

## Statuts et règlements de la MFTSV (Mutuelle substituée par MUTAERO)

*Les statuts sont régulièrement révisés afin d'être en conformité avec la réglementation et le fonctionnement de la mutuelle.*

*Ces modifications sont proposées au conseil d'administration du 5 mai 2021 et seront ensuite soumises pour approbation à l'assemblée générale du 3 juin 2021.*

*Les principales évolutions des statuts et règlements portent sur la mise en conformité et adaptation au nouveau code de la mutualité et aux exigences réglementaires.*

### **Contenu**

1	STATUTS DE LA MFTSV.....	3
1.1	FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE .....	3
1.2	NOTION D'ADHÉRENT, CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RÉSILIATION ET DE RADIATION .....	5
1.2.1	L'adhésion.....	5
1.2.2	La démission – La résiliation – La radiation .....	6
1.3	ASSEMBLÉE GÉNÉRALE .....	7
1.3.1	Composition, Élections .....	7
1.3.2	Réunion de l'Assemblée Générale.....	8
1.4	CONSEIL D'ADMINISTRATION .....	11
1.4.1	Composition, Élections .....	11
1.4.2	Réunions .....	12
1.4.3	Attributions du Conseil d'Administration .....	14
1.4.4	Statuts des administrateurs.....	14
1.5	– PRÉSIDENT ET COMMISSION DE DIRECTION .....	15
1.5.1	Élection et missions du Président.....	15
1.5.2	Mise en place, composition du bureau .....	16

---

Rédacteur : Bernard ROUX Patrick DURAND Xavier PAGES

MFTSV Statuts

MFTSV001-01

03/06/2021

1.6	ORGANISATION FINANCIÈRE .....	17
1.6.1	Produits et charges .....	17
1.6.2	Mode de placement et de retrait des fonds, règle de sécurité .....	18
1.6.3	Commissaires aux Comptes .....	18
1.6.4	Fonds d'établissement .....	18
1.7	INFORMATION DES ADHÉRENTS ET DISPOSITIONS DIVERSES.....	18
2	LE RÈGLEMENT MUTUALISTE.....	20
2.1.1	DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	20
2.1.2	OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS .....	20
2.1.3	CONDITIONS DE PAIEMENT DES COTISATIONS .....	22
2.1.4	CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS .....	23
2.1.5	CONDITIONS DE DÉMISSION, RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION .....	25
2.2	OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS.....	26
2.2.1	Prestations accordées par la mutuelle .....	26
3	RÈGLEMENT INTÉRIEUR .....	29
3.1	ADMISSION – CONDITIONS D'ADHÉSION .....	29
3.2	SUBSTITUTION .....	30
3.3	RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU BUREAU.....	30
3.4	ASSEMBLÉE GÉNÉRALE .....	31
3.5	CONSEIL D'ADMINISTRATION .....	31
3.6	STATUTS, RÈGLEMENTS ET MÉDIATION .....	32

# • STATUTS DE LA MFTSV

## ○ FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

### **Article 1 - Dénomination de la mutuelle**

Il est établi entre les adhérents aux présents statuts une mutuelle dénommée MFTSV, groupement de personnes de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au numéro SIREN 330 929 845, dont le LEI (Identifiant International d'entité juridique) est le 9695007MUMML9501A3G54.

La Mutuelle est substituée au sein de la Mutuelle MUTAERO, groupement de personnes de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au numéro SIREN 776 950 610, et dont l'agrément en branches 1 - 2 et 20 a été approuvé par arrêté du Ministère des Affaires Sociales en date du 24 mars 2003. Mutaero est sise au 34 boulevard Riquet CS 21504 31015 TOULOUSE cedex 6.

### **Article 2 – Siège de la mutuelle**

Le siège social de la mutuelle est situé : Rond-point René RAVAUD – CS 10165 REAU 77551 MOISSY-CRAMAYEL Cedex. Il peut être transporté sur décision du Conseil d'Administration en tout autre point si l'intérêt de la mutuelle l'exige.

### **Article 3 – Objet de la mutuelle**

La mutuelle se propose de mener, dans l'intérêt de ses adhérents ou de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par ses statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses adhérents et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Elle peut adhérer à une Union Mutualiste de Groupe (UMG) ou à une Union de Groupe Mutualiste (UGM) sur décision de son Assemblée Générale.

La mutuelle a notamment pour objet de:

1- Réaliser les opérations d'assurances définies par les branches 1,2 (santé) dans le cadre d'opérations individuelles et collectives conformément aux dispositions de l'article L221.2 du Code de la Mutualité, en couvrant les risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2) ; (article R.211-2 du Code de la Mutualité). Elle peut accepter les engagements mentionnés au 1 ci-dessus en réassurance.

Pour ces opérations, la Mutuelle est substituée au sein de la Mutuelle MUTAERO, groupement de personnes de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au numéro SIREN 776 950 610, et dont l'agrément en branches 1 - 2 et 20 a été approuvé par arrêté du Ministère des Affaires Sociales en date du 24 mars 2003. Sise au 34 boulevard Riquet CS 21504 31015 TOULOUSE cedex 6.

A cet égard, MUTAERO dispose d'un pouvoir de contrôle à l'égard de la MFTSV, y compris en ce qui concerne sa gestion. Ce pouvoir de contrôle s'exerce par le biais d'une autorisation préalable du Conseil d'administration de MUTAERO pour

- la fixation des prestations et des cotisations,

- la désignation du dirigeant opérationnel si la mutuelle ou l'union substituée relève du régime dit " Solvabilité II " au sens de l'article L. 211-10,

- la politique salariale et de recrutement,  
- pour les plans de sauvegarde de l'emploi,  
- pour la conclusion de contrats d'externalisation de prestations,  
- la conclusion par la MFTSV d'opérations d'acquisition ou de cession d'immeubles par nature, d'acquisition ou de cession totale ou partielle d'actifs ou de participations, de constitution de sûretés et d'octroi de cautions, avals ou garanties.  
En cas de carence de la MFTSV pour fixer ces paramètres, ils sont déterminés par MUTAERO.

2- De participer à des opérations de prévoyance individuelle et collective, conformément aux dispositions de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité.

3 - D'assurer la prévention de risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées dans les conditions prévues à l'article L.111-1 III du Code de la Mutualité.

4 - De mettre en œuvre une action sociale de façon accessoire et à destination exclusive de ses adhérents participants et de leurs ayants droit. Elle garantit le versement éventuel de secours exceptionnels, en solidarité mutuelle dans le cadre de l'action sociale.

5 - La mutuelle peut faire bénéficier ses adhérents de prestations et services des organismes auxquels elle adhère ou avec lesquels elle a passé convention.

Dans le cadre de la réalisation de son objet social, la mutuelle peut adhérer à un ou plusieurs groupements de fait, ayant pour objet la mise en commun de moyens permettant aux mutuelles des prestations de services dans le cadre de leur adhésion à ces groupements, en particulier conformément aux dispositions de l'article 261 B du Code Général des Impôts.

6 - La mutuelle peut gérer, pour compte de tiers, dans le cadre d'une délégation de gestion, les engagements conformément à son objet.

7 - Elle est autorisée à pratiquer la distribution en assurance et peut, dans des conditions fixées par l'Assemblée générale, recourir à des intermédiaires d'assurance ou contractualiser avec eux dans le cadre d'appels d'offre que ces derniers ont organisé, conformément aux articles L.116-1 et suivants du Code de la mutualité.

#### **Article 4 – Règlement mutualiste et contrat collectif**

Le règlement mutualiste adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque adhérent participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Toutefois, les cotisations dues et les prestations offertes dans le cadre de contrats collectifs souscrits par une entreprise auprès de la mutuelle au profit d'une partie ou de l'ensemble de ses salariés et/ou ayants droit, sont définies par ces contrats eux-mêmes, ainsi que les notices d'information correspondantes.

#### **Article 5 – 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 adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts, et qu'au règlement mutualiste.

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

#### **Article 6 – Respect de l'objet des mutuelles**

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

○ **NOTION D'ADHÉRENT, CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RÉSILIATION ET DE RADIATION**

▪ **L'adhésion**

Conformément à l'article L.221-4 du Code de la Mutualité, la mutuelle remet aux futurs adhérents, avant la signature du contrat, le bulletin, les statuts et règlements ou une fiche d'information sur les règlements qui décrit précisément leurs droits et obligations.

**Article 7 – Catégorie d'adhérents de la mutuelle**

La mutuelle admet des adhérents participants et des adhérents honoraires. Dans la suite de ce document, par simplification, le vocable « adhérent » se réfère aux seuls adhérents participants, le vocable « adhérent honoraire » est utilisé en tant que de besoin.

Les adhérents, sont des personnes physiques faisant acte d'adhésion dans les conditions fixées par l'article 8 ou 9 des statuts et bénéficiant ou faisant bénéficier leurs ayants droits des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré.

