

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

Néoliane
Sant€co

Bien protégé en cas d'imprévu !



**NOTICE
D'INFORMATION**

N° MBSANTE2020NI

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

 **MUTUELLE
Bleue**
PRÉVOYANCE - SANTÉ - ASSURANCE

Souscription possible jusqu'à 89 ans inclus à l'adhésion

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO). Les forfaits exprimés en euros s'entendent en complément du Régime Obligatoire d'assurance maladie, par assuré.

	HOSPITALISATION (1)					
	HOSPITALISATION (1)					
Forfait journalier hospitalier	Frais réels					
Frais de séjour (2) - Limités à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion	Frais réels					
Honoraires						
Chirurgie et anesthésie pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO* - Limités à 100% durant les 3 premiers mois d'adhésion	150%	300%	400%	100%	300%	400%
Chambre particulière (3) - Non remboursée durant les 3 premiers mois d'adhésion	40€ / jour	75€ / jour	90€ / jour	45€ / jour	75€ / jour	90€ / jour
Lit accompagnant enfant et adulte - Non remboursé durant les 3 premiers mois d'adhésion	5€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour
SOINS COURANTS						
Honoraires						
Médecins généralistes et spécialistes adhérents et non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO*	-	-	-	100%	150%	250%
PHARMACIE						
Médicaments	-	-	-	100%	100%	100%

DENTAIRE

 Néoliane Santéco ne prend pas en charge le remboursement des frais dentaires.

OPTIQUE

 Néoliane Santéco ne prend pas en charge le remboursement des frais optiques.

SERVICES

Assistance incluse - IMA (aide à domicile, livraison de médicaments, soutien psychologique...)

Bénéficiez de l'assistance dès la prise d'effet de votre contrat

Tiers payant - Viamedis

Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé

MédecinDirect et Deuxièmeavis.fr

Services inclus et disponibles dès la prise d'effet de votre contrat

L'Organisme assureur des garanties santé est MUTUELLE BLEUE.

Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro. Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné lieu à un remboursement du régime obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

(1) L'hospitalisation est prise en charge dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux (dont les maisons d'accueil spécialisée), à l'exception des unités ou centres de soins de longue durée (USLD). Un délai de carence de 3 mois est établi sur le poste hospitalisation, sauf en cas d'accident. Pendant ce délai, les garanties honoraires et frais de séjour seront remboursés à hauteur du Ticket modérateur et les forfaits chambre particulière et lit accompagnant seront nuls.

Un délai de carence de 12 mois est établi pour les frais engagés dans un Centre de convalescence.

(2) Les frais de séjour sont limités à 400% BR en hospitalisation non conventionnée.

(3) La chambre particulière est prise en charge pour une durée limitée de 90 jours, par an et par bénéficiaire pour toutes les formules.

* Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO.

Les informations présentes dans les renvois sont extraites de la Notice d'information, elles ne sauraient s'y substituer.

Abréviations : BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, RO = Régime Obligatoire (Sécurité Sociale), TM = Ticket Modérateur, OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Ces exemples sont conformes aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019. Les calculs effectués sont en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur depuis le 01/01/2020.

Les exemples de remboursements ci-dessous n'ont pas de valeur contractuelle. Ils s'adressent à un bénéficiaire adulte résidant en France métropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire).



HOSPITALISATION

		HOSPICO	H1	H2	N1	N2	N3
Forfait journalier hospitalier	DÉPENSE	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT DU RO	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	RESTE À CHARGE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	83,30 €	83,30 €	83,30 €	0 €	83,30 €	83,30 €
	RESTE À CHARGE	24 €	24 €	24 €	107,30 €	24 €	24 €
Honoraires du chirurgien avec dépassements honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	DÉPENSE	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €
	REMBOURSEMENT DU RO	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	135,85 €	159,30 €	159,30 €	0 €	159,30 €	159,30 €
	RESTE À CHARGE	47,45 €	24 €	24 €	183,30 €	24 €	24 €

SOINS COURANTS

		HOSPICO	H1	H2	N1	N2	N3
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	DÉPENSE	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
	REMBOURSEMENT DU RO	-	-	-	16,50 €	16,50 €	16,50 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	-	-	-	7,50 €	7,50 €	7,50 €
	RESTE À CHARGE	25 €	25 €	25 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	REMBOURSEMENT DU RO	-	-	-	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	-	-	-	9 €	9 €	9 €
	RESTE À CHARGE	30 €	30 €	30 €	1 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
	REMBOURSEMENT DU RO	-	-	-	20 €	20 €	20 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	-	-	-	9 €	23 €	23 €
	RESTE À CHARGE	44 €	44 €	44 €	15 €	1 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres non adhérent OPTAM/OPTAM-CO	DÉPENSE	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €
	REMBOURSEMENT DU RO	-	-	-	15,10 €	15,10 €	15,10 €
	REMBOURSEMENT NÉOLIANE SANTÉCO	-	-	-	6,90 €	18,40 €	39,90 €
	RESTE À CHARGE	56 €	56 €	56 €	34 €	22,50 €	1 €

LES SERVICES INCLUS

DANS VOTRE CONTRAT

PROFITEZ D'UNE ASSISTANCE COMPLÈTE DÈS LA PRISE D'EFFET DE VOTRE CONTRAT...

À TOUT MOMENT :

- ✓ Conseil social
- ✓ Informations juridiques et médicales
- ✓ Recherche médecins, infirmière, intervenant médical
- ✓ Mise en relation avec un prestataire de services à domicile

EN CAS DE DÉCÈS :

- ✓ Aide à la recherche d'un prestataire funéraire
- ✓ Accompagnement suite au décès
- ✓ Aide aux démarches administratives
- ✓ Avance de fonds

EN CAS D'HOSPITALISATION ET D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE :

- ✓ Aide à domicile
- ✓ Présence d'un proche
- ✓ Prise en charge des animaux domestiques
- ✓ Livraison de médicaments

Inter Mutuelles Assistance (IMA) vous accompagne également en cas d'événements traumatisants et en cas de radiothérapie et chimiothérapie.



24H/24 7J/7
☎ 05 49 76 66 30

... ET DE MÉDECINDIRECT & DEUXIÈMEAVIS.FR

Pour mieux vous accompagner à chaque instant, Néoliane vous offre deux services médicaux complémentaires et gratuits : **MédecinDirect** et **Deuxièmeavis.fr**

Dès la validation de votre contrat santé, vous recevrez un email et un SMS avec votre code d'activation pour créer vos comptes ; vous pourrez bénéficier de ces services dès la prise d'effet de votre contrat.



à vos côtés, où que vous soyez

Bénéficiez d'un service de téléconsultation, accessible 24/7 et vous permet de consulter des médecins généralistes ou spécialistes.

COMMENT POSER VOTRE QUESTION ?



OU



Sur la plateforme MédecinDirect avec les identifiants fournis par Néoliane

Via l'application mobile MédecinDirect

Vous pouvez bénéficier d'une assistance par téléphone en appelant le **09 74 59 51 10**



des experts pour éclairer vos décisions de santé

Obtenez un 2ème avis médical en ligne en moins de 7 jours, auprès de médecins experts et reconnus, sur plus de 300 pathologies graves ou invalidantes.

COMMENT ÇA MARCHE ?



Je récupère mon dossier médical et j'accède à mon compte sur deuxièmeavis.fr



Je complète un questionnaire personnalisé et transmets mes examens médicaux



Sous 7 jours, j'obtiens l'avis rédigé du médecin après analyse de mon dossier

Un service patient est là pour vous accompagner !
Du lundi au vendredi de 10h à 19h : **01 81 80 00 48**

Statuts constitutifs

Le 10 juillet 2012

Modifiés par l'Assemblée Générale mixte du 10 août 2016

TITRE I

Formation - Dénomination - Durée - Objet Composition - Siège Social

Article 1. Constitution

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

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

Elle est constituée pour une durée illimitée.

