

Solimut Mutuelle de France

STATUTS

Approuvés par l'Assemblée Générale du 23 juin 2017

CERTIFIÉ CONFORME
Le Président
Serge JACQUET



TITRE I FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 - DENOMINATION ET SIEGE DE LA MUTUELLE

Il est constitué, conformément au Code de la Mutualité, une mutuelle interprofessionnelle, sous la dénomination « SOLIMUT Mutuelle de France ».

La mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise notamment aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité ainsi qu'aux présents statuts.

Elle est immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617.

Elle est membre fondateur de l'Union Mutualiste de Groupe Solimut, union soumise aux dispositions du Livre I du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 539 793 885.

Le siège social de la Mutuelle est situé : 47, Rue Maurice FLANDIN - 69003 LYON.

Il peut être transféré sur décision du Conseil d'Administration, en tout autre lieu du territoire national par ratification à la plus prochaine Assemblée Générale.

Solimut Mutuelle de France est désignée dans les présents Statuts par le terme « la Mutuelle ».

Article 2 - OBJET DE LA MUTUELLE

La Mutuelle a pour objet de :

I. Réaliser les opérations d'assurance suivantes :

A Participer à la gestion du Régime légal d'Assurance Maladie et Maternité en application de l'article L.611-3 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.

B Contracter des engagements dont l'exécution relève des branches pour lesquelles la Mutuelle est agréée.

À cet effet, la Mutuelle est agréée par le Ministre chargé de la Mutualité pour assurer directement les opérations relevant des branches d'activités suivantes :

- Risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1)
- Risques de dommages corporels liés à la maladie (branche 2),
- Engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (branche 20),
- Risques liés à natalité et nuptialité (branche 21).

À ce titre, la Mutuelle est agréée en vue de couvrir des risques relevant des remboursements de frais de soins de santé ainsi que de contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée humaine, encore appelés risques prévoyance.

C La Mutuelle a également la possibilité de proposer aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, instituée par la Loi du 27 juillet 1999, les prestations prévues par la loi.

II. Se substituer à leur demande à d'autres Mutuelles ou Unions de Mutuelles régies par le livre II du Code de la Mutualité, pour les branches d'activités mentionnées à l'article 2-I ci-dessus.

III. Conclure des contrats de coassurance ou de réassurance pour les opérations mentionnées à l'article 2-I ci-dessus.

IV. Conclure tout accord de partenariat, participer à toute Union ou bien encore constituer tout groupement avec d'autres organismes régis par le Code de la Mutualité, le livre IX du Code de la Sécurité Sociale ou le Code des Assurances et dont l'objet permet de conforter l'action de la mutuelle au sein de sa communauté et notamment de participer ou constituer une Union de Groupe Mutualiste ou une Union Mutualiste de Groupe.

V. Conformément aux articles L.116-1 et suivants du Code de la Mutualité :

- Présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance. Dans ce cadre, la Mutuelle agit en qualité d'intermédiaire.
- Recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.
- Être autorisée à déléguer la gestion d'un contrat collectif et ce, en application des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, notamment sous le contrôle et l'autorité de l'Assemblée Générale.

VI. De souscrire des contrats collectifs conformément à l'article L. 221-3 du Code de la Mutualité, qui prévoit que lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale une mutuelle ou une union souscrit un contrat collectif auprès d'une mutuelle ou d'une union, d'une institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou d'une entreprise relevant du code des assurances en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la mutuelle ou l'union.

VII. La Mutuelle peut en outre :

- Mettre en œuvre, à titre accessoire toute action de solidarité, d'entraide et d'action sociale au profit de ses membres participants et de leurs ayants droit et le cas échéant, les faire bénéficier des services proposés par le mouvement mutualiste.
- Accorder des secours exceptionnels, dans le cadre d'une action sociale, au profit de certains membres pour répondre à des besoins sociaux urgents et ponctuels qui ne peuvent être couverts au titre des garanties formalisées par le règlement mutualiste.
- Agir, à titre accessoire, pour la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées dans les limites prévues au Chapitre III de l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.
- Proposer, à titre accessoire, des services contribuant à l'information, au développement culturel, moral, intellectuel et physique des membres ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de vie.
- Conclure les conventions nécessaires pour l'accès des membres aux réalisations sanitaires, sociales et culturelles.
- Gérer pour le compte de tiers, des prestations conformément à son objet.
- Fournir des prestations administratives, comptables, ou informatiques, à d'autres organismes mutualistes.

Pour réaliser son objet social, la Mutuelle pourra conclure des conventions avec toute personne morale de droit public ou privé.

Article 3 REGLEMENT INTERIEUR/REGLEMENT MUTUALISTE

Article 3.1 - Règlement Intérieur

Un Règlement Intérieur, établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tous les membres participants et honoraires sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et au règlement mutualiste.

Le Conseil d'Administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée Générale.

Article 3.2 - Règlement Mutualiste

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, des règlements adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration définissent le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les garanties mises en oeuvre par la Mutuelle sont définies :

- a) Pour les opérations individuelles, dans le règlement mutualiste qui détermine les droits et obligations de la Mutuelle et de chaque membre participant,
- b) Pour les opérations collectives, dans des contrats écrits conclus entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle, au profit, selon les cas, des salariés de l'entreprise ou des membres de la personne morale.

CHAPITRE II CONDITIONS D'ADHESION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

Section 1 - Adhésion

Article 4 - CATEGORIE DE MEMBRES

La Mutuelle est constituée :

I. De membres participants : personnes physiques, qui versent une cotisation et bénéficient des prestations de la Mutuelle. Ils peuvent faire bénéficier desdites prestations à leurs ayants droit.

Sont considérés comme ayants droit d'un membre participant :

- son conjoint ou son concubin ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité,
- ses enfants à charge,
- le cas échéant, toute autre personne considérée comme étant à sa charge, au sens du règlement mutualiste ou des conditions générales ou particulières des contrats collectifs de la Mutuelle.

Le règlement mutualiste ou les conditions générales ou particulières des contrats collectifs précisent les conditions dans lesquelles ces ayants droit peuvent bénéficier des prestations.

À leur demande expresse, faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent adhérer sans l'intervention de leur représentant légal.

II. Des membres honoraires suivants :

- personnes physiques versant des cotisations, des contributions, faisant des dons à la Mutuelle, sans bénéficier de ses prestations ;
- personnes physiques élevées à la dignité de membre honoraire par le conseil d'administration de la Mutuelle pour les services rendus, sans bénéficier de ses prestations ;
- personnes morales souscrivant des contrats collectifs au sens des dispositions de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité.

Pour la bonne compréhension, les membres participants et les membres honoraires, sont aussi dénommés ensemble dans les présents statuts, membres.

Article 5 - ADHESION

Article 5.1 - Adhésion individuelle

Acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle, la personne qui remplit les conditions définies à l'article 4 des statuts et qui fait acte d'adhésion, constaté par la signature du bulletin d'adhésion et confirmé par le premier versement de cotisations, et, le cas échéant du droit d'adhésion, si l'Assemblée Générale en a voté un.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des statuts, du Règlement Intérieur et des droits et obligations définis par le Règlement Mutualiste.

Article 5.2 - Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I - Opérations collectives facultatives :

La qualité de membre participant de la Mutuelle, résulte de la signature du bulletin d'adhésion, laquelle emporte acceptation des dispositions des statuts, du Règlement Intérieur et des droits et obligations définis au contrat souscrit, conclu entre l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle.

II - Opérations collectives obligatoires :

La qualité de membre participant de la Mutuelle résulte de l'affiliation du salarié lui permettant de bénéficier du contrat souscrit par son employeur auprès de la Mutuelle, et ce, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles. L'affiliation du salarié emporte acceptation des dispositions des statuts, du Règlement Intérieur et des droits et obligations définis au contrat souscrit, conclu entre l'employeur et la Mutuelle.

Les membres participants des contrats collectifs désignent un ou plusieurs représentants pour participer aux sections de vote de la Mutuelle conformément aux dispositions prévues par le protocole préélectoral.

Article 6 - DROIT D'ADHESION

L'Assemblée Générale peut instituer un droit d'adhésion et en fixer le montant.
Ce droit d'adhésion est, le cas échéant, dédié au fonds d'établissement.

Section 2 - Démission, radiation, exclusion

Article 7 - DEMISSION/RADIATION/EXCLUSION

Article 7.1 - Démission

La démission est donnée par écrit dans les conditions fixées au règlement mutualiste ou contrats collectifs, sous réserve des dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité.

Article 7.2 - Radiation

En cas de non-paiement des cotisations ou de fausse déclaration, la Mutuelle peut en application des dispositions des articles L.221-7, L.221-8 et L.221-14 du Code de la Mutualité, résilier les garanties contenues dans un règlement ou un contrat collectif dans les conditions, formes et délais fixés par ce règlement ou ce contrat.

Sauf lorsque le membre participant continue d'être couvert par la Mutuelle à un autre titre, la résiliation entraîne la perte de la qualité de membre participant.

Article 7.3 - Exclusion

Sous réserve des dispositions propres aux Mutuelles du livre II du Code de la Mutualité, du Règlement Mutualiste ainsi que des contrats collectifs, peuvent être exclus les membres participants et honoraires qui auraient causé aux intérêts de la Mutuelle ou du groupe auquel appartient la Mutuelle, un préjudice volontaire dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I ASSEMBLEE GENERALE

Section 1- Composition, élection

Article 8 - COMPOSITION DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée Générale est composée de délégués issus des sections de vote représentant les membres participants et les membres honoraires.

Le nombre, l'étendue et la composition de ces sections ainsi que les règles générales de fonctionnement sont fixées par le Conseil d'Administration et définies au Règlement Intérieur visé à l'article 3.1 des présents statuts.