L'adhérent :

- Relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie
- Est couvert par un contrat collectif ou non dont la gestion est confiée à la mutuelle. La rupture du contrat de travail de l'adhérent participant salarié ne motive ni son exclusion ni sa radiation de la mutuelle, son adhésion est maintenue sous réserve que ce salarié s'acquitte des cotisations dues.
- Ses ayant-droit sont :
  - son conjoint : marié, pacsé ou concubin,
  - ses enfants à charge fiscalement et ceux du conjoint
    - Jusqu'à la date de leur majorité s'ils ne poursuivent pas leurs études
    - jusqu'à la date de leurs 28 ans s'ils poursuivent leurs études
    - au-delà de 28 ans pour les ayants droits enfants handicapés bénéficiant d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à la 2ème et 3ème catégorie.

Les adhérents honoraires, personnes physiques, payent une cotisation dont le montant est fixé annuellement par le conseil d'administration. Ils font des dons ou legs (article L .114-1 du Code de la Mutualité), sans bénéficier de prestations.

A leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être adhérents participants sans l'intervention de leur représentant légal.

L'adhésion à la mutuelle peut se faire :

- à titre individuel
- par l'intermédiaire d'un groupe et à titre facultatif,
- par l'intermédiaire d'une entreprise dans le cadre d'un contrat groupe à caractère obligatoire.

**Article 8 – Adhésion individuelle**

Acquièrent la qualité d'adhérents à la mutuelle, les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Rédacteur : Bernard ROUX Patrick DURAND Xavier PAGES

MFTSV Statuts

MFTSV001-01

03/06/2021

## **Article 9 - Adhésion des adhérents dans le cadre de contrats collectifs obligatoires ou facultatifs**

### **A - Opérations collectives facultatives :**

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion laquelle emporte acceptation de dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis au contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale et la mutuelle et dans la notice d'information correspondante.

### **B – Opérations collectives obligatoires :**

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la mutuelle et de la notice d'information correspondante et ce en application des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

### **C - Opérations collectives obligatoires dans le cadre d'un contrat de coassurance et d'une délégation de gestion reçue par la mutuelle :**

Lorsque le contrat collectif est co-assuré par la Mutuelle et d'autres mutuelles et unions, il détermine la mutuelle auprès de laquelle chaque personne physique adhérant au contrat collectif co-assuré devient adhérent participant.

Pour les adhérents qui adhèrent à la mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif, la démission résulte du non-renouvellement du contrat collectif par la personne morale souscriptrice, sauf s'ils choisissent d'y adhérer à titre individuel.

- **La démission – La résiliation – La radiation**

## **Article 10 – La démission – La résiliation**

Le membre participant adhérent à titre individuel ou collectif facultatif peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception au Président de la mutuelle ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre (soit au plus tard le 30 octobre pour le 31 décembre), et également dans les conditions fixées à l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité reprenant les dispositions de la Loi dite « Chatel ». La renonciation par l'adhérent à la totalité des prestations servies par la mutuelle entraîne la démission de la mutuelle et la perte de sa qualité d'adhérent dans les conditions et formes prévues dans le règlement mutualiste. Elle ne dispense pas du paiement de la cotisation pour l'année en cours.

De plus, la loi du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé permet aux assurés de résilier, après un an de souscription, leur contrat de complémentaire santé, à tout moment, sans frais ni pénalité.

La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par l'adhérent ou par l'employeur ou la personne morale souscriptrice.

Le droit de dénonciation n'est pas ouvert à l'adhérent participant dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire

Le droit de dénonciation ou de résiliation prévu au premier alinéa du présent article est mentionné dans le règlement, le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif. Pour les opérations collectives à adhésion facultative, le droit de dénonciation de l'adhérent participant prévu au même premier alinéa est mentionné dans la notice remise en application de l'article L. 221-6. Le droit de dénonciation ou de résiliation est en outre rappelé avec chaque avis d'échéance de cotisation.

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues, l'adhérent participant, l'employeur ou la personne morale souscriptrice n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. La mutuelle est tenue de rembourser le solde à l'adhérent participant, à l'employeur ou à la personne morale

souscriptrice dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où l'adhérent souhaite dénoncer une adhésion ou résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'adhérent ou du participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation ou de dénonciation dans les conditions prévues au même premier alinéa. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture de l'adhérent ou du participant durant la procédure.

#### **Article 11 – La radiation**

Sont radiés les adhérents à titre individuel ou collectif facultatif dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L.221-7, 221-8, 221-17 du Code de la Mutualité. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration.

- **ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**
  - Composition, Élections

#### **Article 12 – Délégués et Sections de vote**

L'Assemblée Générale est composée de délégués élus par tous les adhérents participants et honoraires. Ils sont répartis en Sections de vote.

#### **Article 13 – Composition de l'Assemblée Générale**

Les délégués composant l'Assemblée Générale sont répartis en deux sections de vote ci-après dénommées :

- **section de vote contrat collectif à adhésion obligatoire** (actifs du contrat SAFRAN),
- **section de vote contrat à adhésion facultative** (séniors du contrat SAFRAN), **ou contrat collectif hors contrat SAFRAN et contrats individuels.**

Les modalités particulières à chaque élection sont précisées par l'établissement d'un protocole électoral revu et voté par le conseil d'administration avant la mise en œuvre du processus électoral. La répartition du nombre de délégués par section de vote est révisée à cette occasion. Le nombre de délégués, par section de vote, est déterminé proportionnellement à l'effectif pour coïncider avec les dispositions de l'article L. 114-6 du code de la mutualité.

Dans le cas où la mutuelle réalise des opérations collectives visées à l'article L.221-2 du Code de la Mutualité, peuvent être désignés des délégués représentant les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs en tant que adhérents honoraires (article L.114-6 du Code de la Mutualité).

#### **Article 14 - Élection et rôle des délégués**

Les adhérents participants et honoraires de chaque section de vote, à jour de leurs cotisations, élisent parmi eux et par correspondance, y compris, le cas échéant, par voie électronique, les délégués à l'Assemblée Générale de la mutuelle. Les élections des délégués ont lieu le trimestre précédant l'assemblée Générale. Les délégués sont élus pour 6 ans, et renouvelables par tiers tous les 2 ans, les années paires. Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée Générale. Les délégués représentent les adhérents participants et honoraires à l'Assemblée Générale. Ils sont invités à participer chaque année à la (aux) journée(s) de formation organisée(s) par la mutuelle.

### **Article 15 – Dispositions communes aux mineurs**

Les mineurs de plus de 16 ans peuvent exercer le droit de vote à l'Assemblée Générale sous réserve d'être adhérents participants au sens de l'article 7 des présents statuts.

- Réunion de l'Assemblée Générale

### **Article 16 – Convocation annuelle obligatoire**

Le président du Conseil d'Administration convoque l'ensemble des délégués à l'Assemblée Générale. Il la réunit au moins une fois par an, dans un délai de sept mois maximum à compter de la clôture de l'exercice et dans toutes les hypothèses ou il en juge l'urgence.

### **Article 17– Autres convocations**

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 mentionnée à l'article L.510-1, d'office ou à la demande d'un adhérent participant,
- Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, à la demande d'un ou plusieurs adhérents participants,
- Les liquidateurs,

A défaut, le président du tribunal de grande instance statuant en référé peut, à la demande de tout adhérent de l'organisme, enjoindre sous astreinte aux adhérents du Conseil d'Administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

### **Article 18 - Modalités de convocation de l'Assemblée Générale**

L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion, dans les conditions prévues par les articles D.114-1 et suivants du Code de la Mutualité. La convocation indiquant le lieu, la date, l'ordre du jour ainsi que les règles de quorum et de majorité applicable aux délibérations correspondantes, est faite par lettre ordinaire adressée à chaque délégué.

Les délégués composant l'Assemblée Générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la Mutualité, conformément à l'article L. 114-14 du Code de la Mutualité.

### **Article 19– Ordre du Jour**

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les délégués peuvent requérir à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale, l'inscription de projets de résolutions dans les conditions prévues à l'article D. 114-6 du Code de la Mutualité.

L'Assemblée Générale ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour. Lorsqu'une Assemblée Générale n'a pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde assemblée peut être convoquée six jours au moins à l'avance, dans les mêmes formes que la première. La convocation de cette seconde assemblée reproduit la date et l'ordre du jour de la première.