Article 2. Objet

L'Association GPST a pour objet :

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

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

Article 3. Membres

L'Association se compose de plusieurs catégories de membres :

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

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

La qualité de membre de l'Association s'acquiert par adhésion aux présents Statuts. Elle se perd par démission, décès, radiation sur décision du Conseil d'Administration pour non règlement des cotisations ou pour motifs graves. La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale.

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

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

Article 4. Siège social

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

TITRE II Administration

Article 5. Composition du Conseil d'Administration

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

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

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

Les Administrateurs sont élus pour une durée de 5 ans et sont rééligibles. En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire par les soins du Conseil. Il est procédé à son remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du conseil à ses administrateurs. Le président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

Il informe également l'Assemblée Générale de toute rémunération versée par l'entreprise d'assurance à un ou à plusieurs membres du Conseil d'Administration et liée au montant de cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.

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

Article 6. Membres du Bureau

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

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

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

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

Article 7. Fonctionnement du Conseil d'Administration

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un Secrétaire Général de l'Association et un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association.

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

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

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

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

Article 8. Pouvoirs du Conseil d'Administration

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

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

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

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

Article 9. Représentation en justice

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

TITRE III Assemblées générales ordinaires et extraordinaires

Article 10. Composition des Assemblées

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

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

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

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

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

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

Article 11. Convocation – Quorum

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 12. Composition du bureau de l'Assemblée Générale

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

Article 13. Procès-verbal

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

Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

Article 14. Assemblée Générale Extraordinaire

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

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

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

Article 15. Assemblée Générale Ordinaire

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

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

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

Article 16. Règlement Intérieur

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

TITRE IV Ressources – Dépenses – Comptes

Article 17. Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

- des droits d'adhésion et cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ; et
- des revenus ou bénéfices sur réalisation des valeurs provenant de l'emploi de ses fonds.

Article 18. Dépenses

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

- toutes les sommes destinées à faire face aux charges résultant de son fonctionnement ;
 - toutes sommes engagées pour la réalisation de son objet social et notamment les cotisations et subventions aux organismes poursuivant des buts en rapport avec cet objet social.
- Les dépenses sont engagées par le Président, par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

Article 19. Comptes annuels

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

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

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

Article 20. Commissaires aux comptes

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

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

TITRE V Dissolution – Divers

Article 21. Dissolution de l'Association

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

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

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES

EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Ce que vous devez savoir avant de vous engager

Le Contrat « Néoliane SantÉco » est un Contrat Collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association GPST (Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous) auprès de Mutuelle Bleue, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, située au 68 rue du Rocher – CS 60075 – 75396 Paris Cedex 08, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n°775 671 993, distribué par Néoliane Santé et géré par Mutua Gestion.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest– 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de Mutuelle Bleue. Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat.

La cotisation annuelle est calculée en fonction du niveau de garanties souscrit, du nombre d'Assuré au contrat ainsi que leur âge, calculé par différence de millièmes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée, du régime d'affiliation de l'Adhérent (régime général ou régime local d'Alsace Moselle) ainsi que de la zone d'habitation de l'Adhérent.

Le Contrat prévoit (article 2 de la Notice d'information), le remboursement de tout ou une partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie maternité français.

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

Les exclusions prévues par le Contrat sont mentionnées par l'article 8 de la Notice d'Information.

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

L'adhésion s'entend à compter de la date d'effet et pendant un an jusqu'à sa date d'anniversaire, puis se renouvelle par tacite reconduction jusqu'au 31 décembre l'année en cours. Il est ensuite reconduit annuellement, selon les mêmes modalités, le 31 décembre de chaque année.

La cotisation est payable d'avance. L'Adhérent peut opter pour un paiement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel.

Il dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

On entend par vente à distance le Contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment de vente par correspondance ou internet).

Conformément à l'article L.221-18 du code de la mutualité, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir soit à partir de la date de signature de votre contrat, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un Sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

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

www.neoliane.fr/service-client, rubrique « je souhaite résilier ou me rétracter »

ou envoyée à l'adresse suivante :

NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE
455 promenade des anglais, Imm. Nice Plaza 5ème
06200 NICE

Si vous avez demandé que votre contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, nous pourrions conserver une fraction de la cotisation que vous avez réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation peut être faite suivant le modèle exemple de lettre inclus ci-dessous.

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

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

Les relations précontractuelles et contractuelles avec Mutuelle Bleue sont régies par le droit français. Mutuelle Bleue s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du Contrat.

En cas de difficultés liées à l'application de la présente Notice, l'Adhérent peut contacter le Gestionnaire selon les modalités détaillées à l'article 10.3 de la présente Notice d'information, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet sera supporté par l'Adhérent et ne pourra faire l'objet d'aucun remboursement.

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

En cas de réponse non satisfaisante, l'Adhérent peut adresser une réclamation par écrit, au Gestionnaire, lequel s'engage à accuser réception et à apporter une réponse dans les meilleurs délais et ce, à l'adresse suivante :

neoliane@owliance.com

OU

CENTRE DE GESTION NÉOLIANE
BP 90051 – 31602 Muret CEDEX

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

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

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

Site internet : www.mediateur-mutualite.fr

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

NOTICE D'INFORMATION

GARANTIE NÉOLIANE SANTÉCO N° MBSANTE2020NI

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance Frais de santé Néoliane SantéCo est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative. Ce contrat est dénommé ci-après le « contrat groupe ».

Ce contrat groupe, référencé MBSANTE2020NI est souscrit par l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous, ci-après dénommée l'« ASSOCIATION GPST », association régie par la loi du 1er juillet 1901 – 38-40, avenue des Champs-Élysées 75008 Paris, auprès de MUTUELLE BLEUE, au profit de ses adhérents.

L'Association GPST ou Néoliane Santé remet aux adhérents la présente Notice d'information présentant, notamment, les garanties couvertes par le Contrat d'assurance Néoliane SantéCo.

Le distributeur des garanties Frais de Santé est **NÉOLIANE SANTÉ** - 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème – 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.oriass.fr) (ci-après désignée « Néoliane Santé »).

L'organisme assureur et co-concepteur des garanties Frais de Santé est MUTUELLE BLEUE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, domiciliée 68 Rue du Rocher, CS 60075 - 75396 PARIS Cedex 08, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993 (ci-après désignée la « Mutuelle »).

La Mutuelle délègue la gestion des garanties au gestionnaire **MUTUA GESTION**, 187 avenue Jacques Douzans - BP 90051-31600 Muret Cedex, immatriculée au RCS de TOULOUSE sous le numéro 788998078 et inscrit à l'Orias sous le numéro 13007119, ci-après dénommé le « gestionnaire » ou « Centre de gestion Néoliane ».

Le co-concepteur des garanties Frais de Santé est **GRUPE SANTIANE HOLDING (GSH)** - société par actions simplifiée au capital de 455 524 €, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le n° 812 962 330, n° ORIAS 19 004 119, dont le siège social est situé au 38 avenue des Champs Elysées – 75008 Paris, intervient en qualité de co-courtier de Néoliane Santé.

Avant son adhésion, les documents suivants sont remis à l'Adhérent :

- La présente Notice d'information et l'IPID, qui définissent les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,
- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.
- Les statuts de l'association GPST
- Les statuts Mutuelle Bleue

Le Contrat est régi par le Code de la mutualité et est soumis à la loi française. Toute action judiciaire afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français. Mutuelle Bleue, Néoliane Santé et le Gestionnaire s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

Les garanties proposées ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide dit « Contrats responsables » issue de l'article 57 de la Loi n°2008-810 du 13 août 2004 et ses décrets d'application. À ce titre, ce contrat ne permet pas de bénéficier des avantages sociaux et fiscaux liés aux « Contrats responsables ».