Article 9 - ELECTION ET NOMBRE DES DELEGUES

Les membres de chaque section élisent leurs délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle tous les six ans selon les modalités prévues au Règlement Intérieur. Le mandat des délégués peut être renouvelé, sans limitation, dans le respect des présents statuts.

L'Assemblée Générale comprend, au maximum, 110 délégués répartis en 3 collèges correspondant aux sections de vote :

- le collège des souscripteurs individuels, composé de 60 délégués maximum,
- le collège des souscripteurs collectifs relevant du code de la Mutualité, composé de 40 délégués maximum,
- le collège des souscripteurs collectifs autres, composé de 10 délégués maximum.

Chaque délégué ne peut être élu qu'au titre d'un seul collège.

La perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué, il n'est pourvu à son remplacement que lors de l'expiration de son mandat.

L'Assemblée Générale est alors réduite du nombre de délégués correspondants.

Il est précisé que la démission d'un délégué se fait par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 10 - COMMISSION ELECTORALE

Une commission électorale composée de 5 membres issus du Conseil d'Administration est créée pour les élections de la Mutuelle.

Cette commission est chargée de suivre les opérations électorales prévues dans les statuts et règlements.

Elle est en outre habilitée à se prononcer sur les difficultés nées de l'interprétation du règlement électoral.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont prévues par le règlement intérieur.

Section 2 - Réunions de l'Assemblée Générale

Article 11 - CONVOCATION

Le Président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale.

Il la réunit au moins une fois par an.

À défaut, 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.

Conformément à l'article L.114-8 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

- La majorité des administrateurs composant le Conseil,
- Les commissaires aux comptes,
- L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- Les liquidateurs.

À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de l'organisme, enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

L'Assemblée Générale peut être également convoquée à la demande du Conseil d'Administration de l'UMG Solimut.

Le commissaire aux comptes est convoqué à toute Assemblée Générale.

L'Assemblée Générale est réunie au lieu indiqué dans la convocation.

Article 12 - MODALITES DE CONVOCATION DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée Générale doit être convoquée au moins quinze jours avant la date de la réunion de préférence par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée individuellement à chaque délégué.

La convocation par lettre ordinaire, ou par courriel, reste toutefois tolérée en l'absence de désaccord du délégué.

La Mutuelle adresse aux délégués les documents prévus par le Code de la Mutualité.

Lorsque l'Assemblée n'a pu délibérer faute de réunir le quorum requis, une deuxième Assemblée est convoquée six jours au moins avant la date de sa réunion dans les mêmes formes que la première.

Le Commissaire aux Comptes titulaire est convoqué à chaque Assemblée Générale.

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

Article 13 - ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Il doit être joint à la convocation.

Toutefois, le quart des délégués au moins peut requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolutions, adressés par lettre recommandée avec avis de réception au Président du Conseil d'Administration, cinq jours au moins avant l'Assemblée Générale.

L'Assemblée ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.
Elle peut néanmoins procéder, en toutes circonstances, à la révocation d'un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et à leur remplacement.

Article 14 - PROCES-VERBAL

Il est établi une feuille de présence et un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale signé du Président du Conseil d'Administration.

Article 15 - COMPETENCES DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée Générale procède à l'élection, à bulletin secret, des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

- Les modifications des statuts et du Règlement Intérieur,
- Les modifications du Règlement Mutualiste,
- Le rapport moral du Conseil d'Administration sur les activités exercées,
- L'existence et le montant des droits d'adhésion, les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L.114-1, 5ème alinéa du Code de la Mutualité,
- Le montant du fonds d'établissement,
- La délégation de pouvoir au Conseil d'Administration prévue à l'article 18 des présents statuts,
- La création, l'adhésion ou le retrait à une Union, Fédération ou Groupe au sens du Code de la Mutualité renvoyant à la définition prévue à l'article L.356-1 du Code des Assurances, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre Mutuelle ou une Union, ainsi que la scission ou la dissolution de la Mutuelle,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance. En l'espèce, il est précisé qu'il peut être fait appel à des réassureurs non mutualistes, les traités créés étant des traités de réassurance en quote-part ainsi qu'en excédent de sinistres par tête, par événement et par catastrophe.
- L'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité,
- La souscription d'emprunts destinés à la constitution et à l'alimentation du fonds de développement prévu à l'article 53 des Statuts,
- Le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats ou d'adhésions, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent, s'il y a lieu, les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe auquel appartient la Mutuelle,
- Le rapport spécial du commissaire aux comptes mentionné à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité sur les conventions soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration,
- Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou Unions régies par les livres II et III du Code de la Mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même Code,
- Toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- La nomination du ou des commissaires aux comptes,
- La dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle et dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité,

- L'allocation d'indemnités au Président du Conseil d'Administration et aux autres membres du Conseil d'Administration auxquels des attributions permanentes ont été confiées, dans les conditions fixées par le Code de la Mutualité,
- Les apports faits aux Mutuelles et aux Unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité,
- La fixation des principes que doivent respecter les délégations de gestion de contrat collectif en vertu de l'article L.116-3 du Code de la Mutualité,
- Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à 116-3 du Code de la Mutualité.

Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

En dernier lieu, l'Assemblée Générale s'interdit toute résolution étrangère à l'objet défini par l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

Article 16 - MODALITES DE VOTE DE L'ASSEMBLEE GENERALE

Article 16.1 - Vote en Assemblée

Chaque délégué ne dispose en propre que d'une seule voix.

Article 16.2 - Vote par procuration

La faculté de voter par procuration est offerte au délégué empêché.

A compter de la date de convocation de l'assemblée, une formule de vote par procuration, accompagnée du texte des résolutions proposées et d'un exposé des motifs, est remise ou adressée à tout délégué qui en fait la demande, sous réserve que cette demande soit adressée au Président du Conseil d'Administration au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

Les délégués qui votent par procuration signent celle-ci et indiquent leurs nom, prénom et domicile ainsi que les nom, prénom et domicile de leur mandataire qui doit lui-même être délégué à l'Assemblée Générale. Ils adressent la procuration à leur mandataire.

Une même personne ne peut disposer de plus de 3 mandats.

Le mandat n'est valable que pour une seule assemblée.

Il peut cependant être donné pour deux assemblées générales tenues le même jour ou dans un délai d'un mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées à l'article 16.3 des présents statuts et l'autre pour exercer les attributions visées à l'article 16.4.

De même, un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Article 16.3 - Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, du Règlement Mutualiste, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 18 des présents statuts, 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 ou votant par procuration est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués élus.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale doit être convoquée.

Elle délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents ou votant par procuration représente au moins le quart du total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

Article 16.4 - Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simples pour être adoptées

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées à l'article 16.3, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou votant par procuration est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale doit être convoquée et délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou votant par procuration.

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

Article 17 - FORCE EXECUTOIRE DES DECISIONS DE L'ASSEMBLEE GENERALE

Les décisions prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à l'ensemble des adhérents, membres participants ou honoraires.

Les modifications des statuts, du Règlement Intérieur, du Règlement Mutualiste, des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants et honoraires dans les conditions prévues au Règlement Mutualiste.

Article 18 - DELEGATION DE POUVOIR DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'Administration.

Il en va de même du choix du, ou des, réassureur (s) dans le cadre de la politique de réassurance et de coassurance.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par l'Assemblée Générale suivante la plus proche.

CHAPITRE II CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1 - Composition, Election

Article 19 - COMPOSITION

Le nombre d'administrateurs est fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

Il est composé au maximum de trente administrateurs. Il ne peut être inférieur à dix.

Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins d'administrateurs ayant la qualité de membres participants.

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 20 - CONDITIONS D'ELIGIBILITE - LIMITE D'ÂGE

Pour être éligibles au Conseil d'Administration, les membres doivent :

- Etre membres participants ou honoraires de la Mutuelle,

- Etre âgés de 18 ans révolus,
- Etre à jour de leurs cotisations,
- Ne pas avoir été salariés de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- N'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité, ceci étant justifié par la présentation d'un extrait de casier judiciaire de moins de trois mois au jour de l'élection,
- Avoir fourni une fiche de renseignements telle que définie par le Conseil d'Administration.

Le nombre de membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration.

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

Les administrateurs sont tenus de signaler sans délai tout changement intervenant dans leur situation.

Article 21 - MODALITES DE L'ELECTION

Les déclarations de candidature aux fonctions d'administrateurs doivent être adressées directement par les candidats au siège de la Mutuelle.

Lors de chaque renouvellement du Conseil d'Administration, le Bureau fixe le délai limite de réception des candidatures.

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletin secret par l'ensemble des délégués de l'Assemblée Générale, scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

Nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a pas réuni la majorité absolue des suffrages exprimés. Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative ; dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune d'entre eux.

Article 22 - DUREE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de six ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- Lorsqu'ils perdent la qualité de membre de la Mutuelle,
- Lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 20,
- Lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions du I de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité relatives au cumul des mandats, ils présentent dans les trois mois de leur nomination leur démission ou, à l'expiration de ce délai, sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues au IV de cet article,
- Trois mois après qu'ils aient fait l'objet, par une décision de justice définitive, d'une condamnation entraînant l'interdiction d'exercer la fonction d'administrateur conformément à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité,
- Lorsque leur nomination ou renouvellement a fait l'objet d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans les conditions prévues à l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier ainsi que ses décrets d'application.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Article 23 - RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

Article 24 - VACANCE

L'administrateur dont le poste est devenu vacant en cours de mandat est remplacé par un nouvel administrateur élu par la plus proche Assemblée Générale.