### **Article 20– Compétences de l'Assemblée Générale**

L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation. Elle est appelée à se prononcer sur :

- Les modifications des statuts et du règlement mutualiste,



- Les activités exercées,
- Les montants ou les taux de cotisations ainsi que les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité,
- L'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la mutuelle ou de l'union, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221- 2 du Code de la Mutualité.
- L'attribution d'indemnité de sujétion aux administrateurs dans le cadre des dispositions prévues par le Code de la Mutualité
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- L'émission des titres participatifs, les émissions d'obligations et de titres subordonnés et d'obligation dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la Mutualité,
- Le transfert de tout ou partie du portefeuille d'opérations, 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,
- Les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- Le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114- 34 du Code de la Mutualité,
- Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles et unions régies par le livre II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- La nomination des commissaires aux comptes,
- La dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle prévue à l'article 61 relatif à la dissolution dans les présents statuts,
- Le rapport du commissaire à la fusion ou à la scission
- Le budget de l'action sociale,
- Le budget prévention,
- Les délégations de pouvoir prévus à l'article 24 des présents statuts
- Les apports faits aux mutuelles créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité,
- Elle peut en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs adhérents du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement ou encore prendre toutes les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles.

#### **Article 21 – Vote par procuration des délégués empêchés**

Tout délégué élu, empêché d'assister à l'Assemblée Générale, pourra, conformément aux dispositions de l'article L.114-13 alinéa 2 du Code de la Mutualité, s'y faire représenter par un autre délégué dont le mandat est en cours, sans toutefois que le nombre de voix exprimées par un même délégué puisse excéder trois, y compris la sienne. La Mutuelle fera droit à toute demande déposée ou reçue au siège social au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

A compter de la date de la convocation de l'Assemblée Générale, une formule de vote par procuration est remise ou adressée aux frais de la Mutuelle à tout délégué qui en fait la demande. Le texte des résolutions ainsi qu'un exposé des motifs sont joints au formulaire de vote par procuration. Le délégué empêché devra signer la procuration et y indiquer ses nom, prénom et domicile ainsi que ceux du mandataire et l'adresser au mandataire.

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

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

- Un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Pour le calcul du quorum et de la majorité, le délégué qui vote par procuration est considéré représenté.

#### **Article 22 – Modalités de vote de l'Assemblée Générale**

- A) Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation des garanties individuelles, la délégation de pouvoir prévue à l'article 25 des présents statuts, les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles, toute décision de transfert de portefeuille, en acceptation comme en cession, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution et la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale délibère valablement si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués. A défaut, et conformément aux articles D. 114-4 et D.114-5 du Code de la Mutualité, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de délégués présents ou représentés représente au moins le quart du nombre total des délégués. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués présents ou représentés.

- B) Délibération de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simple

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au A) ci-dessus, l'assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du nombre total des délégués. A défaut, et conformément aux articles D. 114-4 et D. 114-5 du Code de la Mutualité, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de délégués présents ou représentés. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents ou représentés.

#### **Article 23 – Force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale**

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

Les modifications des montants des cotisations ainsi que des prestations individuelles et du règlement mutualiste sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

Les modifications statutaires et celles portant sur le règlement intérieur sont applicables immédiatement dès lors qu'elles sont portées à la connaissance des membres adhérents.

#### **Article 24 – Délégation de pouvoir de l'Assemblée Générale**

L'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou taux de cotisations et de prestations individuelles au Conseil d'Administration. Cette délégation n'est valable qu'un an. Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être présentées à l'Assemblée Générale la plus proche.

## ○ *CONSEIL D'ADMINISTRATION*

### ▪ Composition, Élections

#### **Article 25 – Composition**

- La mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé d'administrateurs élus à bulletins secrets par les délégués de l'Assemblée Générale parmi les adhérents participants et les adhérents honoraires. Le règlement intérieur précise les conditions de présentation des candidatures et d'élection des administrateurs. Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins de adhérents participants. Le Conseil d'Administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité.
- Le nombre d'administrateurs est de 18 au maximum, sans qu'il puisse être inférieur à 10.
- Le Conseil d'Administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes. Le législateur vise ainsi une proportion des administrateurs de chaque sexe qui ne peut être inférieure à 40 %, toutefois, une dérogation est prévue lorsque la proportion de membres participants d'un des deux sexes est inférieure à 25 %, ce qui est le cas de la MFSTV où, en 2021 plus de 75% des membres participants sont des hommes. Dans ces conditions, une proportion minimale de 25% des sièges est réservée aux femmes et dans la limite des 50%, soit au minimum 5 femmes et 9 au maximum. Lors de chaque renouvellement, le nombre de femmes et d'hommes à élire est déterminé de manière à assurer le respect cette proportion.
- Dans le cas où la proportion de membres participants d'hommes diminuerait en deçà de 75%, le nombre de sièges réservé aux femmes passerait à 8 avec un maximum de 9.
- Dans le cas où la proportion de membres participants d'hommes diminuerait en deçà de 25%, le nombre de sièges réservé aux femmes passerait à 9 avec un maximum de 13
- Le conseil d'administration s'attachera à rechercher des candidats des 2 sexes et originaires des 2 sections de vote de la mutuelle, afin d'offrir un choix équilibré lors de l'élection des administrateurs.
- Les nombres cités ne sont valables que si le conseil est au complet de ses 18 membres, si ce n'était pas le cas, le calcul sera revu en fonction du nombre réel.

#### **Article 26 – Modalités d'élections**

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts, et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les administrateurs sont élus à bulletin secret par l'ensemble des délégués de l'Assemblée Générale de la manière suivante :  
L'ensemble des délégués élit les administrateurs.

Lors de l'élection des administrateurs, seront déclarés élus, les candidats de chaque sexe permettant d'atteindre la proportion de représentation au conseil décrite à l'article 25.

Les bulletins de vote informeront du sexe de chaque candidat et comporteront un nombre minimal de choix à effectuer selon les deux sexes. Les bulletins ne seront déclarés valides qu'à la condition que les règles de proportion soient respectées. Ces nombres sont dépendants de la quantité de postes soumis à renouvellement partiel au moment du vote. Le nombre exact de postes réservés au sexe minoritaire sera déterminé par le conseil d'administration avant l'appel à candidature pour l'élection. L'électeur doit, sous peine de nullité du vote et sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe, désigner un nombre de candidats de chaque sexe conforme au pourcentage recherché.

#### **Article 27 – Conditions d'éligibilité – Limite d'âge**

Pour être éligibles au Conseil d'Administration, les adhérents doivent

- Etre âgés de 18 ans révolus.
- Le nombre de membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des adhérents du Conseil d'Administration, soit 6. 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. Toutefois, lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.
- N'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité,
- Ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection.

#### **Article 28 – Durée de mandat**

Les administrateurs sont élus pour une durée de 6 ans. Leurs fonctions expirent 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 le mandat.

Les administrateurs cessent leurs fonctions:

- Lorsqu'ils perdent la qualité d'adhérent,
- Lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions des articles L. 114-21 et L. 114-23 du Code de la Mutualité relatifs au cumul des mandats et qu'ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à ces articles,
- En cas d'opposition à la poursuite de leur mandat par l'ACPR.

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

Concernant les administrateurs n'ayant pas présenté les documents demandés pour justifier leur honorabilité, le Conseil d'Administration votera, au plus tard lors de sa séance précédant l'Assemblée Générale, une disposition visant à obtenir la révocation de ces administrateurs par l'Assemblée Générale.

#### **Article 29 – Renouvellement du Conseil d'Administration**

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans. Les administrateurs 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 administrateurs seront soumis à réélection (2, 4 ou 6 ans).

#### **Article 30 – Vacance - cooptation**

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

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission, perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en application de l'article [L. 612-23-1](#) du code monétaire et financier, et ne remettant pas en cause le minimum légal du nombre d'administrateurs, il est pourvu provisoirement par le Conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale.

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

#### **Article 31 – Formation des élus**

La mutuelle propose à ses administrateurs un programme de formation initial et continu qui leur permet d'appréhender les besoins et les évolutions de la mutuelle, afin d'exercer leurs responsabilités.

#### ▪ Réunions

### **Article 32 – Réunions**

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins quatre fois par an, sur site, par audio conférence ou par visioconférence.

Sont réputés présents et participent au vote, les administrateurs assistant à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et transmettant au moins le son de la voix et un échange continu et simultané, garantissant ainsi leur participation effective.

Les modalités de participation aux réunions par visioconférence et télécommunication peuvent être précisées dans le règlement intérieur.

Le Président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du conseil.

Le premier point à porter systématiquement à l'ordre du jour est l'approbation du procès-verbal du Conseil d'Administration précédent.

Le Conseil d'Administration peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions en tout ou partie. L'ensemble des participants est tenu de respecter une clause de « confidentialité et discrétion » (article L.114-20 du Code de la Mutualité).