ARTICLE 1. DÉFINITIONS

Adhérent : Les Adhérents sont des personnes physiques qui bénéficient des prestations de la Mutuelle et en ouvrent le droit à leurs Ayants droit dans les conditions de l'article 6 de la présente Notice. L'Adhérent acquiert la qualité de Membre participant de la Mutuelle.

Assurés : Personnes physiques habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhérent lui-même et le ou les Ayants droit désigné(s) par celui-ci le cas échéant.

Ayants droit : Sont considérés comme Ayants droit :

- le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'Adhérent et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'Adhérent et de son concubin, devra être adressée au Gestionnaire et

renouvelée annuellement ;

- le co-contractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- à la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'Adhérent et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux ;
- les enfants à charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la Sécurité sociale jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28ème anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur à quatre-vingt (80) % et ne percevant pas l'allocation d'adulte handicapé, en contrat de qualification, d'adaptation, d'orientation ou d'insertion.

Hospitalisation : Au sens du présent contrat, est considéré comme Hospitalisation tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé en France ou à l'étranger suite à une Maladie, un Accident ou une maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Il est précisé que ne sont garanties par le contrat que les Hospitalisations effectuées dans un établissement hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à savoir les établissements hospitaliers ou médico-sociaux, à l'exclusion des unités ou centres de soins de longue durée.

Accident : Par « Accident », il faut entendre toute atteinte ou lésion corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Assuré. Ne sont pas considérés comme Accidentel : les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux.

Centre de convalescence : Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

Délai de carence : Période pendant laquelle l'Adhérent ne bénéficie pas de la garantie prévue au Contrat.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) : Terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant souscrit à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie d'Obstétrique (OPTAM-CO). L'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO visant de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

Régime Obligatoire (RO) : Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés l'Adhérent et ses Ayants droit.

Télétransmission : Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'information automatisé entre les caisses d'assurance maladie et la Mutuelle. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à la Mutuelle sans que l'Adhérent n'ait besoin de lui adresser.

Ticket Modérateur (TM) : Fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'Assuré, après l'intervention de Sécurité sociale français obligatoire.

Tiers Payant (TP) : Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux. Il est matérialisé par une carte Vitale qui atteste des droits de l'Adhérent à l'assurance maladie. La Mutuelle délivre à l'Adhérent une carte de Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.

ARTICLE 2. OBJET DU CONTRAT

2.1 Les garanties

Le Contrat « Néoliane SantéCo » a pour objet le remboursement de tout ou une partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en cas d'Accident, de Maladie ou de maternité, en complément des remboursements effectués par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie maternité français.

2.2 Les services non assurés par la Mutuelle

Les services d'assistance inclus dans la garantie sont assurés par un prestataire dont les coordonnées figurent dans les Conditions Générales, figurant en annexe de la présente notice.

IMA ASSURANCES
24h/24
Tél : 05 49 76 66 30

Les services assurés par le prestataire susvisé sont susceptibles d'être modifiés et/ou remis en cause par ce dernier.

ARTICLE 3. CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer au Contrat, les personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- Être Adhérentes à l'Association GPST, dont les frais d'adhésion seront prélevés mensuellement. À ce titre, l'Adhérent recevra une copie des statuts de l'Association ;
- Relever d'un Régime Obligatoire français ;
- Être âgées à la date de signature de la Demande d'adhésion entre dix-huit (18) ans minimum et quatre-vingt-neuf (89) ans inclus, l'âge étant calculé par différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée ;
- Être résident en France métropolitaine (Corse incluse) ou dans les DROM-COM.

Le prospect après avoir reçu et pris connaissance du devis, de la Notice d'information, de l'IPID/ DIC et du tableau de garanties, remplira avec soin une Demande d'adhésion. Cette demande est transmise au Gestionnaire. L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature de ladite Demande par laquelle l'Adhérent manifeste expressément sa volonté de bénéficier des prestations garanties, pour lui-même, et le cas échéant pour ses Ayants droit. L'Adhérent signe pour ses Ayants droit.

La signature de la Demande d'adhésion emporte acceptation des dispositions de la présente Notice et des statuts de la Mutuelle. L'Adhérent reconnaît en avoir pris connaissance avant la signature de la Demande d'adhésion.

La Mutuelle délivre une carte de Tiers Payant santé à l'Adhérent qui lui permet, ainsi qu'à ses Ayants droit le cas échéant, de bénéficier du Tiers Payant, tel que défini à l'article 1 de la présente Notice. Les modalités de fonctionnement de la carte, les prestations couvertes, les dates d'ouverture et de clôture des droits, les personnes concernées et les droits d'utilisation sont précisés sur la carte. La carte de Tiers Payant santé ne sera délivrée que pour les Adhérents à jour de leur cotisation.

ARTICLE 4. COTISATIONS

4.1 Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation, fixé à la souscription, est calculé en fonction des éléments suivants :

- Du niveau de garanties souscrit ;
- Du nombre d'Assuré au contrat ainsi que leur âge, calculé par différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée ;
- Du régime d'affiliation de l'Adhérent (régime général ou régime local d'Alsace Moselle) ;
- De la zone d'habitation de l'Adhérent.

En tout état de cause, le montant de la cotisation ne dépend pas de l'état de santé des Assurés.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. La cotisation totale est due par l'Adhérent et est fixée au Certificat d'adhésion.

4.2 Dates et modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est à payer au plus tard dix (10) jours après la date d'effet indiquée au Certificat d'adhésion. La cotisation est payable selon les modalités choisies par l'Adhérent et figurant sur le Certificat d'adhésion : mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

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

À chaque échéance, l'Adhérent reçoit un appel de cotisation. L'Adhérent a la possibilité, à chaque échéance annuelle du Contrat et sous condition d'en avoir fait la demande écrite auprès du Gestionnaire deux (2) mois auparavant, de modifier le mode de paiement et le fractionnement de la cotisation.

4.3 Résiliation pour défaut de paiement

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de leur échéance, le Gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre de mise en demeure par courrier recommandé avec avis de réception l'informant que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties du Contrat.

L'exclusion de l'Adhérent ne peut intervenir, à défaut de paiement, que dans les quarante (40) jours suivant cette mise en demeure.

En cas d'exclusion, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises au Gestionnaire.

4.4 Modification du montant de la cotisation

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'Adhérent et de ses Ayants droit à l'échéance de l'adhésion.

Les cotisations sont révisables chaque année à effet du 1er janvier compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services et notamment à partir des éléments suivants :

- Modification de la législation sociale et/ou fiscale ;
- Changement du niveau de garanties ;
- Changement ou modification du Régime Obligatoire d'assurance maladie ;
- Ajout ou sortie d'un Ayant droit ;
- Changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Les nouveaux montants de cotisations sont communiqués à l'Adhérent dans les formes habituelles et payables pour l'année suivante, le règlement s'effectuant conformément aux modalités indiquées dans la Demande d'adhésion.

D'une façon générale, si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses (notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du Régime Obligatoire d'assurance maladie), la Mutuelle se réserve le droit d'effectuer les réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

Il pourrait en être de même en cas de variation importante ou prévue du volume du coût des soins en cours d'exercice.

ARTICLE 5. VIE DU CONTRAT

5.1 Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion est réputée intervenir le jour de la signature par l'Adhérent de la demande d'adhésion, sous réserve de remplir les conditions fixées au Contrat.