L'administrateur ainsi élu achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale est convoquée par le Président du Conseil d'Administration afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

À défaut, conformément à l'article L.114-8 du Code de la Mutualité, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, nomme un Administrateur provisoire à la demande d'un ou plusieurs membres participants.

Section 2 - Réunions du Conseil d'Administration

Article 25 - REUNIONS

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation de son Président chaque fois que la situation l'exige, et au moins quatre fois par an.

Le Conseil d'Administration peut être également convoqué à la demande du Conseil d'Administration de l'UMG Solimut.

Le Président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration cinq jours au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

Conformément à l'article L.114-17 alinéa 1 du Code de la Mutualité, chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

Le commissaire aux comptes est convoqué obligatoirement à la réunion du Conseil d'Administration statuant sur les comptes annuels.

Le Dirigeant Opérationnel assiste de droit aux réunions du Conseil d'Administration. Le Conseil d'Administration peut s'adjoindre, à titre consultatif, des conseillers techniques.

Les administrateurs peuvent, par décision du Conseil d'Administration, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances consécutives.

Article 26 - REPRESENTATION DES SALAIRES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Conformément à l'article L.114-16 du Code de la Mutualité, dernier alinéa, deux représentants du personnel de la Mutuelle assistent avec voix consultative à toutes les séances du Conseil d'Administration.

Ils sont élus conformément aux dispositions du Règlement Intérieur.

En cas de vacance d'un représentant du personnel suite à la cessation de son contrat de travail, il sera procédé à l'élection d'un représentant des salariés au Conseil d'Administration conformément aux dispositions du Règlement Intérieur.

Ils sont tenus au même devoir de réserve et de discrétion que tous les administrateurs.

Article 27 - DELIBERATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Conformément à l'article L.114-20 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

Les administrateurs ne peuvent pas se faire représenter au Conseil d'Administration.

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

Le Conseil d'Administration vote obligatoirement, à bulletin secret, pour l'élection de son Président et des autres membres du Bureau, sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur ainsi que sur la nomination ou la révocation du Directeur Général.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est soumis à l'approbation du Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

Section 3 - Attributions du Conseil d'Administration

Article 28 - COMPETENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration s'interdit toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il arrête toutes mesures permettant à la Mutuelle d'être constamment en capacité de garantir les engagements qu'elle prend vis-à-vis des membres participants et de leurs ayants droit. Il fixe les principes directeurs que la Mutuelle se propose de suivre :

- en matière de placements,
- en matière de réassurance,

dans le cadre des règles générales définies par l'Assemblée Générale.

Il détermine également les orientations de la politique d'action sociale de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle. Il donne son autorisation à toute convention conclue avec un administrateur.

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte :

- Des prises de participations dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de Commerce,
- De la liste des organismes avec lesquels la Mutuelle établit des comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L.212-7 du Code de la Mutualité,
- De l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114.26 du Code de la Mutualité : un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'Assemblée Générale, détaille les sommes et avantages de toute nature, versés à chaque administrateur,
- De l'ensemble des rémunérations versées, le cas échéant, au Dirigeant Opérationnel mentionné à l'article L.211-14 du Code de la Mutualité,
- De la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la Mutuelle,
- Des transferts financiers entre la Mutuelle et d'autres Mutuelles et Unions,
- Le montant et les modalités de répartition pour l'année écoulée de la participation aux excédents,
- La valeur des placements ainsi que la quote-part de ces placements correspondant aux engagements pris envers les membres participants de la Mutuelle et leurs ayants droit conformément à l'article L.212-6 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration établit, le cas échéant, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, du groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité, auquel appartient la Mutuelle ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée Générale.

Il approuve le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR) et établit un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes telles que visées à l'article L.212-6 du même code.

Conformément à l'article L.116-4 du Code de la Mutualité, il établit aussi chaque année un rapport qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la Mutualité, ainsi que le rapport sur le contrôle interne.

Le Conseil d'Administration approuve également les rapports suivants :

- Le rapport régulier au contrôleur (RSR) ;
- Le rapport sur l'évaluation propre des risques et de la solvabilité (ORSA).

Le Conseil d'Administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'Administration ou le cas échéant au Dirigeant Opérationnel mentionné à l'article L. 211-14 du Code susmentionné.

Conformément à l'article L.211-14 du Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration nomme, sur proposition de son Président, le Dirigeant Opérationnel, qui ne peut pas être un administrateur. Le Conseil d'Administration approuve les éléments de son contrat de travail et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle. Il est mis fin à ses fonctions selon la même procédure.

Le Dirigeant Opérationnel assiste de droit à toutes les réunions du Conseil d'Administration.

Par ailleurs, le Conseil d'Administration est consulté et vote la désignation des responsables des fonctions clés mentionnées à l'article L.211-12 du Code de la Mutualité, à savoir : la fonction de gestion des risques, la fonction de vérification de la conformité, la fonction d'audit interne et la fonction actuarielle.

Les fonctions clés sont placées sous l'autorité du Dirigeant Opérationnel.

Il est procédé à la notification à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution de la nomination ou du renouvellement des Dirigeants Effectifs et responsables de fonctions clés susmentionnées, dans un délai de 15 jours suivant leur nomination ou leur renouvellement.

Le Conseil d'Administration entend ces responsables, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an. Il vote les politiques écrites rédigées par ces responsables ainsi que leurs évolutions. Plus généralement, le Conseil d'Administration approuve toutes les politiques écrites y compris celles liées à l'externalisation mentionnée au 13° de l'article L.310- du Code des Assurances.

Le Conseil d'Administration définit les cas dans lesquels, les Dirigeants Effectifs sont absents ou empêchés, de manière à garantir la continuité de la direction effective de la Mutuelle. Ces modalités sont définies par le Règlement Intérieur.

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, mais également par l'UMG Solimut.

Article 28 bis - DIRECTION EFFECTIVE DE LA MUTUELLE

La Direction effective de la Mutuelle est assurée par au moins deux personnes qui doivent satisfaire aux conditions prévues à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article R. 211-15 du Code de la Mutualité, ces deux personnes sont le Président du Conseil d'Administration et le Dirigeant Opérationnel.

Les Dirigeants effectifs doivent assurer de manière permanente la continuité et la régularité des activités de la Mutuelle, dans les conditions définies par le Conseil d'Administration.

Article 29 - CONVENTIONS REGLEMENTEES SOUMISES A L'AUTORISATION PREALABLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou Dirigeant Opérationnel ou une personne morale, à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

Il en va de même, des conventions auxquelles un administrateur ou un Dirigeant Opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée, ainsi que les conventions intervenant entre la Mutuelle et toute personne de droit privé, si l'un des administrateurs ou Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont généralement applicables aux conventions intervenant entre un administrateur ou un Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle et l'une des personnes morales appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité. Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du Code de la Mutualité.

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

Article 30 - LES COMITES ET COMMISSIONS SPECIALISEES

Outre le Comité d'Audit, dont la composition est fixée conformément aux articles L. 823-19 du Code du Commerce et L.114-17-1 du Code de la Mutualité, et le Comité des Placements, le Conseil d'Administration peut décider de la création de comités ou commissions spécifiques pour l'accompagner dans le cadre de ses missions.

Chaque comité ou commission est régi par son propre règlement.

Le Conseil d'Administration décide également de la suppression d'une commission.

Il peut également décider de la création de Comités d'Animation Mutualistes dont le rôle, les attributions et modalités de fonctionnement sont précisés au règlement intérieur.

Article 31 - DELEGATIONS D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration peut confier des attributions et déléguer partie de ses pouvoirs, sous son contrôle et sa responsabilité :

- Au Président du Conseil d'Administration,
- À un ou plusieurs administrateurs,
- À une ou plusieurs commissions ou comités,
- Au Dirigeant Opérationnel mentionné à l'article L. 211-14 du Code de la Mutualité, pour une durée maximale d'un an.

Les délégations données par le Conseil d'Administration font l'objet d'une décision lors de chaque renouvellement du Conseil d'Administration. Elles sont annexées au procès-verbal de la réunion. Par ailleurs, il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions ou délégations.

Section 4 - Statut des administrateurs

Article 32 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

Les fonctions d'administrateur sont gratuites, conformément à l'article L.114-26 du Code de la Mutualité.

Toutefois, la Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour ainsi que de garde d'enfants, selon les dispositions de l'article L.114-26 alinéa 6 du Code de la Mutualité. La Mutuelle peut également verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la Mutualité.

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Tout administrateur ou toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration est tenu à la discrétion à l'égard des faits ou des renseignements dont il prend connaissance dans le cadre de ses fonctions et qui revêtent un caractère confidentiel. Il ne doit pas divulguer à l'extérieur de la Mutuelle des faits, informations ou problèmes spécifiques que la Mutuelle peut rencontrer.

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

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

Article 33 - RESPONSABILITE

Conformément à l'article L.114-29 du Code de la Mutualité, la responsabilité des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la Mutuelle, l'Union ou la Fédération ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

CHAPITRE III PRÉSIDENT ET BUREAU

Article 34 - COMPOSITION ET ELECTION DU BUREAU

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un bureau au cours de la première réunion qui suit chaque Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration.

Le bureau est composé :

- Du Président,
- D'un 1er vice-Président,
- De 2 vice-Présidents,
- D'un trésorier,
- D'un trésorier adjoint,
- D'un secrétaire général,
- D'un secrétaire général adjoint,
- De 8 autres membres.

La composition du bureau pourra être élargie par le Conseil d'Administration en fonction d'impératifs économiques ou réglementaires.

Le Conseil d'Administration, peut, à tout moment, mettre un terme aux fonctions des membres du bureau.

Le Conseil d'Administration confie, les missions aux membres du bureau, définies aux présents statuts. Pour autant, le Conseil d'Administration peut décider de leur attribuer des missions complémentaires.