### **Article 33 – Représentation des salariés de la mutuelle au Conseil d'Administration**

Un représentant du personnel de la mutuelle, élu dans les conditions exposées ci-après, assiste avec voix consultative à tout ou partie des Conseils d'Administration

Le candidat est élu pour deux ans. Sont éligibles les salariés ayant au moins 3 ans d'ancienneté à la mutuelle. Le vote est organisé par la mutuelle sur appel à candidature libre. L'élection a lieu à bulletin secret au scrutin majoritaire à un tour. A égalité de voix, l'élection est acquise au candidat le plus jeune. Les autres modalités du scrutin sont fixées par le Conseil d'Administration. Dans le cas où le mandat du représentant des salariés devient vacant par démission, décès, ou toute autre cause, celui-ci est remplacé par le candidat non élu ayant obtenu le plus grand nombre de voix lors de la dernière élection. Le nouveau représentant ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

En cas d'absence temporaire à un Conseil d'Administration du représentant élu, celui-ci ne peut être remplacé. Le représentant des salariés est tenu au même devoir de réserve et de discrétion que les administrateurs.

### **Article 34 – Délibérations du Conseil d'Administration**

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses adhérents est présente ou réputée présente dans les conditions prévues à l'article 32 des statuts. Les décisions sont prises à la majorité des adhérents présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante. Un rapporteur, désigné en début de réunion, en rédige le procès-verbal.

### **Article 35 – Démission d'office, révocation**

Les administrateurs peuvent, sur proposition du Conseil d'Administration, être révoqués par l'Assemblée Générale, en cas d'absence sans motif valable à quatre séances au cours de la même année.

Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale la plus proche. Tout administrateur qui ne remplirait pas ses fonctions et qui se rendrait coupable d'une faute grave pouvant porter atteinte à la mutuelle peut être suspendu par une décision de l'Assemblée Générale ordinaire ou d'une Assemblée Générale extraordinaire convoquée à cet effet.

### **Article 36 – Mandataire Mutualiste**

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-37-1 du code de la mutualité, les personnes physiques exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs qui apportent à une mutuelle, union ou fédération, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel elles ont été désignées ou élues conformément aux statuts, ont le statut de mandataire mutualiste.

Peut bénéficier de ce statut, tout adhérent de la mutuelle non administrateur qui aura été expressément mandaté par le Conseil d'administration pour apporter à la mutuelle un concours personnel et bénévole.

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

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Cependant, les frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent leur être remboursés dans des conditions et dans les mêmes limites fixées pour les administrateurs.

- **Attributions du Conseil d'Administration**

#### **Article 37 – Compétences générales**

Le conseil d'Administration détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité (Apport loi pacte de 2019). 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. Plus généralement il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les informations qu'il estime utiles.

#### **Article 38 – Compétences spéciales**

A 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 dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la Mutualité.

#### **Article 39 – Délégations de pouvoirs du Conseil d'Administration**

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle, soit à la commission de direction, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires, soit à un ou plusieurs administratifs.

Le Conseil d'Administration peut confier à la commission de direction toutes les attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'Administration par la loi. Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

- **Statuts des administrateurs**

#### **Article 42 – Indemnités versées aux administrateurs**

Les fonctions d'administrateur sont bénévoles. La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées à l'article L. 114-26 du Code de la Mutualité.

#### **Article 43 – Remboursement de frais aux administrateurs**

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjours dans les limites fixées par l'article L. 114-26 du Code de la Mutualité.

#### **Article 44 – Situation et comportements interdits aux administrateurs**

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

Il est interdit aux administrateurs de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au chiffre d'affaires de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

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

Les anciens adhérents du Conseil d'Administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Toute convention, intervenant directement entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou une personne morale dans laquelle l'administrateur est directement ou indirectement intéressé, est soumise aux procédures spéciales définies aux articles L. 114-32 et L. 114-34 du Code de la Mutualité.

Il est interdit aux administrateurs de contracter sous quelque forme que ce soit, des conventions telles que définies à l'article L. 114-37 du Code de la Mutualité.

#### **Article 45 – Responsabilité**

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

### ○ – *PRÉSIDENT ET COMMISSION DE DIRECTION*

#### ▪ Élection et missions du Président

#### **Article 46 – Élection et révocation**

Le Conseil d'Administration élit parmi ses adhérents un Président qui est élu en qualité de personne physique dans les conditions suivantes : Le Président est élu par le Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale. Le Président est élu pour une durée de 2 ans. Il est rééligible. Les conditions de présentation des candidatures et d'élection sont précisées dans le règlement intérieur.

#### **Article 47– Vacance**

En cas de décès, de démission, ou de perte de qualité d'adhérent du Président ou de cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le premier vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

#### **Article 48 – Missions du Président**

Le Président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale. Il informe, le cas échéant, le Conseil d'Administration des procédures engagées en application du livre 6 du Code monétaire et financier sections 6 et 7, chapitre 2. Le président est dirigeant effectif de la mutuelle au sens de l'article L. 211-13 du Code de la Mutualité.

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

Il communique aux commissaires aux comptes, comme au conseil d'administration la liste et l'objet de toutes les conventions portant sur des opérations courantes et qui sont conclues en particulier entre la mutuelle et un administrateur, directement ou par personne interposée, conformément aux exigences de l'article L. 114-33 du Code de la Mutualité. Il engage les recettes et les dépenses.

Le Président représente la mutuelle en justice tant en demande qu'en défense et dans tous les actes de la vie civile. Il convoque l'Assemblée Générale au moins une fois par an et dans tous les cas où il en juge l'urgence. Le Président convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour.

- Mise en place, composition du bureau

#### **Article 49 – Désignation**

Les adhérents du bureau sont désignés par le Conseil d'Administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration. Les candidatures aux postes de adhérent de la commission de direction sont présentées au Conseil d'Administration par le Président de la mutuelle. Les adhérents du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le conseil d'administration ou le président.

#### **Article 50 – Composition**

Le bureau est composé de la façon suivante :

- Le Président du Conseil d'Administration,
- Le vice-président délégué institutionnel,
- Le vice-président délégué aux finances,
- Le vice-président délégué à la vie sociale,

- tout autre adhérent

Les pouvoirs délégués aux vice-présidents délégués et à leurs adjoints font l'objet d'une délégation approuvée par le Conseil d'Administration.

#### **Article 51 – Vice-président délégué Institutionnel**

Il est responsable de l'organisation de la vie démocratique de la Mutuelle et notamment des convocations aux réunions de gouvernance de la Mutuelle, de la rédaction des procès-verbaux et de la conservation des archives.

#### **Article 52 - Vice-président délégué Institutionnel Adjoint**

Le vice-président adjoint seconde le vice-président délégué en cas d'empêchement de celui-ci. Il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

#### **Article 53 - Vice-président délégué aux finances**

Le Vice-président délégué aux finances prépare et soumet à la discussion du Conseil d'administration :

- les comptes annuels, documents et tableaux qui s'y rattachent,

- les éléments nécessaires à l'élaboration du rapport de gestion prévu à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Il effectue les opérations financières de la Mutuelle, il est responsable de la bonne tenue de la comptabilité.

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

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

#### **Article 54 - Vice-président délégué aux finances Adjoint**



Le vice-président adjoint seconde le vice-président délégué en cas d'empêchement de celui-ci. Il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

#### **Article 55 - Vice-président délégué à la vie sociale**

Le vice-président délégué à la vie sociale organise la vie sociale de la Mutuelle.

Il est plus particulièrement chargé de suivre et de gérer l'action sociale, les opérations de prévention et de communication de la Mutuelle.

Il est également chargé de faciliter les contacts de la mutuelle avec tous les organismes présents sur les sites gérés par la Mutuelle.

#### **Article 56 - Vice-président délégué à la vie sociale Adjoint**

Le vice-président adjoint seconde le vice-président délégué en cas d'empêchement de celui-ci. Il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

### ○ *ORGANISATION FINANCIÈRE*

#### ▪ Produits et charges

#### **Article 57– Produits**

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- les droits d'adhésion versés, le cas échéant, par les adhérents dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale,
- les cotisations globales des adhérents participants et des adhérents honoraires,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

#### **Article 58 – Charges**

Les charges comprennent, notamment :

- 1°) les diverses prestations servies aux adhérents participants et à leurs ayants-droits,
- 2°) les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
- 3°) les versements faits aux unions et fédérations,
- 4°) les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fond,
- 5°) les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L 111-6 du Code de la Mutualité,
- 6°) la redevance prévue à l'article L.612-20 du Code monétaire et financier et affectée aux ressources de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) pour l'exercice de ses missions,
- 7°) plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

#### **Article 59 – apports et transferts financiers**

En cas de création de mutuelles définies à l'article L. 111- 3 du Code de la Mutualité, la mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la mutuelle créée à condition que ceux-ci ne remettent pas en cause les exigences de solvabilité.

- Mode de placement et de retrait des fonds, règle de sécurité

#### **Article 60 – Placements et retraits**

Le Conseil d'Administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle compte-tenu, en particulier de la politique sur les placements et investissements qu'il aura préalablement approuvée. Il peut déléguer la réalisation de ces opérations au Président. En cas d'empêchement, ces pouvoirs peuvent être délégués au Vice-Président chargé des Finances notamment pour saisir des opportunités en termes de prix d'acquisition ou de rendement.

