avec l'affilié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'affilié et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'affilié et de son concubin, devra être adressée à la Mutuelle ;
- le cocontractant d'un pacte civil de solidarité, sur présentation d'un récépissé de l'enregistrement du pacte civil de solidarité ;
- les enfants à charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la Sécurité sociale jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur à 80% et ne percevant pas l'allocation d'adulte handicapé, en contrat de qualification, d'adaptation, d'orientation ou d'insertion ;
- à la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'assuré et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux, à condition qu'ils soient également inscrits comme ayants droit au régime obligatoire.

SECTION II - ADHÉSION

Article 7 : Engagements réciproques

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

Article 8 : Modalités d'adhésion

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

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

SECTION III - RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION

Article 9 : Résiliation faite auprès de la Mutuelle

A) Opérations individuelles :

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

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

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

B) Opérations collectives :

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

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

Article 10 : Radiation

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

Article 11 : Effets de la résiliation et de la radiation

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

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

Article 12 : Modalités d'exclusion

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

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

Article 13 : Conséquences de l'exclusion

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

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

SECTION IV - RÈGLEMENTS MUTUALISTES

Article 14 : Les règlements mutualistes

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

Ces règlements mutualistes pourront prendre comme dénomination « RÈGLEMENTS MUTUALISTES » ou « CONDITIONS GÉNÉRALES ».

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 :

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

Article 15 : Composition de l'Assemblée générale

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

Article 16 : Sections de vote

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

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

Article 17 : Élection des délégués

Les délégués sont répartis en deux (2) collèges, l'un dédié aux adhésions individuelles, l'autre aux adhésions collectives.

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

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

Article 18 : Conditions d'éligibilité

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

Article 19 : Appel à candidatures

Adhésion individuelle

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

Adhésion collective

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

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

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

Article 20 : Enregistrement des candidatures

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

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

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

Article 21 : Déroulement des votes

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

Le mode d'élection est celui du scrutin de liste majoritaire à un (1) tour, pour les délégués titulaires et les délégués suppléants.

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

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

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

Article 22 : Dépouillement des votes et résultats des votes

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

Les enveloppes T comportant les bulletins de vote sont ouvertes.

Sur chaque bulletin figurent deux (2) codes barres. Le premier permet de procéder à l'émargement des votants ; le second a pour objet d'attribuer le vote au collègue et à la section correspondant.

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

Sont mises à part, sans être ouvertes :

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

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

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

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

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

SECTION II - LES DÉLÉGUÉS

Article 23 : Durée du mandat

Les délégués sont élus pour six (6) ans.

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

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

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

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

Article 24 : Statut des délégués

Rôle des délégués

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

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

Représentation des délégués

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

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

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

Elle devra être déposée ou reçue au siège social de la Mutuelle au plus tard six (6) jours ouvrables avant la date de réunion de l'Assemblée générale.

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

- Un mandat peut être donné pour deux (2) assemblées tenues le même jour ou dans un délai d'un (1) mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées à l'article L. 114-12 I du Code de la Mutualité et l'autre pour exercer les attributions visées au II du même article ;
- Un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

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

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

Remplacement des délégués

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

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

SECTION III : RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 25 : Périodicité des réunions

L'Assemblée générale se réunit au moins une (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 26 : Modalités d'admission aux Assemblées générales

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

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

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

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

Article 27 : Modalités de convocation

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

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

Autres convocations :

L'Assemblée générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le Conseil ;
2. le ou les 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.

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

Article 28 : Ordre du jour

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

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

Article 29 : Attributions de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale :

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

mentionnées, mentionnées à l'article L. 114-34 du Code de la Mutualité ;

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

Elle est également appelée à se prononcer sur :

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

Article 30 : Délégations

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

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

**Article 31 : Bureau de séance et Bureau de vote
Bureau de séance**

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

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

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

Bureau de vote

Lors de chaque Assemblée générale, il est procédé, en début de séance, sur proposition du Président de séance, à la désignation de 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 par chaque point porté à l'ordre du jour.

Article 32 : Déroulement des travaux

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

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

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

générales.

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

Article 33 : Opérations de vote

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

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

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

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

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

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

Article 34 : Modalités de délibération

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

- révoquer un ou plusieurs membre(s) 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 35 des statuts.

Article 35 : Validité des délibérations

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

I. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations, la délégation de pouvoir prévue en matière de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du total des délégués.