Article 35 - REUNION DU BUREAU

Le bureau se réunit sur convocation du Président du Conseil d'Administration.

Le Dirigeant Opérationnel assiste à toutes les réunions du bureau.

Article 36 - ELECTION ET REVOCATION DU PRESIDENT

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Président, en qualité de personne physique, qui sera l'un des deux Dirigeants Effectifs de la Mutuelle.

Le Président du Conseil d'Administration est élu par les membres du Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit chaque Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration. Le Président du Conseil d'Administration est nommé pour une durée qui ne peut excéder celle de son mandat d'Administrateur.

Il est rééligible.

Conformément à l'article L.612-23-1 1 du Code Monétaire et Financier, la nomination du Président du Conseil d'Administration ainsi que son renouvellement sont notifiés à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Le Conseil d'Administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du Président du Conseil d'Administration.

Enfin, conformément à l'article L. 114-23 du Code de la Mutualité, le Président du Conseil d'Administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur, dont au plus deux mandats de Président du Conseil d'Administration d'une fédération ou d'une union ou d'une mutuelle. Dans le décompte des mandats du président, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la Mutualité.

Article 37 - VACANCE

En cas de décès, de cessation du mandat d'Administrateur suite à une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution conformément à l'article L.612-23-1 du Code Monétaire et Financier, de démission de ses fonctions ou de perte de la qualité de membre participant du Président du Conseil d'Administration, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection.

Le Conseil d'Administration est convoqué immédiatement à cet effet par le 1er Vice-Président. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par ce dernier.

Article 38 - MISSIONS DU PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

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

Le Président du Conseil d'Administration convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour.

Il soumet à l'autorisation du Conseil d'Administration les conventions intervenant avec un administrateur.

Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il engage les dépenses.

Le Président du Conseil d'Administration représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Article 39 - MISSIONS DES VICE-PRESIDENTS

Les vice-présidents secondent le Président du Conseil d'Administration. Le 1er vice-Président supplée le Président du Conseil d'Administration, en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions, à l'exception des domaines relevant de la Direction Effective de la Mutuelle.

Article 40 - MISSIONS DU TRESORIER

Le trésorier effectue les opérations financières de la Mutuelle et tient la comptabilité. Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président du Conseil d'Administration et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle.

Le trésorier est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle, à confier au Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle ou à ses salariés, l'exécution de certaines missions qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Les délégations seront formalisées par écrit conformément à la législation en vigueur.

Article 41 - MISSIONS DU SECRETAIRE GENERAL

Le secrétaire général est responsable de la rédaction des procès-verbaux et de la conservation des archives.

Le secrétaire général est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle, à confier au Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle ou à ses salariés, l'exécution de certaines missions qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Les délégations seront formalisées par écrit conformément à la législation en vigueur.

Article 42 - MISSIONS DU SECRETAIRE GENERAL ADJOINT

Le secrétaire général adjoint seconde le secrétaire général.

Par ailleurs, le secrétaire général adjoint supplée, le secrétaire général, en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 43 - MISSIONS DU TRESORIER ADJOINT

Le trésorier adjoint seconde le trésorier.

Par ailleurs, le trésorier adjoint supplée, le trésorier, en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

CHAPITRE IV ORGANISATION FINANCIERE

Section 1 - Produits et charges

Article 44 - PRODUITS

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- Le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale,
- Les cotisations des membres,
- Les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- Les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- Les prestations de service, plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités de la Mutuelle, autorisées par la loi.

Article 45 - CHARGES

Les charges de la Mutuelle comprennent :

- Les diverses prestations servies aux membres participants,
- Les dotations aux provisions,
- Les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
- Les cotisations aux Unions et Fédérations,
- Les cotisations versées aux fonds de garantie institués par l'article L.431.1 du Code de la Mutualité, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par ces fonds,
- Les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L.111-5 du Code,
- La redevance prévue à l'article L.612-20 du Code Monétaire et Financier et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et Résolutions pour l'exercice de ses missions.

Plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités de la Mutuelle autorisées par la loi.

Article 46 - FONDS SOCIAL

Un fonds social est institué dont le but est d'accorder, dans le cadre d'un budget déterminé annuellement par l'Assemblée Générale, des secours aux membres de la Mutuelle qui en font la demande dans les conditions mentionnées au Règlement Intérieur.

Section 2 - Modes de placement et de retrait des fonds, règles de sécurité financière

Article 47- PROVISIONS ET PLACEMENTS

Conformément à l'article L.212-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle garantit, par la constitution de provisions suffisantes représentée par des actifs équivalents, le règlement intégral des engagements qu'elle prend à l'égard des membres participants et de leurs ayants droit.

Les provisions techniques sont déterminées conformément à la réglementation applicable aux Mutuelles régies par le Code de la Mutualité.

Les placements et retraits sont décidés par le Conseil d'Administration, selon les dispositions réglementaires notamment en ce qui concerne les catégories d'actifs autorisées ainsi que les limitations par catégorie.

Le Conseil d'Administration peut décider de déléguer ces opérations aux Dirigeants Effectifs.

Article 48 - DUREE DE L'EXERCICE

L'exercice social commence le 1er janvier et finit le 31 décembre de chaque année.

Article 49 - ADHESION AUX FEDERATIONS, UNIONS ET AU SYSTEME DE GARANTIE

La Mutuelle adhère :

- à la Fédération des Mutuelles de France,
- à la Fédération Nationale de la Mutualité Française, par le biais de l'Union de Représentation des Mutuelles de France,
- au Système Fédéral de Garantie (S.F.G.) de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Et, le cas échéant, à toute autre union ou fédération régie par le Code de la Mutualité.

Article 50 - COMMISSAIRE AUX COMPTES

En vertu de l'article L.114-38 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale nomme un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant et ce conformément à l'article L.822-18 du Code de Commerce.

Conformément à l'article L.283-3 du Code du Commerce, les commissaires aux comptes sont nommés pour six exercices et leurs fonctions expirent après la délibération de l'Assemblée Générale statuant sur les comptes du sixième exercice.

Article 51 - ADHESION A UN GROUPE PRUDENTIEL

Article 51.1 - Adhésion

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires, en cas de participation à un groupe prudentiel, la Mutuelle lui reconnaît des capacités de contrôles et de sanctions prévus dans les Statuts et la convention d'affiliation du Groupe.

Article 51.2 - Affiliation à l'Union Mutualiste de Groupe Solimut Mutuelles de France

I. LIENS FORTS ET DURABLES ET PARTAGE DE SORT

La Mutuelle reconnaît les liens forts et durables qui la lient à l'UMG Solimut. A ce titre, elle s'engage à favoriser la mise en œuvre de ces liens, par le groupe dans les conditions prévues par les statuts, le règlement intérieur, la convention d'affiliation et tout document opérationnel émis par les Dirigeants Effectifs, responsables de fonctions clés et directions opérationnelles du groupe.

II. SUIVI PRUDENTIEL DE L'ACTIVITE

A Fonctions clés et directions opérationnelles

La Mutuelle identifie la responsabilité des fonctions clés au sein de l'UMG Solimut dans les conditions définies par le Conseil d'Administration de celle-ci. Les fonctions clés désignées exercent l'ensemble de leurs prérogatives de supervision et de contrôle sur la Mutuelle et ont libre accès à son Conseil d'Administration, son Assemblée Générale et ses Comités. Les directions opérationnelles désignées par le Conseil d'Administration de l'UMG bénéficient des mêmes dispositions.

B Audits

La Mutuelle facilite l'ensemble des audits diligentés par l'UMG Solimut, et ce, qu'ils soient à titre préventif dans le cadre de la solidarité financière, qu'ils fassent partie du plan d'audit, ou qu'ils soient des audits ad-hoc prescrits par la fonction clé d'audit interne de l'UMG, d'autres fonctions clés ou réalisés à la demande de directions opérationnelles du groupe ou de son conseil d'administration.

C Pouvoir de sanction

La Mutuelle reconnaît le pouvoir de sanction de l'UMG tel que défini dans ses statuts et sa conven-

tion d'affiliation. Elle s'engage à procéder à la réalisation de toute exigence qui lui incomberait à l'issue d'une sanction prononcée à son encontre par le Conseil d'Administration ou l'Assemblée Générale de l'UMG.

III. REPRESENTATION DE L'UMG AUX CONSEILS D'ADMINISTRATION ET ASSEMBLEES GENERALES
La Mutuelle prévoit l'invitation d'un représentant de l'UMG à ses conseils d'administration et assemblées générales. Cette représentation est rendue obligatoire par le bénéfice d'un plan de redressement en lien avec l'application de la solidarité financière.

IV. PARTICIPATION AU MECANISME DE SOLIDARITE

La Mutuelle s'engage à participer au mécanisme de solidarité financière de l'UMG dans les conditions définies dans ses statuts et sa convention d'affiliation.

V. OBLIGATIONS D'INFORMATION, DE CONSULTATION ET D'AUTORISATION PREALABLE

La Mutuelle ne peut procéder à aucune décision d'instance ou décision opérationnelle sans avoir préalablement informé, consulté ou reçu l'autorisation préalable de l'UMG Solimut dans les conditions et objets prévus par ses statuts et sa convention d'affiliation. Toute décision prise en méconnaissance du présent article pourra être frappée de nullité à la demande du conseil d'administration de l'UMG.

VI. PARTICIPATION AU BUDGET DE L'UMG

La Mutuelle s'engage à participer au budget de l'UMG dans les conditions prévues par ses statuts et sa convention d'affiliation et à suivre les modalités de financement de celui-ci telles qu'arrêtées par le Conseil d'Administration de l'UMG.