#### **Article 61 – Provisions et Marges**

Les provisions techniques et la marge de solvabilité sont constituées dans les conditions prévues par l'article R. 212- 11, du Code de la Mutualité, renvoyant au code des assurances.

#### **Article 62 – Adhésion au SFG**

La mutuelle adhère au Système Fédéral de Garantie de la Mutualité Française.

- Commissaires aux Comptes

#### **Article 63 – Commissaires aux comptes**

Conformément aux dispositions de l'article L211-5 du code de la mutualité, la mutuelle est dispensée de nommer un Commissaire aux Comptes. Le Commissaire aux Comptes de la mutuelle substituante exerce les missions et effectue les contrôles et vérifications qui lui sont dévolues par la loi, en particulier par les articles L.114-32 à L.114-40 et L.212-7 du Code de la Mutualité

- Fonds d'établissement

#### **Article 64 – Montant du fonds d'établissement**

Conformément à l'article R. 212-1 du Code de la Mutualité, le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100 €. Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions de l'article 23 A des statuts, sur proposition du Conseil d'Administration.

### *○ INFORMATION DES ADHÉRENTS ET DISPOSITIONS DIVERSES*

#### **Article 65 – Étendue de l'information**

Chaque adhérent de la mutuelle reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste et, en tant que de besoin, des notices d'information correspondant aux contrats collectifs à adhésion facultative ou obligatoire souscrits auprès de la mutuelle ou par la mutuelle au profit de l'ensemble de ses adhérents ou d'une catégorie d'entre eux. Chaque adhérent est informé par tout moyen dont la revue de la mutuelle :

- Des modifications apportées aux statuts et règlement intérieur,
- Des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès ;

- Des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Les modifications des prestations et des cotisations font l'objet d'une notification au membre participant et au membre honoraire.

#### **Article 66 – Dissolution volontaire et liquidation**

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle s'effectuent dans les conditions et formes visées à l'article L.212-14 du Code de la Mutualité. Lors de la même réunion qui prononce la dissolution, l'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 21 A des présents statuts à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds National de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du Code de la Mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la Mutualité.

#### **Article 67 – Médiation**

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

#### **Article 68 – Interprétation**

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

#### **Article 69 – Loi applicable**

Les présents statuts sont dressés conformément aux dispositions du Code de la Mutualité. Pour toute contestation liée à l'application ou à l'interprétation des présents statuts et règlements, la loi française est seule applicable et particulièrement les dispositions du Code de la Mutualité sous réserve des dispositions de l'article L. 225-5 de ce dernier.

#### **Article 70 – Jouissance de la personnalité morale immatriculée répertoire SIRENE**

La mutuelle jouira de la personnalité morale à dater de son immatriculation au répertoire SIRENE auprès du secrétaire général du conseil supérieur de la Mutualité. L'état des actes accomplis au nom de la mutuelle en formation, avec indication pour chacun d'eux de l'engagement qui en résulte pour la mutuelle, est annexé aux présents statuts dont la signature emportera reprise des dits engagements par la mutuelle lorsqu'elle aura été inscrite au SIRENE. Pour effectuer le dépôt des présents statuts et des pièces constitutives, tous pouvoirs sont donnés aux porteurs d'une expédition ou d'un extrait.

# ● LE RÈGLEMENT MUTUALISTE

## ▪ DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### **Article 1 - Objet**

Le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre la mutuelle et chaque adhérent participant et ayant droit, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Il est adopté par le Conseil d'Administration.

Tout litige concernant l'application ou l'interprétation du règlement mutualiste général est d'abord examiné par le Service Réclamations de la Mutuelle, Rond-point René RAVAUD – CS 10165 REAU 77551 MOISSY-CRAMAYEL Cedex. En cas de désaccord, le dossier accompagné des éléments indispensables à l'examen de la (des) prétention(s) sera transmis par la partie la plus diligente au Service Médiation de la FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75015 PARIS. Un avis sera rendu par le médiateur désigné par la FNMF, qui s'imposera aux parties.

### **Article 2 - Règlements applicables**

La loi applicable au présent règlement est la loi française et les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

### **Article 3 - Bénéficiaires des prestations**

Les adhérents participants adhèrent aux présents statuts et règlement mutualiste. Ils bénéficient des prestations en contrepartie du paiement des cotisations et en ouvrent le bénéfice à leurs ayants droit.

Les ayants droit sont le conjoint suite à mariage, PACS ou concubinage et les enfants fiscalement à charge.

### **Article 4 - Catégories de bénéficiaires**

Les adhérents participants à titre individuel ou collectif facultatif et leurs ayants droit se répartissent en plusieurs catégories :

- Catégorie individuelle : adhérent participant sans ayant droit,
- Catégorie monoparentale : adhérent participant élevant seul un ou plusieurs enfants à charge,
- Catégorie familiale : adhérent participant et sa famille (conjoint et enfants fiscalement à charge).

## ▪ OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

### **Article 5 Demande de renseignements**

Une demande de renseignements est adressée chaque année aux parents de bénéficiaires continuant leurs études ou en apprentissage au-delà de 16 ans. Si dans un délai de trois mois les justifications demandées ne sont pas parvenues à la mutuelle, le bénéficiaire en cause pourra être radié.

### **Article 6 - Obligation d'exactitude**

L'adhérent participant doit répondre avec exactitude aux renseignements demandés tant dans les documents de souscription que dans toute réponse aux demandes de la mutuelle et fournir les justificatifs exigés pour tous les bénéficiaires du contrat. Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, la garantie accordée au adhérent participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration 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.

Lorsque l'omission ou la fausse déclaration est non intentionnelle :

- si celle-ci est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent participant. A défaut d'accord de celui-ci, la garantie prend fin 10 jours après notification adressée à l'adhérent participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue alors à l'adhérent participant la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

- si elle est constatée après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

### **Article 7 - Obligation de déclaration en cas de changement de situation**

D'une manière générale, les adhérents participants doivent signaler à la mutuelle, dans le mois qui suit l'évènement, les changements suivants survenant dans leur situation ou celle de leur ayant droit ou bénéficiaire : outre un accident causé par un tiers visé à l'article 35 du présent règlement,

- changement de situation personnelle ou familiale (notamment nouvelle adresse, nouveau numéro de téléphone, droit à la CMU et à la CMUC, décès, mariage, PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, rupture du PACS).

Les changements signalés, qui devront être justifiés, seront éventuellement susceptibles d'entraîner une modification des cotisations à compter de la date de l'évènement.

### **Article 8 - Acquisition de la qualité d'adhérent participant ou d'ayant droit par le mariage**

Lorsqu'un adhérent se marie, son conjoint peut devenir ayant droit ou adhérent participant, il doit pour cela remplir un bulletin d'adhésion et le présenter à la mutuelle. Il en sera de même pour un concubin, un Pacsé.

### **Article 9 - Acquisition de la qualité d'adhérent participant par l'ayant droit**

Quand un adhérent, à titre individuel ou collectif facultatif, pour quelle que raison que ce soit (décès, départ dans un pays étranger ou autres causes imprévues) perd ses droits ou renonce à son statut, l'ayant droit assuré social obligatoire ou volontaire pourra devenir adhérent. Il ne pourra bénéficier de toute la plénitude de ses droits pour la couverture des bénéficiaires à sa charge que dans la mesure où ces mêmes droits lui seront reconnus par la sécurité sociale.

### **Article 10 - Acquisition de la qualité d'adhérent par l'ayant droit en instance de divorce**

L'ayant droit en instance de divorce, ou divorcé, peut, sur sa demande devenir adhérent participant à titre individuel ou collectif facultatif ; il pourra éventuellement couvrir les enfants qui seraient fiscalement à sa charge avec sa propre cotisation familiale. La régularisation de la situation s'effectuera le mois suivant la réception de cette demande.

### **Article 11- Acquisition de la qualité d'ayant droit au sein du couple**

Lorsque dans une famille l'adhérent et son conjoint ont tous les deux la capacité à être inscrits comme adhérents à titre individuel ou collectif facultatif celui des deux qui désirera passer en catégorie ayant droit le pourra sur sa demande écrite et selon les modalités du contrat de l'adhérent participant.

#### **Article 12 - Conservation de la qualité d'adhérent en cas de départ de l'entreprise**

Tout adhérent à titre collectif facultatif, quittant l'entreprise ayant adhéré aux présents statuts et règlement mutualiste conserve la possibilité de rester adhérent sur simple demande écrite adressée à la mutuelle.

#### **Article 13 - Paiement des cotisations**

En dehors des contrats collectifs d'assurance obligatoire, les adhérents s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle qui est affectée à la couverture des garanties souscrites pour eux-mêmes ainsi que pour leurs ayants droit et assurées directement par la Mutuelle. Les cotisations sont déterminées par le Conseil d'Administration par délégation de l'Assemblée Générale. Elles sont revues et fixées tous les ans et portées à la connaissance des adhérents par l'intermédiaire de l'avis d'échéance annuelle, selon les conditions prévues à l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité.