La date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion remis à l'Adhérent. Elle est toujours fixée au plus tôt au troisième (3ème) jour suivant la date de réception de la demande d'adhésion signée par le prospect, sous réserve d'acceptation du dossier par le gestionnaire et du bon encaissement de la première cotisation. Aucun effet antérieur à la date de réception de la demande d'adhésion par Néoliane ne sera accepté.

L'adhésion s'entend à compter de la date d'effet et pendant un an jusqu'à sa date d'anniversaire, puis se renouvelle par tacite reconduction jusqu'au 31 décembre l'année en cours. Il est ensuite reconduit annuellement, selon les mêmes modalités, le 31 décembre de chaque année sauf en cas de résiliation de l'adhésion telle que prévue à l'article 5.5 de la présente Notice d'information.

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

5.2 Cessation des garanties

Les garanties prennent fin :

- En tout état de cause, pour l'ensemble des Assurés, à la date de résiliation du Contrat qu'elle qu'en soit la cause ;
- En cas de décès de l'Adhérent.
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle, conformément aux articles L. 211-9 et R. 212-22-2 du Code de la mutualité.

5.3 Modification du Contrat

5.3.1 Modification des garanties

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander la modification de son niveau de garantie, à la hausse ou à la baisse, par mail ou par écrit simple :

En ligne : www.neoliane.fr/service-client
ou

Par courrier à l'adresse suivante :

NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE
455 promenade des anglais, Imm. Nice Plaza 5ème
06200 NICE

En tout état de cause, la modification du niveau de garantie s'appliquera à ses éventuels Ayants droit.

Cette modification ne pourra être effectuée qu'à l'issue de la première échéance du Contrat dans la limite d'une modification tous les douze (12) mois d'adhésion.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie, le montant de sa cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d'avenant.

Après acceptation par l'Adhérent, sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la demande de modification prendra effet à la date indiquée sur la lettre ayant valeur d'avenant.

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

5.3.2 Ajout ou sortie des Ayants droit

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander l'ajout ou la sortie des Ayants droit, par mail ou par écrit simple :

En ligne : www.neoliane.fr/service-client
ou

Par courrier à l'adresse suivante :

NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE
455 promenade des anglais, Imm. Nice Plaza 5ème
06200 NICE

• **À l'échéance principale** : L'Adhérent a la possibilité de demander l'ajout ou la sortie d'un Ayant droit par écrit et au plus tard (2) deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion. La modification de l'adhésion prendra effet à la date d'échéance du contrat, sous réserve de la production des pièces justificatives.

• **Hors échéance principale** : Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'Ayant droit d'une personne que l'Adhérent souhaite assurer, ce dernier doit adresser une demande écrite au Gestionnaire.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant le nouveau montant de sa cotisation. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d'avenant.

Sous réserve de l'acceptation par l'Adhérent, la modification de l'adhésion prendra effet au 1er du mois suivant la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'Ayant droit, l'Adhérent doit le déclarer par écrit dans les quinze (15) jours suivant cet événement.

La modification de l'adhésion prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'évènement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme Ayant droit. Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, la Mutuelle pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet Ayant droit.

Si un des Ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit pour celui-ci.

La cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de la modification.

5.4 Informations à communiquer au cours du Contrat

L'Adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le Contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil ;
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Ayants droit au Régime Obligatoire ;
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine et DROM COM ;
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'Ayant droit ;
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle ;
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations ;
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites :

En ligne : www.neoliane.fr/service-client
ou

Par courrier à l'adresse suivante :

NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE
455 promenade des anglais, Imm. Nice Plaza 5ème
06200 NICE

5.5 Résiliation

L'adhésion peut être résiliée dans les conditions et les délais précisés ci-dessous.

5.5.1 Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion :

- À échéance anniversaire et annuelle, moyennant un préavis de deux (2) mois. Dans cette hypothèse, la résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à minuit.
- À tout moment, une fois que le délai d'un (1) an à compter de la date de souscription du Contrat est écoulé. Dans cette hypothèse, la résiliation prend effet un (1) mois après que Néoliane Santé en a reçu notification par l'Adhérent.

Par ailleurs, en cas de modification de ses droits et obligations, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, l'Adhérent peut résilier son adhésion dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle Notice ou de l'additif à la présente Notice. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

Formes de la résiliation :

Lorsque la résiliation émane de l'Adhérent, elle doit être transmise, au choix :

- Par lettre, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à : **Néoliane Santé & Prévoyance – Service Résiliation – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice**
- Par courriel à www.neoliane.fr/service-client rubrique « je souhaite résilier ou me rétracter »

La résiliation peut émaner du nouvel organisme assureur de l'Adhérent auprès duquel il souhaite souscrire un contrat d'assurance : dans ce cas, la demande de résiliation doit être transmise par le nouvel organisme assureur par lettre recommandée ou par lettre recommandée électronique à : **NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE - 455 promenade des anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 NICE** ou resiliationgestion@neoliane.fr

Dans tous les cas, Néoliane confirmera par écrit la réception de la notification et un certificat de radiation précisant la date d'effet de la résiliation sera adressé à l'Adhérent.

Conséquence de la résiliation :

La garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

Les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour une période non couverte, l'Adhérent sera remboursé de celles-ci dans un délai maximal de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

5.5.2. Résiliation par l'organisme assureur

L'organisme assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation dans les conditions prévues à l'article 4.3 de la présente Notice d'information ;
- En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte dans les conditions prévues à l'article 10.4 de la présente Notice.

5.5.3. Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- En tout état de cause, pour l'ensemble des Assurés, à la date de résiliation du Contrat qu'elle qu'en soit la cause ;
- En cas de décès de l'Adhérent . En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- En cas de départ de la France métropolitaine et DROM COM. La résiliation prend effet le 1er jour qui suit la cessation d'affiliation au régime obligatoire d'assurance maladie,
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle, conformément aux articles L. 211-9 et R. 212-22-2 du Code de la mutualité.

5.5.4 Résiliation du Contrat Collectif par l'Association GPST

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

ARTICLE 6. CONDITIONS DES GARANTIES

6.1 Personnes garanties

L'Adhérent ainsi que ses Ayants droit inscrits sur le Certificat d'adhésion (tels que définis à l'article 1).

6.2 Conditions de la garantie

Seules sont garanties les dépenses de santé, les Hospitalisations, engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.

Plus particulièrement, et conformément au tableau des garanties :

- Il existe un délai de carence de trois (3) mois à compter de la date d'effet du Contrat sur le poste d'hospitalisation. Pendant ce délai, les garanties honoraires et frais de séjour seront remboursés à hauteur du Ticket modérateur et le forfait de chambre particulière et le forfait lit accompagnant seront nuls ;
- Il existe un délai de carence de douze (12) mois pour les frais engagés dans un Centre de convalescence. Seuls les frais pris en charge par le Régime Obligatoire, engagés dans un Centre de convalescence, seront indemnisés au titre du contrat Néoliane SantéÉco ;
- La chambre particulière est prise en charge pour une durée limitée de quatre-vingt-dix (90) jours par an et par assuré ;
- Les frais de séjour sont limités à 400% de la Base de remboursement en hospitalisation non conventionnée.

6.3 Montant de la garantie

Les Assurés bénéficient des prestations conformément au niveau de garantie choisi, par l'Adhérent.

L'Adhérent a le choix entre six (6) niveaux de garanties : Hospi Eco, H1, H2, N1, N2, N3.