VII. BENEFICE DE LA SOLIDARITE FINANCIERE

La Mutuelle s'engage à mettre en œuvre l'ensemble des préconisations arrêtées par l'UMG Solimut dès lors qu'elle bénéficie de la solidarité financière et dans les conditions prévues par les articles afférents des statuts et de la convention d'affiliation de l'UMG.

Section 3 - Fonds d'établissement et fonds de développement

Article 52 - MONTANT DU FONDS D'ETABLISSEMENT

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de trois cent quatre-vingt-un mille cent euros (381.100 €).

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 53 - FONDS DE DEVELOPPEMENT

La Mutuelle peut constituer un fonds de développement destiné à lui procurer les éléments de solvabilité dont elle doit disposer pour satisfaire à la réglementation en vigueur.

TITRE III INFORMATION DES ADHERENTS

Article 54 - ETENDUE DE L'INFORMATION

Chaque membre reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste.

Pour les opérations collectives, la Mutuelle établit une notice qui définit les garanties prévues et

leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Lorsque l'engagement réciproque du membre participant et de la Mutuelle ne résulte pas de la signature d'un bulletin d'adhésion mais de la souscription d'un contrat collectif portant accord particulier, toute modification de celui-ci est constatée par un avenant signé par les parties.

L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de la Mutuelle à chaque membre participant et de l'informer des modifications de ces documents.

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

Article 55 - RECLAMATIONS ET SERVICE DE MEDIATION

Pour toute réclamation ou litige, les adhérents ont la faculté de s'adresser à la Mutuelle dans les conditions définies au Règlement Mutualiste ainsi qu'aux contrats collectifs.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la Mutuelle et après épuisement de ses voies de recours internes, l'adhérent, ou son ayant droit, peut saisir le Médiateur de la Mutualité Française.

Le Médiateur de la Mutualité Française 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 directement via le site du Médiateur de la Mutualité Française.

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

Article 56 - DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION DE LA MUTUELLE

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 16.3 des statuts.

La Mutuelle en informe immédiatement l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'Assemblée Générale 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.

Conformément à l'article L. 212-14 du Code de la Mutualité, dans le mois de la décision constatant la caducité de l'agrément, la Mutuelle soumet à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution un programme de liquidation précisant notamment les délais prévisibles et les conditions financières de la liquidation ainsi que les moyens en personnel et matériels mis en œuvre pour la gestion des engagements résiduels.

Lorsque la gestion des engagements résiduels est déléguée à un tiers, le projet de contrat de délégation et un dossier décrivant la qualité du délégataire et de ses dirigeants, son organisation, sa situation financière et les moyens mis en œuvre sont communiqués à l'Autorité qui peut, ainsi qu'il est dit à l'article L. 612-26 du code monétaire et financier, réaliser tous contrôles sur pièces et sur place du délégataire, jusqu'à liquidation intégrale des engagements.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution se réserve le droit de ne pas l'approuver et peut demander un nouveau programme, dans les délais et conditions qu'elle prescrit.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 16.4 des présents statuts.

Article 57 - REDRESSEMENT, SAUVEGARDE ET LIQUIDATION JUDICIAIRE

Conformément à l'article L. 212-15 du Code de la Mutualité, une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire ne peut être ouverte à l'égard de la Mutuelle qu'à la requête de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Le tribunal peut également se saisir d'office ou, après avis conforme de l'Autorité, être saisi d'une demande d'ouverture de cette procédure par le procureur de la République.

Le président du tribunal ne peut être saisi d'une demande d'ouverture d'une procédure de conciliation instituée par l'article L. 611-4 du code de commerce ou d'une procédure de sauvegarde visée à l'article L. 620-1 du même code, à l'égard de la Mutuelle, qu'après avis conforme de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Lorsqu'il est saisi d'une demande d'ouverture du règlement amiable institué par les articles L. 611-3 à L. 611-6 du code de commerce, le président du tribunal en informe l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, si possible avant l'ouverture de cette procédure ou, à défaut, immédiatement après.

Lorsqu'une procédure de liquidation judiciaire est ouverte à l'égard de la Mutuelle, son agrément est retiré selon les modalités de l'article L. 325-1 du code des assurances. Dans ce cas, les dispositions des articles L. 326-4, L. 326-9 et L. 326-14 du code des assurances sont applicables. La Mutuelle reste soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution jusqu'à ce que l'ensemble des engagements résultant des contrats souscrits par la Mutuelle ait été intégralement et définitivement réglé aux membres participants et aux tiers bénéficiaires ou ait fait l'objet d'un transfert autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 212-11.

Après autorisation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, le liquidateur peut poursuivre certaines activités de la Mutuelle concernée dans la mesure où cela est nécessaire et approprié pour les besoins de la liquidation.

Solimut Mutuelle de France RÈGLEMENT MUTUALISTE SANTÉ

Approuvés par l'Assemblée Générale du 23 juin 2017

CERTIFIÉ CONFORME
Le Président
Serge JACQUET



Solimut
 **utuelle**
de France

PRÉAMBULE

Article 1 - OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement mutualiste définit le contenu et la durée, dans le cadre d'une adhésion individuelle, des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et la Mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations. L'opération individuelle étant l'opération par laquelle une personne physique signe un bulletin d'adhésion à la Mutuelle.

Le présent règlement comporte deux volets : un volet santé et un volet prévoyance. Il est complété, dans son volet santé, par des règlements particuliers (aussi dénommés fiche d'information) permettant l'articulation des principes généraux fixés par le volet santé de ce règlement avec le contenu précis de la garantie qu'elle régit et dans son volet prévoyance, par chacune des conditions générales des garanties existantes.

Article 2 - GLOSSAIRE

Accident : Il s'agit de tout évènement soudain, imprévisible, extérieur à l'adhérent et non intentionnel de sa part, cause exclusive, certaine et directe du sinistre.

Dans tous les cas, ne sont pas considérés comme accident les évènements suivants :

- Les infarctus du myocarde,
- Les ruptures d'anévrisme,
- Les accidents vasculaires cérébraux,
- Les lombalgies, les lumbagos,
- Les sciatiques,
- Les éventrations,
- Les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- Les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- Les hydrocutions,
- Les hernies discales,
- Les lésions méniscales.

Actes ordinaires de la vie quotidienne : Ils sont définis comme suit :

1. Transferts : passer de chacune des 3 positions debout/assis/couché à l'autre, dans les deux sens : se lever d'un lit ou d'une chaise, se coucher, s'asseoir ;
 2. Déplacement à l'intérieur : se déplacer en intérieur sur une surface plane ;
 3. Alimentation :
 - Manger des aliments préalablement servis et coupés,
 - Boire ;
 4. Toilette :
 - Se laver l'ensemble du corps,
 - Assurer l'hygiène de l'élimination,
- Satisfaisant ainsi à un niveau d'hygiène corporelle quotidienne conforme aux normes usuelles.
5. Habillage :
 - Mettre des vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap,
 - Retirer les vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap.

Adhérent : le membre participant qui adhère à la Mutuelle pour lui-même et, le cas échéant, ses ayants droit.

Ayant droit : Personne qui n'a pas signé de bulletin d'adhésion mais qui bénéficie des garanties de la Mutuelle en raison de ses liens avec un adhérent.

Assurance Maladie Obligatoire : Régimes obligatoires français et monégasque couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Assurance Maladie Complémentaire : Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Auxiliaires Médicaux : Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Base de remboursement : Tarif de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- **Tarif de Convention (TC)** : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,
- **Tarif d'Autorité (TA)** : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- **Tarif de Responsabilité (TR)** : pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

Délai d'attente : Période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - bien que l'assuré cotise. Elle commence à courir à compter de la date d'effet de l'adhésion à la garantie santé ou prévoyance.

Garantie (Santé) : Engagement de la Mutuelle d'assurer à l'adhérent et à ses éventuels ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de couverture, en complément des prestations versées par l'Assurance maladie obligatoire.

Garanties en inclusion : L'adhérent et ses ayants droit bénéficient de garanties autres que les garanties santé et/ou prévoyance qui sont assurées par un autre organisme que la Mutuelle, conformément à l'article L.221-3 du Code de la Mutualité.

Maladie : Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente entraînant soit un arrêt total des activités, soit une hospitalisation en établissement public ou privé ou à domicile.

Parcours de soin : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement sans diminution du montant de leur remboursement. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du régime d'assurance maladie obligatoire (ou son remplaçant). Entrent également dans le parcours de soins tous actes auprès :

- D'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- D'un autre médecin dit « correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant,
- D'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n°2004-810 du 13/08/2004, à savoir : les ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

Prescription médicale : Document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.

Prestations : Il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou ses ayants-droit par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Ticket modérateur : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Conformément aux exigences du cahier des charges du contrat responsable, cette prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, appareillage) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

Solimut Mutuelle de France (ci-après « la Mutuelle » et « S.M.F. »), ayant son siège social au 47 Rue Maurice Flandin, 69003 Lyon, est une mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 383 143 617, membre fondateur de l'Union Mutualiste de Groupe Solimut, Union soumise aux dispositions du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le n°539.793.885.

Article 2 - OBJET DU RÈGLEMENT

Le présent règlement mutualiste définit le contenu et la durée, dans le cadre d'une adhésion individuelle santé, des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Il est adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

Article 3 - MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Toute modification du présent règlement mutualiste décidée par l'Assemblée Générale, ou le Conseil d'Administration, prend effet dès lors qu'elle est portée à la connaissance des membres participants.

Chaque garantie pouvant être modifiée à tout moment par décision de l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration de la Mutuelle, sur délégation de l'Assemblée Générale (article L.114-11 du Code de la mutualité).

Article 4 - RISQUES COUVERTS

Les garanties individuelles de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et, le cas échéant, à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire.