Les cotisations sont déterminées en fonction de la garantie choisie et varient avec l'âge et l'ancienneté d'adhésion à la mutuelle. Il est tenu compte des notions : adulte et enfant. Sont exonérés d'une demi-cotisation adulte :

- Les mutualistes assurés sociaux qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % de la sécurité sociale au titre de l'invalidité pour tous les actes à l'exception des médicaments dont le taux de remboursement est fixé à 30% et à 15% par l'assurance maladie.
- Les mutualistes assurés sociaux relevant de l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre et assimilés.

Les cotisations des adhérents au titre des contrats collectifs d'assurance obligatoire s'effectuent selon les règles des dits contrats.

#### **Article 14 - Paiement des cotisations par les adhérents honoraires**

Les adhérents honoraires payent une cotisation dont le montant est laissé à leur libre détermination.

#### **Article 15- Nécessité de paiement des cotisations pour bénéficier des prestations de la mutuelle**

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

#### **▪ CONDITIONS DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

#### **Article 16- Modalités de paiement des cotisations**

Les cotisations sont toujours exigibles et dans tous les cas, aucune exonération ne pourra être demandée, sauf dispositions particulières prévues au présent règlement. Les cotisations sont perçues chaque mois et d'avance, de la manière suivante :

- Pour les adhérents participants salariés des entreprises ayant souscrit un contrat groupe à caractère obligatoire, les cotisations seront retenues sur le bulletin de salaire en fin de mois. Le bulletin de salaire fait foi du paiement des cotisations.
- Pour tout autre adhérent participant, elles seront réglées par tout moyen, hors espèces.

L'adhérent participant à titre individuel ou collectif facultatif qui négligerait de payer régulièrement sa cotisation pourra faire l'objet d'une procédure de suspension des garanties puis de résiliation de l'adhésion prévue à l'article L.221-7 du Code de la mutualité.

#### **Article 17 - Cotisations indues**

En cas de réclamation de cotisations indues, l'adhérent se verra appliquer la prescription dérogatoire quinquennale. En toute hypothèse, les adhérents participants sont priés de vérifier chaque mois les retenues de cotisations effectuées sur leur feuille

de paie ou sur leurs relevés bancaires et d'adresser le cas échéant leurs réclamations immédiatement aux services administratifs de la mutuelle.

## ▪ CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

### **Article 18 - Paiement des prestations**

Les prestations sont servies dès la prise d'effet de l'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation et à condition que la date des soins et la date de survenance des événements (allocation maternité) soient postérieurs à la prise d'effet de l'adhésion. Ne sont pas pris en charge les séjours en établissement hospitalier ou clinique (frais de séjours, forfait journalier, honoraires, chambre particulière...) dont le premier jour se situe avant la date d'effet de l'adhésion. Les prestations garanties sont servies conformément à celles choisies sur le bulletin d'adhésion. Elles sont limitées aux frais réellement engagés, en tenant compte de l'intervention du régime obligatoire et de tout autre organisme complémentaire dont bénéficie également l'adhérent.

Sont pris en charge par la mutuelle, en fonction des garanties et limites précisées au descriptif de la garantie choisie, les frais de soins de santé ayant donné lieu à remboursement préalable par le régime obligatoire d'assurance maladie. Sont également couvertes les prestations ne donnant pas lieu à une prise en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire et indiquées expressément au descriptif de la garantie choisie. Pour ces prestations, la date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés.

Sont exclus :

- les frais de soins qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,
- les frais au titre de l'hospitalisation dans les centres tels que les établissements et services de gériatrie hébergeant des personnes âgées dépendante (EHPAD), les établissements de long séjours, type maisons de retraite ou unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers, des hospices.
- Les maladies, infirmités et blessures résultant d'une faute intentionnelle de l'assuré ou de l'un de ses ayants droit

Lorsqu'un adhérent participant fait adhérer un ayant droit (mariage, concubinage ou PACS) les droits des bénéficiaires sont ouverts immédiatement pour tout risque dont le premier acte médical ne sera pas antérieur à la date de l'adjonction. Tout enfant, d'un adhérent participant naissant, devra obligatoirement être signalé aux services administratifs de la mutuelle par un bulletin de naissance dans le plus bref délai. Les droits de l'enfant seront ouverts immédiatement.

### **Article 19 - Prescription**

Toutes les actions dérivant de l'adhésion au présent règlement, sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. En particulier, les demandes de remboursements doivent parvenir à la mutuelle dans un délai de deux ans à compter du remboursement sécurité sociale ou de la survenance de l'évènement donnant lieu à la prestation.

Tout relevé de prestations payées par la sécurité sociale depuis plus de deux ans ne sera pas remboursé par la mutuelle.

Toutefois, ce délai court :

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

Dans le cas où l'ayant droit ou le bénéficiaire est mineur ou majeur placé sous régime de protection légale, ce délai ne commence à courir qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa pleine capacité juridique.

De plus, quand l'action de l'adhérent participant ou ayant droit ou bénéficiaire 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 participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est porté à cinq ans en cas de cotisations payées à tort par l'adhérent participant ou de prestations indument versées par la mutuelle. Le point de départ de la prescription est alors fixé à la date de paiement ou, en cas de fraude, à la date de sa découverte.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil, soit :

- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- Citation en justice (même en référé),
- Un acte d'exécution forcée tel qu'un commandement ou une saisie, signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire.

La prescription est également interrompue, conformément aux termes de l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, en cas de :

- Désignation d'expert(s) à la suite d'un sinistre,
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par la mutuelle à l'assuré en ce qui concerne le paiement de la prime, par l'assuré à la mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

En application de l'article L.221-12-1 du Code de la mutualité et par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

#### **Article 20 Modalités de paiement des prestations**

Les prestations pour lesquelles la mutuelle a délivré des prises en charge seront payées directement par les soins du service administratif aux spécialistes et établissements ayant signé les conventions passées avec la mutuelle et accepté ce mode de paiement.

#### **Article 21 Conditions de remboursement**

Sauf dans les cas de tiers payant intégral permettant à la mutuelle de s'acquitter directement de la totalité des frais engagés, par l'adhérent ou ses ayants droit et dans les limites prévues au présent règlement, la mutuelle n'intervient qu'après la participation de la caisse d'assurance maladie dont relève l'adhérent. Les remboursements des frais des soins sont alors effectués par la mutuelle au vu des documents transmis par la caisse de sécurité sociale et/ou par le professionnel de santé dans les hypothèses de télétransmission. A défaut de télétransmission, les remboursements sont effectués sur présentation d'un décompte de sécurité sociale accompagné selon les options et les prestations, d'une prescription médicale.

#### **Article 22 Limites de remboursement**

La mutuelle décline toute responsabilité et n'effectuera aucun règlement concernant des opérations pour lesquelles une prise en charge de la mutuelle aurait été utilisée, alors même que l'intéressé n'aurait pas d'ouverture de droits par le régime de sécurité sociale.

#### **Article 23 Obligation d'information de l'adhérent participant**

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification du présent règlement sont portés à la connaissance de chaque adhérent participant, notamment par courrier simple, par mail.

De plus, les modifications relatives aux montants ou taux de cotisations sont récapitulées dans l'avis d'échéance annuel que l'adhérent participant reçoit, en fin d'année, au titre de l'année suivante.



## ▪ CONDITIONS DE DÉMISSION, RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION

### **Article 24 – Démission, Résiliation**

La démission est donnée par lettre recommandée avec accusé de réception ou tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité au Président de la mutuelle, au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre (soit au plus tard le 30 octobre pour le 31 décembre). Elle ne dispense pas du paiement de la cotisation jusqu'à la fin de l'année civile. Elle peut également intervenir à l'issue d'un délai de 20 jours à compter de l'envoi de l'avis d'échéance annuel spécifiant des modifications de garanties et/ou de cotisations conformément à l'article L. 221-10-1 du Code de la mutualité

Enfin, dans le cas où l'adhérent au règlement tacitement reconductible compte au moins une année d'adhésion, sa demande de résiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification même si elle ne respecte pas le délai précité, ne comporte aucun fondement ou repose sur un motif juridique erroné. La demande de résiliation est transmise par l'adhérent du nouvel organisme d'assurance choisi sur support papier ou tout autre support durable. Le nouvel organisme d'assurance choisi en informe alors la Mutuelle par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique qui adresse au adhérent participant un avis de dénonciation. L'adhérent est remboursé du solde des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation, conformément à l'article L. 221-10-2 du code de la mutualité. La démission et la résiliation ne dispensent pas du paiement de la cotisation pour la période pendant laquelle le risque continue de courir jusqu'à leur date d'effet.

Sont également radiés les membres participants dont le contrat a été résilié conformément aux articles L. 221-8, L. 221-10, L. 221-10-1, L. 221-10-2 et 221-17 du Code de la Mutualité.