La nature et l'étendue de ces niveaux de garanties figurent dans le tableau des garanties en annexe de la présente Notice. Les personnes affiliées obligatoirement au régime d'Alsace-Moselle se verront appliquer le tableau des prestations qui leur est dédié figurant en annexe de la présente Notice. En tout état de cause, le niveau de garantie souscrit par l'Adhérent s'appliquera à ses Ayants droit.

Conformément à l'article 2.2 de la présente Notice, le Contrat « Néoliane SantéÉco » comprend également un service d'assistance.

6.4 Territorialité et étendue de la garantie

Les garanties d'assurance ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France (Corse et DROM-COM inclus).

Elles s'étendent aux Accidents survenus et Maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois (3) mois, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'Adhérent s'applique.

ARTICLE 7. MONTANT DES REMBOURSEMENTS

7.1 Taux de remboursement

Le taux de remboursement et les bases de remboursement du régime de Sécurité sociale pris en considération sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient ;
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garanties, et dans la limite des frais engagés.

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau de garanties annexé à la présente Notice, sont exprimés, suivant le cas :

- En pourcentage du forfait en vigueur fixé par la Sécurité Sociale ;
- En pourcentage de la Base de remboursement fixée par la Sécurité sociale ;
- En Frais réels (FR) ;
- En montant annuel exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie qui incluent la prise en charge du Ticket modérateur. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100% du tarif de responsabilité.

Les forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du niveau de garanties choisi.

7.2 Limite aux remboursements

Conformément à l'article 9 de la Loi n° 89-1009, dite « Loi Evin » du 31 décembre 1989 et l'article 2 de son décret d'application, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle ou un organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Si l'Adhérent est partiellement garanti par une police individuelle d'Accident, la Mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par la police dans la limite de ses tarifs de responsabilité et des clauses de ses statuts.

7.3 Demande de remboursement

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'Adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion.

Les remboursements de frais de santé sont effectués par la Mutuelle au vu des documents transmis par la Caisse d'Affiliation du Bénéficiaire et/ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission.

À défaut d'application du procédé de la Télétransmission, les remboursements sont effectués à réception des pièces suivantes :

- La prescription médicale ;
- Le cas échéant, le justificatif de paiement : facture acquittée, etc ;
- Les décomptes du Régime Obligatoire.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative utile au remboursement des prestations (facture originale, prescription médicale, feuillet de remboursement de prestations spécifiques...).

Les justificatifs sont à adresser au centre de gestion :

neoliane@owliance.com

ou

CENTRE DE GESTION NÉOLIANE
BP 90051 - 31602 MURET Cedex.

Sauf dans le cas du « Tiers payant », les remboursements de frais de soins de santé sont effectués par chèque ou par virement, en euros sur le compte déterminé par l'Adhérent.

Ces remboursements sont effectués selon les règles de l'art applicables en la matière et dans les meilleurs délais, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives que l'Adhérent et ses Ayants droit doivent fournir pour obtenir les résultats escomptés.

7.4 Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des Assurés peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'Adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la Télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à :

neoliane@owliance.com
ou
CENTRE DE GESTION NÉOLIANE
BP 90051 - 31602 MURET Cedex.

L'Adhérent bénéficiant de la Télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale. En cas de rejet de la Télétransmission, l'Adhérent sera amené à transmettre son décompte. Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

ARTICLE 8. EXCLUSIONS DES GARANTIES

- L'optique, le dentaire et les audioprothèses ne sont pas pris en charge par le produit Néoliane SantÉco.

Ne sont pas garanties les Accidents, Maladies ou blessures :

- Survenus en dehors de la période de garantie ainsi que leurs suites et conséquences ;
- Causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ;
- Dus à l'utilisation avec ou sans conduite d'un véhicule terrestre à moteur à deux ou trois roues d'une cylindrée égale ou supérieure à 400 cm³ ;
- Dus à l'usage par l'Assuré de drogues, stupéfiants, ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- Causés par la tentative de suicide de l'Assuré ;
- Provoqués par la guerre étrangère ;
- Provoqués par la guerre civile, les émeutes, mouvements populaires, une rixe (sauf cas de légitime défense), la participation à une grève, ou à un lock-out ;
- Résultant de la manipulation volontaire, par l'Assuré, d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
- Résultant de la désintégration du noyau atomique, des effets de l'énergie nucléaire
- Résultant de la pratique par l'Assuré d'un sport en qualité de professionnel ou d'amateur rémunéré ;
- Résultant de la pratique par l'Assuré de la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, du parachutisme et de l'aéronef sous toutes ses formes ;
- Résultant de la participation de l'Assuré à des compétitions et/ou à leurs essais comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque, ou d'une embarcation à moteur.

Ne sont pas garanties les Hospitalisations :

- À domicile ;
- Dans les unités ou centres de soins de longue durée (USLD) ;
- Dans les établissements de réinsertion sociale et professionnelle ;
- Dans les établissements, services ou d'hébergement, de plein air, de retraite, en hospice de vieillards, instituts médico-pédagogiques, établissements et services de gérontologie ou de gériatrie et pour personnes âgées dépendantes ;
- Dans les établissements et services climatiques, diététiques, de thermalisme diététique, héliomarins, sanatoriums ou préventoriums, aériums, de lutte contre la tuberculose ;
- En services, centres ou établissements hospitaliers psychiatriques ;
- À un bilan de santé (check-up) ou à un traitement à but de rajeunissement ;
- Dues aux affections de types psychiatriques : troubles mentaux, états dépressifs quelle qu'en soit l'origine ;
- Dues aux opérations de chirurgie esthétique, de chirurgie plastique non consécutives à un Accident garanti ;
- Dues au délire alcoolique de l'Assuré, un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la Législation en vigueur au jour du sinistre ;
- Dues à une interruption volontaire de grossesse.

ARTICLE 9. CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

9.1 Contrôle des dépenses

Le médecin missionné par le Gestionnaire peut demander à l'Adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, l'Adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

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

De convention expresse, l'Adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'Adhérent, la Mutuelle pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

9.2 Arbitrage

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que la Mutuelle a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'Adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 10. INFORMATIONS DE L'ADHÉRENT

10.1 Dispositions diverses

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

10.2 Prescription

10.2.1 Définition de la prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles L. 221-11 et suivants du Code de la Mutualité.

10.2.2 Modalités de la prescription

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

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

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

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

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail. La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, l'Assuré n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Adhérent décédé. Pour les Contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre participant.

10.2.3 Interruption de la prescription

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

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la Mutualité. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

10.2.1 Suspension de la prescription

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

10.3 Examen des réclamations

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

En cas de réponse non satisfaisante, l'Adhérent peut adresser une réclamation par écrit, au Gestionnaire, lequel s'engage à accuser réception et à apporter une réponse dans les meilleurs délais et ce, à l'adresse suivante :

neoliane@owliance.com
ou
CENTRE DE GESTION NÉOLIANE
BP 90051 – 31602 Muret CEDEX.

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

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

Courrier : Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)
Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française
255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15
Site internet : www.mediateur-mutualite.fr

10.4 Sanctions

La Mutuelle se réserve le droit d'exclure tout Assuré qui aura causé ou tenté de causer volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle, selon les modalités définies par les Statuts.

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par l'Assuré, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'Adhérent peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

1. En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité).
2. Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction du montant des prestations

garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par le Membre Participant (article L. 221-15 du Code de la Mutualité).

En cas notamment de fausse déclaration, de fraude ou tentative de fraude avérée, la Mutuelle peut également procéder à la résiliation du Contrat.

La résiliation est notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au dernier domicile connu. Elle prendra effet au jour de la première présentation du courrier par la Poste.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'Adhérent, ou de tout autre document mentionnant ses droits aux prestations, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte.