Article 5 - CONDITIONS D'ADHÉSION

5.1. Modalités d'adhésion

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

L'adhésion est annuelle et se renouvelle pour une année civile par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année sauf résiliation selon les modalités définies à l'article 9.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et règlements. L'adhésion ou la réadhésion à la Mutuelle est subordonnée à un droit d'adhésion dont le montant est fixé à l'article 7 des statuts « Droits d'adhésion ».

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de toute modification de sa situation administrative ou familiale. Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

5.2. Droit de renonciation

5.2.1 Vente à distance

5.2.1-1 Champ d'application

Les dispositions suivantes concernent les adhésions à distance effectuées via le site internet de SOLIMUT Mutuelle de France en ligne, par signature électronique, par correspondance et celles effectuées par téléphone.

La vente à distance est régie par l'article L.221-18 du Code de la Mutualité et par les articles L.221-1 à L.221-29 du Code de la Consommation.

La définition de la signature électronique est donnée par l'article 1367 du Code Civil qui précise que « lorsqu'elle est électronique, elle consiste en l'usage d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache. La fiabilité de ce procédé est présumée, jusqu'à preuve contraire, lorsque la signature électronique est créée, l'identité du signataire assurée et l'intégrité de l'acte garantie, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

Les frais afférents à la vente à distance - coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents d'adhésion par l'adhérent - sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

5.2.1-2 Le droit de renonciation

Le délai de renonciation

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance. L'exercice de ce droit n'a pas à être justifié par l'assuré. Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations sur les conditions d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Les modalités d'exercice

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit notifier à SOLIMUT Mutuelle de France, CS 21160, 13782 AUBAGNE Cedex, sra@solimut.fr, sa décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté par lettre recommandée avec accusé réception, et ce avant l'expiration du délai de renonciation.

Il peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat santé/prévoyance (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de SOLIMUT Mutuelle de France et demande en conséquence de me rembourser la totalité des sommes versées », date et signature de l'adhérent.

Les effets du droit de renonciation :

Le règlement ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf si l'adhérent le demande expressément. Il sera alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation.

Dans ce dernier cas, l'adhérent devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande, conformément à l'article L.221-25 du Code de la Consommation.

Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la Mutuelle lui remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

À l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation qu'il aurait reçue de ce dernier.

5.2.2. Démarchage à domicile

L'adhérent qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, dispose d'un droit de renonciation de quatorze jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent.

L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-21-5 du code de la consommation.

Le droit de renonciation est exercé par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à CS 21 160 - 13782 Aubagne Cedex.

Cette lettre peut être rédigée selon le modèle suivant :

«Je soussigné (Nom, prénom) ... demeurant (adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat santé n°..... (Inscrire le numéro de contrat) souscrit le auprès de Solimut Mutuelle de France + Adresse Date..... Signature de l'adhérent».

5.3. Campagnes promotionnelles d'adhésion

Le bénéfice des campagnes promotionnelles d'adhésion est réservé aux personnes n'étant pas adhérent individuellement à la Mutuelle ou à celles ayant été radiées, à jour de cotisation, depuis plus de deux ans.

ARTICLE 6 - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

Sauf disposition particulière mentionnée sur le bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet le :

- 1^{er} jour du mois en cours si le bulletin d'adhésion est signé entre le 1^{er} et le 15 dudit mois,
- 1^{er} jour du mois suivant si le bulletin d'adhésion est signé entre le 16 et la fin du mois en cours.

En cas de naissance d'un enfant, l'adhésion de cet enfant prend effet au premier jour du mois de sa naissance si l'adhérent communique à la Mutuelle l'acte de naissance, ainsi que l'attestation Sécurité sociale comportant le rattachement de l'enfant à l'un de ses parents, dans les trois mois suivant la naissance. A défaut, l'adhésion prend effet au premier jour du mois de la date de déclaration de l'enfant nouveau-né à la Mutuelle.

En cas d'adoption d'un enfant, l'adhésion de cet enfant prend effet au premier jour du mois où l'enfant est confié en vue d'adoption à la famille si l'adhérent communique à la Mutuelle l'acte d'adoption, ainsi que l'attestation Sécurité sociale comportant le rattachement de l'enfant à l'un de ses parents, dans les trois premiers mois suivant l'adoption. A défaut, l'adhésion prend effet au premier jour du mois de la date de déclaration de l'enfant adopté à la Mutuelle.

ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE, DÉLAIS D'ATTENTE

7.1. Prise d'effet des garanties

Le droit aux prestations est ouvert à partir de la date d'effet de l'adhésion.

7.2. Délais d'attente

Le délai d'attente, également appelé délai de carence, est la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas, ou de manière limitée, sauf pour les prises en charge imposées par le cahier des charges du contrat responsable, fixées par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (ticket modérateur, participation forfaitaire de 18 euros pour les actes techniques supérieurs à 120 euros, forfaits journaliers hospitaliers), et ce bien que l'adhérent cotise.

7.3. Exonération de délais d'attente

Les délais d'attente ne sont pas appliqués aux nouveaux adhérents pouvant justifier du bénéfice d'une complémentaire santé antérieure, avec une interruption maximale de deux mois entre la résiliation de l'ancienne couverture et l'adhésion à la Mutuelle. Cette justification est apportée sur présentation d'un certificat de radiation.

7.4. Couverture maladie universelle complémentaire (cmuc)

Dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, les conditions d'adhésion sont définies par la réglementation correspondante.

7.5. Changement de garantie

L'adhérent ne peut demander un changement de sa garantie qu'à l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date d'effet de son adhésion, ou, le cas échéant, suivant la date d'effet du précédent changement de garantie.

Ceci ne fait pas obstacle à la faculté de l'adhérent de mettre fin à son adhésion conformément à l'article 9.1. de ce règlement.

En cas de changement de garantie, l'adhérent bénéficie des dispositions de sa garantie antérieure jusqu'à la date d'effet de la nouvelle garantie.

Le changement de garantie prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la signature de l'avenant.

Pour tout changement de garantie, l'adhérent a droit au montant des forfaits de sa nouvelle garantie déduction faite des forfaits consommés au cours de l'année civile au titre de son ancienne garantie.

ARTICLE 8 - CATÉGORIES D'AYANTS DROIT

Sauf dispositions contraires prévues dans les conditions particulières, par ayant droit, on entend les personnes suivantes mentionnées sur le bulletin d'adhésion :

- le conjoint de l'adhérent légalement marié non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestations. Est assimilé au conjoint :

- le concubin, c'est-à-dire la personne vivant avec l'adhérent, sous condition d'être tous deux libres de tout lien matrimonial et d'apporter la preuve que la situation de vie commune ainsi déclarée a été notoire et permanente depuis un an au moins avant la date de l'évènement mettant en jeu la garantie. Ce délai est abrogé en cas de naissance d'un enfant commun aux deux concubins au cours de cette période ;

- le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), vivant avec l'adhérent et non séparé, sur présentation, de la copie du pacte civil de solidarité ;

- les enfants à charge de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie ainsi que les enfants recueillis.

Sont considérés comme enfants à charge :

- Tout enfant jusqu'au 31 décembre de l'année de son 20ème anniversaire (sans justificatif),
- Tout enfant jusqu'au 31 décembre de l'année de son 26ème anniversaire et sur justificatif :
 - s'il poursuit ses études sur présentation d'un certificat de scolarité,
 - s'il est à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre au Pôle Emploi sur présentation de l'attestation d'inscription,
 - s'il est sous contrat d'apprentissage (apprentissage, professionnalisation...) sur présentation du contrat d'apprentissage.

Les justificatifs nécessaires devront être produits annuellement. Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et de la famille et que son état d'invalidité est survenu avant son 18^{ème} anniversaire.

ARTICLE 9 - RÉSILIATION DU CONTRAT OU RADIATION D'UN AYANT DROIT

9.1. Résiliation du contrat ou radiation d'un ayant droit en fin d'année

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant une lettre recommandée avant le 31 octobre de l'année.

La résiliation du contrat ou la radiation d'un des ayants droit prend effet le 31 décembre de l'année.

La résiliation peut aussi être demandée dans les conditions de la Loi Châtel, reprise dans l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité.

9.2. Résiliation du contrat à titre exceptionnel

À titre exceptionnel, il peut être mis fin à son adhésion en cours d'année, pour les cas mentionnés ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants :

Motifs de la demande de résiliation :

- Perte du régime d'assurance maladie obligatoire par l'adhérent

Date d'effet de la résiliation :

La résiliation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel l'évènement est survenu, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent la date de l'évènement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

Motifs de la demande de radiation :

- Attribution de la CMUC à l'adhérent

Date d'effet de la résiliation :

La résiliation prend effet à la date d'ouverture des droits à la CMUC, telle que figurant sur l'attestation de droit, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent cette date, et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

- Décès de l'adhérent

Date de prise d'effet de la résiliation :

La résiliation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel le décès est survenu. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle.

La Mutuelle rembourse aux héritiers de l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

9.3. Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut demander sa radiation en cours d'année pour les cas mentionnés ci-dessous :

Motifs de la demande de radiation :

- Perte du régime d'assurance maladie obligatoire par l'adhérent

Date d'effet de la radiation :

La radiation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel l'évènement est survenu, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent l'évènement, et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

Motifs de la demande de radiation :

- Attribution de la CMUC à l'ayant droit.

Date d'effet de la radiation :

La radiation prend effet à la date d'ouverture des droits à la CMUC, telle que figurant sur l'attestation de droit, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent cette date, et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

Motifs de la demande de radiation :

- Décès de l'ayant droit

Date d'effet de la radiation :

La radiation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel le décès est survenu. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle.

- Divorce ou séparation Date d'effet de la radiation :

La radiation prend effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande sur justificatif.