### **Article 25 – Radiation**

Sont radiés les adhérents qui ne remplissent plus les conditions auxquelles l'article 7 des présents statuts subordonne l'adhésion. Conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, sont radiés les adhérents participants qui n'ont pas payé leurs cotisations dans les 40 jours suivant la réception de la mise en demeure leur demandant le règlement des cotisations arrivées à échéance.

### **Article 26 – Exclusion**

Peuvent être exclus les adhérents qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté, conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité. L'adhérent dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration par lettre recommandée avec accusé de réception pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être néanmoins prononcée par le Conseil d'Administration.

### **Article 27 - Conséquences de la résiliation, de la radiation et de l'exclusion**

La radiation, et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

## ○ OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS

### ▪ Prestations accordées par la mutuelle

#### **Article 28 Engagement de la Mutuelle**

La mutuelle s'engage en faveur de l'amélioration des prestations insuffisamment ou pas remboursées par la sécurité sociale tout en valorisant le réseau mutualiste et conventionné et en participant à la maîtrise des dépenses de santé. Les prestations sont définies et déclinées dans le tableau de garanties adressé chaque année aux adhérents.

#### **Article 29 Contrat responsable**

Les prestations maladie sont servies dans le respect des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale relatives au contrat responsable. Dans le cadre des contrats responsables, la mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire d'un euro pour consultation et actes médicaux dispensés par des médecins généralistes et spécialistes en ville, dans un établissement ou un centre de santé et pour les actes de biologie, et la franchise annuelle visée par l'article L. 322-2 du Code de sécurité sociale.

- La majoration de la participation de l'assuré en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant - article 7 de la Loi 2004 – 810 du 13 août 2004.

- Les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations pour les assurés en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant - article 8 de la Loi 2004 - 810 du 13 août 2004.

- Le ticket modérateur en cas de refus d'accès du professionnel au dossier médical personnel - article 3 de la Loi 2004 -810 du 13 août 2004.

- Le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée - article 6 de la Loi 2004- 810 du 13 août 2004.

Les garanties respectent l'ensemble des règles du contrat responsable, sauf dispositions particulières expressément prévues aux dites garanties.

Les montants et pourcentages communiqués dans le tableau de garanties sont fixés en application de la législation en vigueur à la date des soins, tarif conventionnel ou tarif de responsabilité ou tarif d'autorité. Les adhérents participants et ayants droits bénéficient des prestations figurant dans la notice des garanties souscrites en complément de la sécurité sociale.

#### **Article 30**

Article supprimé

#### **Article 31 – Action et Fonds d'action sociale**

Les prestations accordées revêtent un caractère accessoire. Elles sont délivrées de façon exceptionnelle et sous conditions définies par la Commission d'Action Sociale et approuvées par le Conseil d'Administration.

Un fonds d'action sociale est créé dans le but d'aider à titre exceptionnel les adhérents participants et leurs ayants droit. Les sommes destinées à alimenter ce fonds sont votées lors de l'établissement du budget annuel de la Mutuelle et approuvées en Assemblée Générale. L'octroi des aides relève de la compétence de la commission d'action sociale qui a reçu délégation du conseil d'administration. Cette commission intervient dans le cadre du règlement intérieur approuvé par le Conseil d'administration.

### **Article 32 - Allocation maternité**

Une allocation maternité, dont le montant est déterminé par la Commission d'action Sociale selon le contrat santé de l'adhérent pour chaque naissance d'un enfant ayant droit de l'adhérent participant. Cette allocation égale à un pourcentage du forfait accouchement simple (ou gémellaire) prévu à la nomenclature sécurité sociale peut être versée au adhérent participant, pour venir en aide au règlement des éléments de confort. Le versement de l'allocation naissance est conditionné par la déclaration de(s) enfant(s) en qualité d'ayants droit et par le solde suffisant du budget de l'action sociale.

### **Article 33 Reste à charge**

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

### **Article 34 Changement de garanties**

L'adhésion à la mutuelle est annuelle. L'engagement du mutualiste dans une garantie spécifique s'entend pour l'année civile. Le changement de garantie peut s'effectuer en cours d'année, il engage l'adhérent dans la nouvelle garantie pour une année. La demande de changement de garantie ne pourra intervenir moins de 12 mois après la date d'adhésion ou la date du précédent changement de garantie. L'adhésion est renouvelable par tacite reconduction pour une nouvelle période de 12 mois conformément aux dispositions de la loi n°2005- 67 du 28 janvier 2005 dite « Loi Châtel ».

### **Article 35 Subrogation**

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. L'adhérent ou l'un de ses ayants-droits doit faire une déclaration d'accident à sa mutuelle le plus rapidement possible.

### **Article 36 - Informatique et liberté**

Conformément au Règlement européen sur les données personnelles n° 2016/679 du 27 avril 2016 applicable le 25 mai 2018 complétant la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, la mutuelle est responsable du traitement de l'ensemble des opérations d'assurances et activités annexes pour lesquelles elle intervient comme acteur économique et doit tenir un registre ou une documentation interne complète recensant tous les traitements de données personnelles. Les données relatives aux adhérents participants et honoraires constituent des informations personnelles nominatives et sont protégées à ce titre par les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relatives à l'informatique, aux fichiers et libertés.

La Mutuelle veille à ce que les adhérents participants consentent de manière claire et non équivoque, préalablement à l'adhésion, à la collecte puis au traitement de leurs données personnelles. La Mutuelle les informe de la finalité et de la base juridique du traitement (caractère réglementaire ou contractuel), des destinataires identifiés des données, de la durée de conservation des données et des modalités d'exercice des droits des adhérents concernés par le traitement à savoir, le droit d'accès, le droit de rectification et d'opposition, le droit à la portabilité des données en cas de changement d'organisme d'assurance ainsi que le droit à l'oubli qui peuvent être adresser, accompagner d'une copie du titre d'identité, à l'adresse suivante : MFTSV, Rond-point René RAVAUD – CS 10165 REAU 77551 MOISSY-CRAMAYEL Cedex. La mutuelle met en place des procédures internes permettant d'assurer la protection des données dès la conception des traitements.

Elle met en place un dispositif lui permettant de notifier à la CNIL la survenance d'une violation des données engendrant un risque pour les droits et libertés des personnes physiques.

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle, conformément à son objet. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une utilisation, d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. La Mutuelle s'engage à respecter toutes les obligations de cette loi et à ne pas utiliser les fichiers à d'autres fins que celles résultant de l'application des statuts, du règlement intérieur et des règlements mutualistes.

### **Article 37 - Protection des données à caractère personnel**

Les données relatives aux adhérents, leurs ayants droits éventuels et adhérent honoraire/adhérent participant, constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre par le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (ci-après, « RGPD »), ainsi que par la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Dans le cadre de ses activités, la MFTSV met en œuvre des traitements de données à caractère personnel de ses adhérents, leurs ayants droit éventuels et adhérents honoraires/adhérents participants en qualité de responsable de traitement.

Le traitement des données à caractère personnel, est nécessaire, selon les traitements réalisés, aux finalités suivantes :

- La souscription, la gestion et l'exécution des contrats, et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) de l'adhérent ou de ses ayants droit éventuel et adhérents honoraires/adhérents participants pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé
- L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux
- L'élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
- L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'adhérent
- La prospection commerciale, dans les conditions fixées par la réglementation, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres
- Toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Le défaut de fourniture des données sollicitées aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent, ses ayants droit éventuels et adhérents honoraires/adhérents participants peuvent faire l'objet d'une dématérialisation.

En outre, la MFTSV étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent, ses ayants droit éventuels et adhérents honoraires/adhérents participants pour vérifier ou être amenée à compléter leur dossier.

Les destinataires des données de l'adhérent, de leurs ayants droit éventuels et des adhérents honoraires/adhérents participants, peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et uniquement dans le cadre de la réalisation des finalités susmentionnées : le personnel de la mutuelle, (le cas échéant de sa garante), ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités. Les données à caractère personnel collectées, peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

La MFTSV s'engage à ce que les données à caractère personnel qu'elle collecte ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données à caractère personnel traitées.

La MFTSV s'engage à ce que les données à caractère personnel collectées ne soient pas conservées plus longtemps que nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées. Les données à caractère personnel des adhérents, leurs ayants droits éventuels et des adhérents honoraires/adhérents participants seront ainsi conservées pendant la durée de la relation contractuelle, puis conformément aux obligations légales de conservation/référentiel des durées de conservation MFTSV.

Conformément aux dispositions du RGPD et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, l'adhérent, leurs ayants droit éventuels et les adhérents honoraires/adhérents participants, disposent d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de leurs données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données les concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de leurs données après leur décès.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent, ses ayants droit éventuels et les adhérents honoraires/adhérents participants, peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière. Toute demande d'exercice de ces droits peut être envoyée à Mutaero (garante) à l'adresse à dpo@mutaero.net ou Mutaero – A l'attention du référent DPO – 34 bd Riquet – CS 21504 – 31015 TOULOUSE CEDEX 6.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent, leurs ayants droit éventuels ou les adhérents honoraires/adhérents participants peuvent également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale et Libertés (CNIL), autorité française de protection des données, sise 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07, par courrier postal ou au +33 (0)1 53 73 22 22.