L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un Adhérent non à jour de cotisations, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations garanties par la Mutuelle aux seuls Adhérents justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

10.5 Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée, à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions du Membre participant et ses Ayants droit envers les tiers responsables de dommages causés à lui-même ou à ses Ayants droit.

À cet effet, l'Adhérent et ses Ayants droit devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un Accident mettant en cause un tiers afin de permettre à la Mutuelle d'exercer son recours contre celui-ci ou contre son assureur.

10.6 Informatique et libertés

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

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

Elles sont destinées à la Mutuelle, le Courtier et le Gestionnaire en tant que responsables du traitement et, éventuellement, aux mandataires, partenaires de la Mutuelle et, le cas échéant, aux réassureurs de la Mutuelle. Ces données sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un contrat de prestation. La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du Contrat d'assurance. Toute autre base légale est inscrite aux contrats, demande d'adhésion ou tout autre document contractuel que l'Adhérent et les Ayants droit sont tenus de respecter.

La Mutuelle, le Courtier et le Gestionnaire prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles. Conformément à la Loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, l'Adhérent et les Ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données les concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant.

L'Adhérent et les Ayants droit peuvent exercer ces droits en s'adressant :

- Soit au Gestionnaire à l'adresse suivante : **neoliane@owliance.com** ou **CENTRE DE GESTION NÉOLIANE - BP 90051 - 31602 Muret CEDEX**
- Soit à Néoliane Santé & Prévoyance à l'adresse suivante : **dpo@neoliane.fr** ou **NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE - 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice**

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

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

Certains transferts de données à caractère personnel peuvent être réalisés vers des pays tiers à l'Union Européenne dans le respect des dispositions du RGPD. Dans cette hypothèse,

Néoliane Santé & Prévoyance s'engage, sur simple demande de la personne concernée, à apporter une information complète sur la finalité du transfert, les données transférées, les destinataires exacts des informations et les moyens mis en œuvre pour encadrer ce transfert.

10.7 Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

La Mutuelle et ses partenaires s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

À ce titre, la Mutuelle et ses partenaires seront tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

10.8 Droit d'opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la consommation, l'Adhérent est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : société OPPOSETEL – service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10000 TROYES ;

- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

Cette inscription permet à l'Adhérent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause l'inscription sur cette liste n'interdit pas le Gestionnaire ou la Mutuelle de joindre téléphoniquement l'Adhérent dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de votre contrat, y compris lorsqu'il s'agit de vous proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

10.9 Délai de renonciation

L'Adhérent dispose d'un délai pour renoncer à son adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

Si le Contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription d'un Contrat. En vertu de l'article L.221-18-1 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 signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un Contrat 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 un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités».

Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve des autres dispositions de l'article L.221-18-1 du code de la mutualité - il peut renoncer au présent contrat en adressant votre demande de renonciation par écrit à Néoliane Santé & Prévoyance :

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

www.neoliane.fr/service-client, rubrique « je souhaite résilier ou me rétracter »

ou envoyée à l'adresse suivante :

NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE
455 promenade des anglais, Imm. Nice Plaza 5ème
06200 NICE

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarchage à domicile :

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

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

ARTICLE 11. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle, le Courtier et le Gestionnaire exercent leur activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 12. TAUX DE REDISTRIBUTION ET DE FRAIS DE GESTION

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2019 exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins	
Type de taux	Taux de 2019
Taux de redistribution ⁽¹⁾	66,16%
Taux de frais de gestion ⁽²⁾	26,15%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- Si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine ;
- Si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'adhérent.

Les garanties décès s'appliquent pour tout décès survenu tant en France qu'à l'étranger.

Pièces justificatives

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

GARANTIES SANTÉ

1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES SANTÉ

1.1 Faits Générateurs

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation ou une immobilisation imprévue et immédiate au domicile ;
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation ;
- de décès ;
- d'événement traumatisant ;

dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2 Intervention

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

1.2.1 Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 3.2 à 3.4, 6.1 à 6.3 doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent :

- Une immobilisation au domicile,
- La sortie d'une hospitalisation,
- Un décès.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

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

Illustration : en cas d'appel le 5ème jour après la sortie d'une hospitalisation, la garantie est alors plafonnée à 5 jours.

1.2.2 Application des garanties

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

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

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle. IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA

ASSURANCES en outre-mer, elles sont prises en charge par IMA ASSURANCES dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine. Cette prise en charge est conditionnée à l'accord préalable d'IMA ASSURANCES et la présentation par le bénéficiaire de justificatifs.

Les garanties en cas de décès s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de décès et constatées lors de l'événement.

IMA ASSURANCES ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

2. GARANTIES DES LA SOUSCRIPTION

2.1 Conseil social

IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un Travailleur Social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

2.2 Informations juridiques

IMA ASSURANCES met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger, etc.

2.3 Informations médicales

Une équipe médicale communique, dans les 48h, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse (examens à effectuer, médicaments proscrits), nourrisson (alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations), troubles du sommeil, gestion du stress, conseil dépistage cancer, médicaments, vaccins, risques médicaux, etc.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

2.4 Recherche de médecin, infirmière, intervenant paramédical

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'un médecin. De la même façon, IMA ASSURANCES, peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'une infirmière ou des intervenants paramédicaux.

2.5 Mise en relation avec un prestataire

A la demande de l'adhérent, IMA ASSURANCES peut transmettre les coordonnées d'un prestataire de services à domicile.

Les frais afférents à la prestation restent à la charge de la famille.

3. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE ET IMMÉDIATE

3.1 Aide à domicile

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 8 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

3.2 Présence d'un proche

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche par train 1ère classe ou avion classe économique.

IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

3.3 Prise en charge des animaux domestiques

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 3 jours de l'adhérent ou de son conjoint,

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT 20170928-000002158

CONVENTION D'ASSISTANCE DISPOSITIONS GÉNÉRALES

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »
- La garde de l'animal par un « pet sitter » au domicile de l'adhérent
- La garde de l'animal chez un « pet sitter »

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller - retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 15 interventions réparties sur une période maximale de 15 jours.

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

3.4 Livraison de médicaments

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une immobilisation imprévue et immédiate au domicile de l'adhérent ou de son conjoint,

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à deux livraisons par an dans un rayon de 50 kilomètres du domicile. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

4. GARANTIES EN CAS D'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT

4.1 Soutien psychologique

En cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge selon la situation :

- jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
 - et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.
- Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est accessible 24h sur 24.

5. GARANTIES EN CAS DE RADIOTHÉRAPIE /

CHIMIOTHÉRAPIE

En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant, OU

En cas d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant. **5.1 Aide à domicile**

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur la durée du protocole.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

6. GARANTIES LIÉES AU DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint :

- sans condition de franchise et de durée pour les garanties décrites aux autres articles.

6.1 Aide à la recherche d'un prestataire funéraire

IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour aider les proches à organiser les obsèques.

6.2 Accompagnement suite au décès

Afin d'aider les proches dans les différentes étapes du deuil, d'identifier avec eux les démarches à accomplir, de planifier et de prioriser les actions à mettre en œuvre, IMA ASSURANCES met à leur disposition un intervenant compétent à domicile dans la limite de 4 heures maximum, à raison de 2h minimum par intervention, sur 12 mois à compter du décès, en complément des informations téléphoniques qu'IMA ASSURANCES peut leur avoir apporté par avance.

6.3 Avance de fonds

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, IMA ASSURANCES peut assister la famille dans l'organisation des obsèques et faire l'avance des frais y afférents, à hauteur maximum de 2000€ TTC. La somme avancée sera remboursable dans un délai de 30 jours.

7. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

7.1 Infraction

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

7.2 Fausse déclaration

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un événement garanti entraîne la perte du droit à garantie.

7.3 Force majeure

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

7.4 Refus du bénéficiaire

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA ASSURANCES, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à la situation, IMA ASSURANCES étant déchargée de toute obligation. En aucun cas, IMA ASSURANCES ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

7.5 Exclusions

Exclusions pour les garanties d'assistance domicile

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- Les hospitalisations consécutives à des maladies non soudaines et prévisibles,
- Les hospitalisations dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gériatriques,
- Les hospitalisations liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- Les hospitalisations liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

Exclusions pour les garanties décès

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

Les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.

Les décès consécutifs :

- à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- à la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;
- à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée ;
- à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallies, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes ;
- à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance) ;
- aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

8. VIE DU CONTRAT

8.1 Durée des garanties

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat Néoliane SantéEco souscrit par l'adhérent auprès de NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE.

8.2 Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès de NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE pour tout événement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT 20170928-000002158

CONVENTION D'ASSISTANCE DISPOSITIONS GÉNÉRALES

souscrit par NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE auprès d'IMA ASSURANCES. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

8.3 Subrogation

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

8.4 Prescription

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

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

8.5 Protection des données personnelles

IMA ASSURANCES collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre et sur la base légale de l'exécution du contrat d'assurance :

- des données nécessaires à la gestion des sinistres,
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés ;
- des données médicales pour lesquelles l'assuré a donné son consentement lors de la souscription du contrat.

Ces données sont utilisées par IMA ASSURANCES pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- l'exécution des contrats ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction) ;
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption ;
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Ces données peuvent être transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires d'IMA chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier Inter Mutuelles Assistance GIE, à tout intervenant dans l'opération d'assistance, y compris les autorités pour l'obtention des éventuelles autorisations nécessaires ainsi qu'à NÉOLIANE SANTÉ à l'exception des données à caractère médical sauf opposition de votre part en cochant la case ci-après. Sous réserve d'une décision d'adéquation ou moyennant la mise en place de garantie appropriées, les données sont susceptibles d'être transmises hors de l'Union Européenne en cas d'événement générateur survenant hors de cette territorialité. Elles peuvent être accessibles ou transmises aux sous-traitants techniques d'IMA ASSURANCES pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales susceptibles d'être collectées à tout professionnel devant en connaître pour accomplir la mission qui lui est confiée par IMA ASSURANCES. Dans ces conditions, les bénéficiaires reconnaissent libérer les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des garanties de leur obligation de secret professionnel sur les informations médicales. Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA ASSURANCES pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Ces enregistrements sont destinés aux seules personnes habilitées par le Responsable de Traitement. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des

contacts téléphoniques. Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques. Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer le consentement donné au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort / dpo@ima.eu. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier des services associés.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès d'IMA ASSURANCES, aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort – dpo@ima.eu. Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenay, 75007 PARIS.

8.6 Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES

- Par courrier :

118 avenue de Paris
CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9

- Par courriel : www.ima.eu, Espace Particuliers.

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

La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

DÉFINITIONS

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

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

• **Adhérent** : Adhérent ayant souscrit un contrat Néoliane SantéÉco auprès de NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE

• **Animaux domestiques** : Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), Chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

• **Bénéficiaire des garanties d'assistance** : L'adhérent ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs.

• **Centre de convalescence** : Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

• **Domicile** : Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

• **France** : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

• **Hospitalisation** : Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

• **Hospitalisation imprévue** : Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

• **Immobilisation imprévue** : Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

• **Maladie** : Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

STATUTS MUTUELLE BLEUE

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

TITRE I Formation, objet et composition

CHAPITRE 1 - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1. Dénomination

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

Article 2. Objet

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

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

La Mutuelle peut :

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

La Mutuelle a aussi pour objet :

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

La Mutuelle peut :

- créer une ou plusieurs autre(s) mutuelle(s), notamment pour gérer des réalisations sanitaires et sociales et pourra créer ou adhérer à une union de groupe mutualiste définie à l'article L. 111-4-1 du Code de la Mutualité ou à une union mutualiste de groupe définie à l'article L. 111-4-2 du Code de la Mutualité ;
- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance ;
- déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion des contrats collectifs ou individuels dans le respect des principes définis par l'Assemblée Générale ;
- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.

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

Article 3. Respect de l'objet de la Mutuelle

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

Article 4. Élection de domicile

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

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

CHAPITRE 2 - RELATIONS ENTRE LA MUTUELLE ET SES MEMBRES

SECTION I - COMPOSITION DE LA MUTUELLE ET CATÉGORIES DE BÉNÉFICIAIRES

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

Article 5. Membres participants et honoraires

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

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

Article 6. Les ayants droit

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

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

SECTION II - ADHÉSION

Article 7. Engagements réciproques

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

Article 8. Modalités d'adhésion

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

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

SECTION III - RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION

Article 9. Résiliation faite auprès de la Mutuelle

A) Opérations individuelles

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

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

B) Opérations collectives

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

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

Article 10. Radiation

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

Article 11. Effets de la résiliation et de la radiation

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

Article 12. Modalités d'exclusion

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

Article 13. Conséquences de l'exclusion

L'exclusion n'emporte pas renonciation par la Mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en vigueur à l'encontre du membre exclu. L'exclusion ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

SECTION IV - RÈGLEMENTS MUTUALISTES

Article 14. Les règlements mutualistes

STATUTS

MUTUELLE BLEUE

SUITE

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

TITRE II

Administration de la mutuelle

CHAPITRE 1 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

Article 15. Composition de l'Assemblée générale

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

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

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

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

Les trois (3) collèges sont les suivants :

- Le collège individuel, constitué de membres participants adhérent à la Mutuelle à titre individuel, à l'intérieur duquel il est procédé à l'élection, dans le cadre d'une section de vote unique, de trente-quatre (34) délégués titulaires et de trente-quatre (34) délégués suppléants se répartissant comme suit :

- > un délégué titulaire et un délégué suppléant par tranche de deux mille cinq cents (2 500) membres participants pour un effectif compris entre un (1) et quatre vingt deux mille cinq cents (82 500) membres ;

- > et au-delà de quatre vingt deux mille cinq cents (82 500) membres participants, il est procédé à l'élection d'un seul délégué titulaire et d'un seul délégué suppléant représentant cette tranche ;

- Le collège collectif facultatif, constitué de membres honoraires, personnes morales ayant souscrit un contrat collectif facultatif et de membres participants, personnes physiques affiliées au contrat collectif à titre facultatif. Au sein du collège collectif facultatif, il est procédé à la désignation de trois (3) délégués titulaires et de trois (3) délégués suppléants représentant la section des membres honoraires et de trois (3) délégués titulaires et de trois (3) délégués suppléants représentant la section des membres participants affiliés à titre facultatif ;

- Le collège collectif obligatoire, constitué de membres honoraires, personnes morales ayant souscrit un contrat collectif obligatoire et de membres participants, personnes physiques affiliées au contrat collectif à titre obligatoire. Au sein du collège collectif obligatoire, il est procédé à la désignation de deux (2) délégués titulaires et de deux (2) délégués suppléants représentant la section des membres honoraires et de deux (2) délégués titulaires et deux (2) délégués suppléants représentant la section des membres participants affiliés à titre obligatoire.

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

Article 17. Élection et désignation des délégués

17.1. Modalités d'élection des délégués

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

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

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

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

17.2. Conditions d'éligibilité des délégués

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

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

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

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

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

SECTION II - LES DÉLÉGUÉS

Article 18. Durée du mandat

Les délégués sont élus pour six (6) ans.