**CHAPITRE 3
COTISATIONS**

ARTICLE 10 - DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Les modes de calcul des cotisations sont déterminés conformément au Code de la mutualité, notamment par son article L.112-1.

Les cotisations sont fixées, pour l'année civile, par l'Assemblée Générale de la Mutuelle, ou par le Conseil d'Administration lorsqu'il en a reçu la délégation, conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du Code de la Mutualité.

Les cotisations intègrent aussi les taxes et cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques dont le montant ou les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements. Tout changement du taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelles impositions applicables ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

Le paiement de la cotisation est annuel. Toutefois, il peut être fractionné selon l'une des périodicités suivantes : mensuellement, trimestriellement ou semestriellement. Elle est mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

Le règlement des cotisations s'effectue en Euros.

ARTICLE 11 – GRATUITÉ

La cotisation est gratuite pour les contrats dont la cotisation est établie par individu (adhérent ou ayant droit) composant la famille :

- pour le nouveau-né, jusqu'au dernier jour du mois précédant son premier anniversaire,
- pour l'enfant adopté, jusqu'au dernier jour du mois précédant le premier anniversaire de la date où l'enfant a été confié à la famille en vue de l'adoption,
- pour le 3ème enfant à charge et suivants.

La gratuité ne s'applique pas aux contrats individuels dont les cotisations sont calculées selon la composition familiale.

ARTICLE 12 – AIDE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Conformément aux dispositions des articles L. 863-1 et suivants du code de la Sécurité Sociale, et de leurs textes d'application, les personnes à faible revenu peuvent bénéficier d'une aide au paiement de leur cotisation de complémentaire santé, sur décision prise par leur caisse d'assurance maladie. L'adhérent adresse à la Mutuelle l'attestation justificative pour lui et/ou ses ayants droit afin de pouvoir bénéficier de cette déduction de cotisation.

ARTICLE 13 – RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être révisées par l'assemblée générale, ou par le conseil d'administration sur délégation donnée par l'assemblée générale, en fonction notamment des résultats des risques gérés, de l'évolution prévisible des risques, des dépenses de santé et des modifications d'ordre législatif, réglementaire ou conventionnel. La modification est applicable à l'adhérent dès qu'elle lui a été notifiée.

ARTICLE 14 – PAIEMENT DES COTISATIONS

14.1. Modalités de règlements

La cotisation est annuelle, payable d'avance en fonction de la garantie choisie. Elle est due au 1er janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date de l'adhésion.

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire, par carte bancaire, chèque ou mandat. Son paiement peut être fractionné par mois (uniquement en cas de règlement par prélèvement automatique), par trimestre ou par semestre.

14.2. Incident de paiement

- En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit :
- de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées ;
 - d'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
 - d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

14.3. Défaut de paiement

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut du paiement d'une cotisation, ou fraction de cotisation, due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée à l'adhérent. Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de l'envoi de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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

L'adhérent dont la garantie a été résiliée, suite à défaut de paiement de ses cotisations, peut demander sa réintégration à la Mutuelle dans les conditions prévues aux Statuts.

14.4. Réintégration suite à défaut de paiement des cotisations

Pour pouvoir être réintégré dans la Mutuelle, l'adhérent devra :

- adresser une demande de réintégration à la Mutuelle dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de radiation,
- régler l'arriéré de ses cotisations.

La réintégration a un effet rétroactif depuis la date de radiation.

En tout état de cause, l'adhérent devra s'acquitter des cotisations correspondant à la période de réintégration.

Dans le cas où le délai de 6 mois est dépassé, la demande d'adhésion d'un ancien membre participant qui a été radié de la mutuelle pour non-paiement des cotisations ou qui avait demandé la résiliation de sa garantie sans avoir payé tout ou partie de la cotisation y afférant, ne pourra être acceptée qu'après régularisation des sommes dues à la mutuelle, si l'action n'est pas prescrite. L'adhérent devra, en outre, s'acquitter immédiatement du paiement de la totalité de sa cotisation annuelle. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

ARTICLE 15 – REMBOURSEMENT DE COTISATIONS

En cas de résiliation à titre exceptionnel, la part de cotisations correspondant au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglée.

Le remboursement éventuel des cotisations est soumis à l'obligation préalable de restitution de la ou des carte/s mutualiste/s de tiers-payant délivrée/s par la mutuelle.

CHAPITRE 4
PRESTATIONS GARANTIES

ARTICLE 16 – DÉFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES

Un descriptif des garanties définissant les prestations assurées conformément au contrat choisi est remis à l'adhérent avec le présent règlement.

Les modifications des prestations garanties sont applicables de plein droit dès leur notification aux adhérents.

Les prestations de la Mutuelle sont versées en complément ou en supplément de l'assurance maladie obligatoire. Elles sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou sous forme de forfait en fonction de la garantie choisie. Elles peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'un plafonnement de remboursement.

Selon la garantie choisie, la Mutuelle peut également prendre en charge des prestations non remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

La Mutuelle peut proposer dans son offre des différences de niveaux de prestation notamment lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la Sécurité Sociale.

En aucun cas, la modification du taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ne pourra avoir pour effet de majorer automatiquement les remboursements de la mutuelle.

ARTICLE 17 – LIMITE DE REMBOURSEMENT

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit. L'adhérent s'engage, sur simple demande de la Mutuelle, à lui présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations perçues au cours des douze derniers mois.

En outre, en cas de régularisation ultérieure de la Caisse d'Assurance Maladie, l'adhérent s'engage à transmettre à la Mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la Mutuelle.

En cas de pluralité de contrats garantissant l'adhérent, conformément à l'article 2, alinéa 1er du décret n°90-769 du 30 août 1990, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Ainsi, si l'adhérent souscrit auprès de plusieurs entreprises d'assurance des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit en informer immédiatement la Mutuelle en portant à sa connaissance le nom et les coordonnées du ou des assureurs le garantissant contre le même risque que celui couvert par la Mutuelle.

Il devra ensuite lui fournir les originaux des décomptes de prestations payées par la Caisse d'Assurance Maladie ou l'impression des décomptes AMELI ainsi que les décomptes originaux du ou des assureur(s) complémentaire santé de premier niveau, pour obtenir le remboursement des prestations. Celles-ci seront versées compte tenu du paiement effectué par la Sécurité Sociale et par le ou les assureur(s) santé de premier niveau dans les limites précédemment exposées.

ARTICLE 18 – REMBOURSEMENTS DE PRESTATIONS

18.1. Modalités de remboursement à l'adhérent

Les remboursements sont effectués par virement sur le compte indiqué par l'adhérent. La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la Mutuelle (y compris pour les forfaits versés en supplément du remboursement de l'assurance maladie obligatoire) est

celle portée sur le document émis par l'assurance maladie obligatoire intervenant pour sa part. Dans le cas de prestations versées hors intervention de l'assurance maladie obligatoire, la date des soins prise en compte sera celle portée sur la facture, à défaut la date de facturation.

18.2. Tiers payant

Les prestations garanties par la Mutuelle peuvent être versées directement aux professionnels ou aux établissements de santé dans le cadre de la pratique du tiers payant.

Le tiers payant est effectué, pour les prestations suivantes :

- radiologie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux sur présentation au professionnel de santé de la carte mutualiste remise par la Mutuelle à ses adhérents,
- hospitalisation, dentaire et optique sur délivrance au préalable d'une prise en charge obligatoirement demandée par un établissement ou un professionnel de santé.

La mutuelle se réserve le droit de poursuivre toute personne qui utiliserait frauduleusement la carte mutualiste.

L'usage frauduleux de la carte s'entend de l'utilisation par l'adhérent non à jour de cotisations ou à toute autre personne agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement de prestations par la Mutuelle.

En tout état de cause, l'adhérent doit immédiatement avertir les professionnels de santé lors d'un changement de garantie en cours d'année ou de la radiation de son contrat.

18.3. Recours à la télétransmission

Sauf refus de l'adhérent, les remboursements de la Mutuelle sont effectués au vu des informations transmises par l'assurance maladie obligatoire ou par les Professionnels de Santé dans le cadre du procédé de la télétransmission et notamment du procédé d'échanges informatiques « Noemie ».

Dans ce cas, la Mutuelle effectue ses remboursements sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire.

À défaut d'application du procédé Noemie, les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux voire scannés établis par l'assurance maladie obligatoire.

De manière générale, les pièces suivantes pourront être réclamées à l'adhérent, selon le type de prestations :

- l'original, ou la version dématérialisée, de la facture nominative portant la mention « acquittée », le cachet et la signature du professionnel de santé,
- la prescription médicale,
- l'original, ou la version dématérialisée, du décompte de prestation délivré par tout autre organisme complémentaire.

ARTICLE 19 – PRESTATIONS INDUES

L'adhérent s'engage à informer la Mutuelle dans les plus brefs délais en cas de prestations indûment versées et à procéder à leur remboursement.

La Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée par toute voie de droit.

ARTICLE 20 – CONTRATS RESPONSABLES

Les garanties Frais de santé proposées par la Mutuelle, sauf exceptions précisées dans les règlements particuliers, s'inscrivent dans le cadre des dispositions de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie et du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

- À ce titre, lesdites garanties sont conformes au cahier des charges du contrat responsable et respectent :
- l'interdiction du questionnaire santé lors de l'adhésion,
 - l'interdiction de la prise en charge de la participation forfaitaire à 1€ pour chaque consultation et la franchise médicale applicable aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires ;
 - l'interdiction de prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux assurés ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins) ;
 - le remboursement minimum du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 30% et 15% et de l'homéopathie, sauf précision contraire dans le tableau des prestations ;
 - la prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ;
 - la maîtrise des frais d'optique avec, soit une prise en charge du ticket modérateur soit des remboursements supérieurs mais strictement encadrés dans des minima et des maxima en fonction de la correction et de la complexité du verre correcteur. Ceci dans la limite d'un renouvellement de correction tous les deux ans de date à date, sauf dans les cas soit d'un changement de correction nécessaire, soit pour les enfants où le renouvellement de correction, pour ces deux cas, peut avoir lieu tous les ans de date à date ;
 - un remboursement différencié selon que le patient a consulté ou pas un médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins OPTAM - OPTAM CO.