## • RÈGLEMENT INTÉRIEUR

### ○ *ADMISSION – CONDITIONS D'ADHÉSION*

#### **Article 1**

Toute personne qui désire faire partie de la mutuelle à titre d'adhérent participant devra remplir les conditions prévues à l'article 7 des statuts. L'adhésion prendra effet à compter du premier jour du mois qui suit la date d'arrivée dans les services du bulletin d'adhésion. Le paiement des prestations ne peut prendre effet qu'à compter de la date d'adhésion. Tout mois entamé est dû.

Toutefois, dans l'hypothèse où le contrat entre l'adhérent participant et la Mutuelle a été conclu à distance, conformément aux dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, celui-ci dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer.

Ce délai commence à courir soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'adhérent participant reçoit par écrit ou sur un autre support durable les conditions d'adhésion et les informations mentionnées à l'article L.121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée précédemment. Il lui suffit, pour

Rédacteur : Bernard ROUX Patrick DURAND Xavier PAGES

MFTSV Statuts

MFTSV001-01

03/06/2021

ce faire, d'envoyer au siège social de la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser le numéro de la catégorie) et demande à recevoir le remboursement des cotisations déjà versées dans un délai de 30 jours calendaires ».

De plus, conformément aux dispositions de l'article L. 221-18-1 du code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Il lui suffit, pour ce faire, d'envoyer au siège social de la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser le numéro de la catégorie) et demande à recevoir le remboursement des cotisations déjà versées dans un délai de 30 jours calendaires »

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion.

En signant son bulletin d'adhésion, le postulant s'engage pour lui-même et sa famille à respecter les statuts, le règlement mutualiste et le règlement intérieur de la mutuelle, à se soumettre à toutes les obligations à sa charge en découlant. La perception des cotisations se fera suivant les modalités définies à l'article 12 du Règlement Mutualiste.

#### ○ *SUBSTITUTION*

#### **Article 2**

Toute opération de substitution décidée par l'Assemblée Générale donnera lieu à l'établissement d'une convention de substitution. Cette convention fixera les relations entre la mutuelle substituant et la mutuelle substituée.

#### ○ *RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU BUREAU*

#### **Article 3**

Les réunions du bureau ainsi que celles du Conseil d'Administration auront lieu de préférence dans les locaux de la mutuelle.

#### **Article 4**

Ces réunions feront l'objet de convocations envoyées par le Président cinq jours avant la date de la réunion sauf cas d'urgence apprécié souverainement par le Président. Les convocations du Conseil d'Administration seront établies avec un ordre du jour.

#### **Article 5**

Les délibérations du Conseil d'Administration respecteront un ordre du jour établi. Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses adhérents est présente. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé, de préférence par le Conseil d'Administration suivant.

#### **Article 6**

Le Président ou le représentant de la mutuelle substituante peuvent assister aux séances du Conseil d'Administration. Ils sont convoqués aux Conseils d'Administration dans les mêmes conditions que les autres Administrateurs et reçoivent les mêmes documents qu'eux.

## ○ *ASSEMBLÉE GÉNÉRALE*

### **Article 7 Ordre du jour**

Lors de chaque Assemblée, le Président suit l'ordre du jour établi préalablement par le Conseil d'Administration. Une proposition soutenue par le quart au moins des adhérents délégués devra être portée à la connaissance du Président cinq jours au moins avant l'Assemblée Générale afin que celui-ci puisse la porter à l'ordre du jour.

### **Article 8 Elections de délégués**

Les élections de délégués ont lieu à bulletins secrets selon le mode de scrutin suivant :

- il est procédé à l'élection des délégués par correspondance et/ou par voie électronique. L'Assemblée Générale est composée de 36 délégués au maximum, élus par les Sections de vote proportionnellement aux adhérents participants. Chaque délégué dispose d'une voix à l'Assemblée Générale.

### **Article 9 Droit de vote**

Seuls les adhérents participants ont le droit de vote. L'organisation et les modalités pratiques du vote par correspondance pour l'élection des délégués par section de vote sont définies par le Conseil d'Administration, conformément au Code de la Mutualité. Il en va de même pour l'organisation et les modalités pratiques du vote par voie électronique.

### **Article 10 Procès-verbal**

A chaque Assemblée Générale, le Président fait sanctionner le procès-verbal de la précédente Assemblée Générale. Un compte rendu de l'Assemblée Générale est publié dans la revue trimestrielle de la mutuelle qui suit l'Assemblée Générale.

### **Article 11 Déroulement de l'AG**

Le Président accorde la parole à tout délégué qui la demande ; il a le droit de la retirer à ceux qui sortiraient du sujet inscrit à l'ordre du jour ou qui prononceraient des paroles susceptibles de troubler l'ordre de l'Assemblée. Tout délégué qui trouble le cours des séances est tenu de quitter l'Assemblée.

### **Article 12 Vote par procuration**

Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut voter par procuration.

## ○ *CONSEIL D'ADMINISTRATION*

### **Article 13 Election des Administrateurs**

- En cas d'égalité parfaite du nombre de voix obtenues, l'administrateur le plus jeune sera élu.
- Les administrateurs sont élus parmi les adhérents participants ayant fait acte de candidature dans les conditions prévues par les présents statuts. Pour les mutuelles substituées : le Président ou le représentant de chaque mutuelle substituée peut assister sur invitation aux Conseils d'Administration.

#### **Article 14 Candidatures**

Tout adhérent remplissant les conditions prévues à l'Article 13 des Statuts, qui désirerait présenter sa candidature lors de l'élection des adhérents du Conseil d'Administration devra en adresser la demande par lettre au Président, au plus tard trente jours avant l'Assemblée Générale. Le Conseil d'Administration est élu à bulletin secret par l'Assemblée Générale.

#### **Article 15 Commissions**

Le Conseil d'Administration peut créer et clore, sous proposition du président, toute commission, comité ou groupe de travail qu'il juge utile au bon fonctionnement de la mutuelle. Les commissions sont composées principalement d'administrateurs de la mutuelle ainsi que de délégués. Il existe notamment :

-Commission de direction ou Bureau de la Mutuelle

- Commission des statuts et règlements
- Commission de la communication,
- Commission d'action sociale,
- Commission prévention,
- Commission prestations cotisations, finances
- Commission formation,

Le Président est adhérent de droit de toutes les commissions, il préside la commission de direction qui le conseille dans la gestion de la mutuelle

#### **○ STATUTS, RÈGLEMENTS ET MÉDIATION**

#### **Article 16 Cas non prévus**

Dans tous les cas non prévus par les statuts, le règlement mutualiste et le règlement intérieur, le Conseil d'Administration statuera par vote définitivement et sans appel. Ces décisions seront portées à la connaissance des intéressés par note écrite.

#### **Article 17 Modification du règlement**

En cas de modification du règlement intérieur, le Conseil d'Administration portera ces modifications à la connaissance des mutualistes par tout moyen à sa convenance. Les décisions prises devront être ratifiées par la prochaine Assemblée Générale.

#### **Article 18 Traitement des litiges**

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et des règlements ou en cas de litiges survenant entre l'adhérent et la mutuelle dans l'application des contrats, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur. Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser à :

Monsieur le Médiateur  
Fédération Nationale de la Mutualité Française  
Service du Médiateur 255 Rue de Vaugirard 75719 - Paris cedex 15

Toutefois, afin de faciliter la relation entre la Mutuelle et l'adhérent, le Conseil d'Administration désigne un référent que tout adhérent peut consulter s'il le souhaite, à défaut, le président.

Le réclamant bénéficiaire d'un contrat « SAFRAN » peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à son interlocuteur habituel ou à la mutuelle, en écrivant à l'adresse suivante :



Médiateur de la consommation auprès de la Mutuelle HARMONIE MUTUELLE - 23 Boulevard Jean Jaurès - 45025 Orléans Cedex ;  
ou à l'adresse email suivante : [mediation@harmonie-mutuelle.fr](mailto:mediation@harmonie-mutuelle.fr) ;  
ou sur le site internet : [mediation.harmonie-mutuelle.fr](http://mediation.harmonie-mutuelle.fr).

**Article 19**

Le présent règlement, ainsi que les statuts et le règlement mutualiste seront imprimés en nombre suffisant pour que chaque mutualiste en soit pourvu, afin qu'il connaisse ses droits et les devoirs qu'il a à remplir et n'en prétexte l'ignorance. De plus les présents statuts et règlements ont consultables sur le site internet de la mutuelle.

Le Président Bernard ROUX

Le vice-président chargé de l'institutionnel, Patrick DURAND