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

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

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

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

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

Article 36 : Effet des décisions

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

Article 37 : Procès-verbaux d'Assemblées générales

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

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

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

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

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

Article 38 : Contestations relatives aux Assemblées générales

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

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

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

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

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

CHAPITRE 2 :

CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I - RÈGLEMENTS - COMPOSITION - ÉLECTION

Article 39 : Règlement intérieur du Conseil d'administration

En complément des statuts, un règlement intérieur du Conseil d'administration définit les principales règles de bonne conduite que s'engage 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 aux-

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

Article 40 : Composition

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

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

Article 41 : Conditions requises pour être administrateur

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

- être âgés de plus de 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 42 : Candidature aux fonctions d'administrateur

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

Article 43 : Limite d'âge

Le nombre des membres du Conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge, fixée à 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 44 : Modalités d'élections

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

Article 45 : Durée du mandat

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

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

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

Article 46 : Honorariat

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

Article 47 : Renouvellement

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

Article 48 : Vacance

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

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

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

SECTION II - LE PRÉSIDENT

Article 49 : Élection, durée du mandat et révocation

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

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

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

Article 50 : Décès, démission, révocation

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

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

intérim à l'exception de celles qui relèvent de ses attributions de dirigeant effectif de la Mutuelle

Article 51 : Attributions du Président

Le Président

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

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

Article 52 : Les Vice-Présidents

Le Conseil d'administration de la Mutuelle élit un premier Vice-Président, un deuxième Vice-Président et trois (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 53 : Périodicité

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

Article 54 : Convocation du Conseil

En application de l'article 53 des statuts, le Président convoque

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

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

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

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

Tout administrateur peut demander, par lettre recommandée ou pli déposé contre récépissé dans les cinq (5) jours qui précèdent le Conseil, l'inscription de telle ou telle question particulière à l'ordre du jour ou l'inversion de points de l'ordre du jour. En cas de non-respect de ce délai, pour ce qui concerne l'inscription d'une question particulière à l'ordre du jour, l'examen de ladite question est reporté à la séance suivante.

Article 55 : Devoir de réserve

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

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

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

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

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

Enfin, deux (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 d'Entreprise, conformément à l'article L. 2323-62 du Code du travail et à l'article 57 ci-après.

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

Le Comité d'entreprise, nouvellement élu, élit parmi ses membres, pour quatre (4) ans, les deux (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 d'Entreprise, les représentants des salariés sont élus par les seuls salariés de la Mutuelle au scrutin secret, à la majorité relative à un seul tour, pour une durée de quatre (4) ans à compter de la date de leur élection.

Tout salarié majeur ayant au moins une (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 à l'avance par un avis affiché dans les locaux de la Mutuelle. Pendant ce délai, la liste des électeurs, établie par la Direction, est tenue à la disposition du personnel intéressé.

La liste des candidats sera affichée dix (10) jours au moins avant la date du scrutin. Les bureaux électoraux sont composés en accord avec les délégués du personnel. Le vote a lieu à 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 58 : Délibérations du Conseil d'administration

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

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

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

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

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

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

SECTION IV - ATTRIBUTIONS, DÉLÉGATIONS ET RESPONSABILITÉS

Article 59 : Attributions

Le Conseil d'administration 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 ;
- arrête les comptes annuels à la clôture de chaque exercice et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée générale ;
- établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée générale ;
- établit également le rapport de solvabilité visé à l'article L. 212-3 et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, visé à l'article L. 212-6 ;
- examine, au moins une (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 sur délégation de l'Assemblée générale ;
- fixe les montants ou taux de cotisations et prestations des opérations collectives dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale.

Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence pour un (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 clés 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.

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

Article 60 : Délégations du Conseil d'administration

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

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

Les délégations données par le Conseil d'administration sont

renouvelées d'office.

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

Article 61 : Responsabilité des administrateurs

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

SECTION V - BUREAU ET COMMISSIONS

Article 62 : Élection des membres du Bureau

Les membres du Bureau, autres que le Président du Conseil d'administration, sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un (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 63 : Composition du Bureau

Le Bureau est composé de la façon suivante :

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

Article 64 : Le Secrétaire général

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

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

Article 65 : Le Secrétaire général adjoint

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

Article 66 : Le Trésorier général

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

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

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

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

Article 67 : Le Trésorier général adjoint

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

Article 68 : Attributions du Bureau

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

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

Article 69 : Réunions et délibérations du Bureau

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

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

Article 70 : Comité d'audit

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

Il est composé de 4 à 6 membres assisté du 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, qui ne peut être le Président du Conseil d'administration, sont désignés parmi les administrateurs à l'issue d'un vote du Conseil d'administration.