ARTICLE 21 - CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS / OPTAM - OPTAM CO

Issu de l'avenant n°8 de la convention médicale du 25 octobre 2012, le Contrat d'Accès aux Soins a pour objet de limiter les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2.

En adhérant à ce contrat, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter la part des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser ses honoraires ainsi que son taux moyen de dépassement concernant les autres actes.

En contrepartie, ses patients et lui-même bénéficieront des conditions de remboursement applicables aux médecins du secteur 1, c'est-à-dire plus favorables.

L'adhérent et ses ayants droit profiteront également, au titre du contrat Frais de santé, d'un remboursement plus important de la consultation par rapport à la consultation auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins.

Depuis le 1er janvier 2017, le contrat d'accès aux soins laisse place :

- à l'Option Pratique TARIFAIRE Maîtrisée - CO (dite OPTAM-CO) pour les chirurgiens et obstétriciens ;
- à l'Option Pratique TARIFAIRE Maîtrisée (dite OPTAM) pour les médecins des autres spécialités.

Ces options suivent le même mécanisme que le Contrat d'Accès aux Soins. Ainsi, les adhérents et les ayants droit dont le médecin aura adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO) bénéficieront, au titre de leur contrat Frais de santé, d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO).

ARTICLE 22 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

22.1. Prises en charge des médecines complémentaires non prises en charge par le régime obligatoire

Les séances d'ostéopathe, de chiropracteur, de diététicien, de pédicure podologue, de dermatologue, de masseur kinésithérapeute, de psychologue, de psychomotricien, d'acupuncteur doivent être pratiquées par des professionnels de santé enregistrés sur le répertoire Adeli (système d'in-

formation national sur les professionnels de santé), ou sur le RPPS (répertoire partagé des professions de santé), pour être remboursées par la mutuelle selon la garantie souscrite.

22.2. Établissements et services spécialisés

Sont considérés comme établissements et services spécialisés : les maisons de convalescence de repos, de rééducation, les sanatoriums, les moyens et longs séjours, les maisons d'enfants à caractères sanitaires.

22.3. Forfait journalier

Le forfait journalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

22.4. Chambre particulière

Le remboursement de la chambre particulière n'est accordé, si la garantie le prévoit, que pour les hospitalisations d'au moins une nuit (sauf convention particulière signée avec un établissement de santé) et dans la limite prévue par ladite garantie.

22.5. Cures thermales non remboursées par l'assurance maladie obligatoire

Si les cures sont justifiées par l'existence d'une pathologie ORL ou par la nécessité de bénéficier de soins de rhumatologie, elles sont prises en charge par la Mutuelle au titre du « forfait cure thermique » sous réserve d'un accord spécifique entre la Mutuelle et l'établissement thermal concerné.

22.6. Frais d'accompagnant ou d'accompagnement

Les frais d'accompagnant ou d'accompagnement sont les frais engagés (lit, plateau repas) par une personne accompagnante, dans un établissement de santé ou dans une maison des parents, dans le cadre de l'hospitalisation de l'adhérent ou d'un ayant droit.

Ces frais sont remboursés sur présentation du certificat d'hospitalisation et d'une facture acquittée de l'établissement au nom du bénéficiaire hospitalisé (adhérent ou ayant droit) et dans la limite prévue par la garantie.

22.7. Soins a l'étranger

Le remboursement des soins effectués à l'étranger est assuré dans la limite de la garantie souscrite et sous réserve de la prise en charge préalable de l'assurance maladie obligatoire. Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

22.8. Accompagnement amiante

Les adhérents de la Mutuelle bénéficient d'un accompagnement dans leurs actions pour obtenir une indemnisation liée au problème de l'amiante (maladie professionnelle, frais de constitution et suivi du dossier Amiante).

Les adhérents s'engagent à verser à la Mutuelle, 3% du montant de l'indemnisation qui leur sera attribuée soit par le Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale (TASS) soit par le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), après déduction des honoraires des avocats. Ce montant est plafonné à 1500 euros.

Les non adhérents à la Mutuelle s'engagent à lui verser, 5% du montant de l'indemnisation qui leur sera attribuée soit par le Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale (TASS) soit par le Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), après déduction des honoraires des avocats. Ce montant n'est pas plafonné.

22.9. Garanties en inclusion

En complément de ses garanties Frais de santé, la Mutuelle peut, en inclusion de certaines garanties, permettre à ses adhérents de bénéficier de garanties de prévoyance en inclusion du type :

allocation obsèques, natalité ou nuptialité, ainsi que d'indemnités journalière en cas d'Incapacité Temporaire totale de Travail.

La notice d'information remise à l'adhérent définit la nature des prestations fournies, ainsi que les conditions d'attribution de ces garanties.

**CHAPITRE 5
DISPOSITIONS DIVERSES**

ARTICLE 23 - CONTRÔLE MÉDICAL DES PRESTATIONS

Solimut Mutuelle de France peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugera nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuité du service des prestations au titre du présent règlement. De même, la Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative, avant ou après le paiement des prestations, afin de vérifier la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

En cas de contestation d'ordre médical, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers.

Les honoraires du médecin désigné par SMF et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle. Toutefois, au cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires du tiers expert seraient supportés par moitié par la Mutuelle et l'adhérent.

En cas de fraude avérée, l'adhérent supportera la totalité des honoraires du tiers expert.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la mutuelle et le membre participant.

ARTICLE 24 - GARANTIES ÉLIGIBLES À LA PARTICIPATION DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ET DE LEURS ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Les garanties éligibles à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, au sens du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, respectent l'ensemble des principes de solidarité prévus par ledit décret.

En application de ces principes, il est appelé que la cotisation afférente aux garanties éligibles est majorée d'un coefficient lorsque l'affiliation de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du décret susvisé, intervient plus de deux ans après la publication de celui-ci.

Ce coefficient de majoration est calculé selon les textes en vigueur, et tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation d'une collectivité territoriale ou d'un de ses établissements publics.

ARTICLE 25 - LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Dans le cadre de l'exécution du règlement mutualiste, ainsi que l'organisation de la vie institutionnelle relevant des dispositions statutaires, les données à caractère personnel de l'adhérent et de ses éventuels ayants droit feront l'objet d'un traitement au sens de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés mis en œuvre par la Mutuelle.

Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par l'adhérent et ses éventuels ayants droit, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par la Mutuelle pour la lutte contre les fraudes et le respect de ses obligations légales et réglementaires (notamment la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

L'adhérent, ainsi que ses éventuels ayants droit, dispose d'un droit d'accès et de rectification concernant ces données collectées qui sont indispensables à ce traitement et qui sont destinées aux services concernés de la Mutuelle, et, le cas échéant, de ses sous-traitants et prestataires.

De plus, en application de l'article L.223-1 et suivants du Code de la consommation, la Mutuelle rappelle que si, en dehors de la relation de l'adhérent, et de ses éventuels ayants droit, avec Solimut Mutuelle de France, il ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel, 6 Rue Nicolas SIRET, 10 000 TROYES, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

L'adhérent, et ses éventuels ayants droit, peut également s'opposer à tout démarchage commercial de la part de la Mutuelle en faisant la demande auprès du Service Relations Adhérent - CS 21160 - 13782 AUBAGNE Cedex.

ARTICLE 26 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Solimut Mutuelle de France met à la disposition de ses Adhérents la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse suivante :

Solimut Mutuelle de France - Service Réclamations
CS 21160 - 13782 AUBAGNE Cedex
reclamations@solimut.fr

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la Mutuelle et après épuisement de ses voies de recours internes, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir le Médiateur de la Mutualité Française.

Le Médiateur de la Mutualité Française 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 directement via le site du Médiateur de la Mutualité Française.

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

ARTICLE 27 - SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations frais de soins dans les droits et actions d'adhérents, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

ARTICLE 28 - PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice (même en référé) ;
- un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue 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 réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article 26 du présent règlement.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

ARTICLE 29 - DÉCLARATION TARDIVE DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

La demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter du jour du règlement effectué par la Sécurité sociale ou, le cas échéant, à compter de la date de la dépense engagée par l'adhérent.

Au-delà, aucun remboursement ne sera effectué par la Mutuelle.

ARTICLE 30 - FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE ET NON INTENTIONNELLE

30.1. Fausse déclaration intentionnelle

Conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

Dans le cadre d'une telle déclaration faite par l'adhérent, ou ses ayants droit, la sanction sera la déchéance de tous les droits à prestation pour le sinistre en cause et ce, sans préjudice des mesures d'exclusion prévues à l'article 7.3 des statuts de la Mutuelle.

30.2. Fausse déclaration non intentionnelle

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie.

Si elle est constatée :

- avant toute réalisation du risque : la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation. À défaut d'accord de l'adhérent, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus ;
- après la réalisation du risque : la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 31 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX - FINANCEMENT DU TERRORISME

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que la Mutuelle se réserve le droit de lui demander toutes informations et/ou tous documents qu'elle juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (notamment les dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104 codifiées aux articles L.561-1 du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application).

ARTICLE 32 - AUTORITÉ DE CONTROLE

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sise 61 Rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 33 - LOI APPLICABLE

La loi applicable au présent règlement est la loi française.