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

Durée des mandats

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

Missions

Il est chargé :

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

Modalités d'organisation et de fonctionnement

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

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

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

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

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

Article 71 : Commissions

Le Conseil d'administration de la Mutuelle détermine les

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

SECTION VI - DIRIGEANTS EFFECTIFS DE LA MUTUELLE

Article 72 : 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) autre(s) 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 73 : Gratuité des fonctions

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

En outre, la Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacements, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la Mutualité.

Article 74 : 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 Dirigeant opérationnel de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers. Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en

qualité d'administrateur ou de Dirigeant opérationnel, en bénéficiant aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la Mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Cette interdiction ne s'applique pas au 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 75 : 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 76 : 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 77 : 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 78 : 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.

TITRE III

DISPOSITIONS FINANCIÈRES ET COMPTABLES

Article 79 : 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 80 : Fonds d'établissement

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

Article 81 : Produits et charges

Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

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

Charges

Les charges comprennent :

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

Article 82 : Réassurance

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

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

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

TITRE IV

DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

Article 83 : Dissolution

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

L'Assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs 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 84 (dernier article) : Réclamations - Médiation

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

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 désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (dans les cas relevant de sa compétence et sans préjudice des autres voies d'actions légales).

La saisine du Médiateur doit être réalisée par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à l'attention de Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF - 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15.

Cette saisine peut également se faire par mail à l'adresse suivante : mediation@mutualite.fr ou directement via le site internet www.mediateur-mutualite.fr

ANNEXES AUX STATUTS

ANNEXE 1 : FRAIS DE DÉPLACEMENT DES DÉLÉGUÉS

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

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

1. Transports en commun

Les 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 inclus148 euros maximum

3.2. Repas

Déjeuner ou dîner35 euros maximum

4. Invitation

Dans le cas d'une invitation faite par le ou la délégué(e) à un tiers, et sur autorisation expresse du Président, l'indemnité de

repas est remboursée au réel sur justificatif dans la limite de 28 euros maximum par personne.

ANNEXE 2 : FRAIS DE DÉPLACEMENT DES ADMINISTRATEURS

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

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

2. Règles générales

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

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

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

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

3. Circuit des demandes de remboursement

3.1. Les demandes de remboursement remplies et signées par le bénéficiaire sont vérifiées par le Trésorier général ou le Trésorier général adjoint et contresignées par le Président de la Mutuelle. Le Président en ordonne le versement à l'administrateur concerné. Le 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 et validée par le Trésorier général ou le Trésorier général adjoint.

3.2. L'ensemble des remboursements de frais dus à un administrateur sera regroupé mensuellement, du 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 dûment complétées par le service comptabilité sera jointe à l'avis de paiement.

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

4. Remboursement de frais aux administrateurs

Les frais de déplacement engagés par les administrateurs pour se rendre aux réunions auxquelles ils ont été convoqués, sont classés en trois (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 de l'article L. 114-26 alinéa 6 du Code de la Mutualité sont réputées remplies par la Mutuelle par un versement forfaitaire, proposé par le Conseil d'administration et voté par l'Assemblée générale du 20 mai 2010, à raison de 65 euros par demi-journée, outre le remboursement des frais de déplacement dans les conditions ci-après, en fonction des distances parcourues et des frais d'hébergement.

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

4.2. Définition, objet, portée et limites de l'indemnité forfaitaire

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

4.3. Déplacements de courte distance ou premier groupe

4.3.1. Définition et conditions de remboursement des frais réels

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

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

4.3.1.2. Utilisation du véhicule personnel

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

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

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

4.3.1.4. Accès gare et aéroport

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

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

4.3.1.5. Frais de parking, de parcètre et de péage

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

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

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

4.4.1. Transports aériens

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

4.4.2. Transports ferroviaires

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

4.4.3. Utilisation du véhicule personnel

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

4.5. Repas, hôtel, hébergement

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

4.5.1. Nuitée

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

4.5.2. Repas

Déjeuner ou dîner 35 euros maximum

5. Invitation

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

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

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

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

Référence 56STA012 - 06/2016

ET APRÈS LA SOUSCRIPTION ?

FINALISATION DE VOTRE SOUSCRIPTION

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

APRIL VOUS ACCOMPAGNE

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

FRAIS DE GESTION

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

- › Avenant au contrat : 10 €.
- › Rejet suite à un prélèvement bancaire : 10 €.
- › Mise en demeure pour non-paiement : 25 €.
- › Réouverture d'un contrat suite à une radiation : 10 €.

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

april | santé prévoyance

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

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



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