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

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

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

Article 19. Statut des délégués

19.1. Rôle des délégués

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

Dans leur rôle de représentation des membres de la Mutuelle ils peuvent soumettre des questions à l'Assemblée Générale dans le respect des modalités fixées à l'article 23 des Statuts.

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

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

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

En l'absence de suppléant dans la section considérée, il est procédé avant la prochaine Assemblée Générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

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

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

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

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

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

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

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

SECTION III - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 20. Périodicité des réunions

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

Article 21. Modalités d'admission aux Assemblées Générales

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

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

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

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

Article 22. Modalités de convocation

STATUTS

MUTUELLE BLEUE

SUITE

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

Autres convocations :

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le Conseil ;
2. le ou les commissaire(s) aux comptes ;
3. l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un ou plusieurs membre(s) participant(s) ;
4. un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, à la demande des dirigeants de la Mutuelle, ou d'un ou plusieurs membre(s) participant(s) ;
5. le ou les liquidateur(s).

À défaut, le Président du Tribunal Judiciaire peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 23. Ordre du jour

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

Les demandes doivent être adressées au Président par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception ou encore déposées au siège de la Mutuelle contre récépissé, et reçues au plus tard cinq (5) jours ouvrés avant la date de tenue de l'Assemblée Générale.

Le Président du Conseil d'Administration, ou toute autre personne habilitée, accuse réception de cette question qui doit être communiquée aux administrateurs.

Article 24. Attributions de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale :

- se prononce sur le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent, sur les comptes combinés ou consolidés de l'exercice, le cas échéant, ainsi que sur le rapport de gestion du groupe et sur le rapport spécial des commissaires aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du Code de la Mutualité ;

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

Elle est également appelée à se prononcer sur :

- les activités exercées ;
- le montant du fonds d'établissement ;
- les règles générales qui régissent les opérations individuelles et collectives ;
- la modification des statuts ;
- le transfert de portefeuille ;
- les principes directeurs en matière de réassurance ;
- l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération ;
 - la fusion ou la scission, les apports faits aux mutuelles et unions ; la dissolution de la Mutuelle ;
 - la dissolution de la Mutuelle ;
 - la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;

- la création d'une mutuelle ou d'une union ;
- la nomination des commissaires aux comptes ;
- a définition des principes que doivent respecter les délégations de gestion accordées par la Mutuelle ;
- toute question relevant de sa compétence en application des textes légaux en vigueur.

Article 25. Bureau de vote

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

Les trois (3) scrutateurs, désignés en début de séance, choisissent parmi eux leur Président.

Ils sont chargés de contrôler les opérations de vote et d'en assurer la régularité. Ils vérifient la qualité de chaque votant, veillent à ce que les délégués participant au vote émargent la feuille d'émargement prévue à cet effet.

En cas de vote à bulletins secrets, les scrutateurs procèdent au dépouillement et totalisent le nombre de voix obtenu pour chaque point porté à l'ordre du jour.

Article 26. Déroulement des travaux

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

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

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

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

Article 27. Opérations de vote

27.1. Principes

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

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

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

27.2. Modalités de vote à bulletin secret

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le matériel de vote devra parvenir aux délégués au plus tard quinze (15) jours avant la date fixée par le Conseil d'Administration pour la fin de la période de vote.

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

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

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

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

Est annexé au formulaire de vote par correspondance, le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs.

Le formulaire de vote par correspondance comporte l'indication de la date avant laquelle il doit être reçu par la Mutuelle pour qu'il en soit tenu compte, cette dernière ne pouvant être antérieure de plus de trois (3) jours à la date de la réunion de l'Assemblée Générale, conformément à l'article R. 114-1 du Code de la Mutualité.

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

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

Article 28. Modalités de délibération

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

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

STATUTS

MUTUELLE BLEUE

SUITE

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

Article 29. Validité des délibérations

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

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

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

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

III. Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I. ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués, présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique dans les conditions prévues à l'article L. 114-13 du Code de la Mutualité, est au moins égal au quart du total des délégués.

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

Article 30. Effet des décisions

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

Article 31. Procès-verbaux d'Assemblées Générales

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

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

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

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

Article 32. Contestations relatives aux Assemblées Générales

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

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

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

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

CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I - RÈGLEMENTS - COMPOSITION - ÉLECTION

Article 33. Règlement intérieur du Conseil d'Administration

En complément des Statuts, un règlement intérieur du Conseil d'Administration définit les principales règles de bonne conduite que s'engagent à respecter le Conseil d'Administration dans son ensemble et chaque administrateur individuellement. Instrument au service de la gouvernance de la Mutuelle, il formalise le fonctionnement, l'organisation et les règles auxquelles s'astreignent les membres du Conseil d'Administration.

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

Article 34. Composition

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

Les membres participants représentent au moins les deux tiers du Conseil d'Administration. Le Conseil d'Administration ne peut être composé, pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité.

Article 35. Conditions requises pour être administrateur

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

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

- disposer de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience nécessaires ;
- et plus généralement, respecter les dispositions législatives, réglementaires et statutaires applicables.

Article 36. Candidature aux fonctions d'administrateur

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

Article 37. Limite d'âge

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

Article 38. Modalités d'élections

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

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

Article 39. Durée du mandat

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

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent leur qualité de membre participant ou honoraire ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions fixées par l'article 37 ;
- lorsqu'ils ne respectent plus les conditions d'éligibilité prévues :
 - lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions des paragraphes I et III de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul, ils présentent dans les trois (3) mois de leur nomination leur démission ou, à l'expiration de ce délai, sont déclarés démissionnaires d'office ;
 - lorsqu'ils font l'objet d'une condamnation entraînant l'interdiction d'exercer la fonction d'administrateur conformément à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité, ils présentent dans les trois (3) mois leur démission ou, à l'expiration de ce délai, sont déclarés radiés du Conseil d'Administration.

Article 40. Honorariat

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

Article 41. Renouvellement

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

Article 42. Vacance

En cas de décès, de démission, de perte de la qualité

STATUTS

MUTUELLE BLEUE

SUITE

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

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

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

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

SECTION II - LE PRÉSIDENT

Article 43. Élection, durée du mandat et révocation

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

Article 44. Décès, démission, révocation

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

Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le premier Vice-Président, à défaut le deuxième Vice-Président, à défaut le Vice-Président le plus ancien dans la fonction, ou à défaut, par l'administrateur le plus ancien dans la fonction. Celui-ci, dans l'intervalle, assure les fonctions de Président par intérim à l'exception de celles qui relèvent de ses attributions de dirigeant effectif de la Mutuelle.

Article 45. Attributions du Président

Le Président

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

ses dirigeants dans les conditions prévues aux articles L.114-32 et L.114-33 du Code de la Mutualité ;

- engage les recettes et les dépenses ;
- représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. A l'égard des tiers, la Mutuelle est engagée même par les actes du Président qui ne relèvent pas de l'objet de la Mutuelle, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances ;
- est compétent pour rester en justice au nom de la Mutuelle, en demande comme en défense ;
- assure la représentation de la Mutuelle auprès des instances fédérales.

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

Article 46. Les Vice-Présidents

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

SECTION III - RÉUNIONS

Article 47. Périodicité

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

Article 48. Convocation du Conseil

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

Article 49. Devoir de réserve

Les administrateurs, ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration, sont tenus au devoir de réserve à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le Président du Conseil. Les représentants du personnel sont tenus au secret professionnel édicté par l'article L. 2315-3 du Code du travail.

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

Le Dirigeant opérationnel et les membres qu'il désigne participent aux réunions du Conseil, sans droit de vote. Le Conseil d'Administration admet également en son sein les commissaires aux comptes de la Mutuelle. Il peut demander à entendre à titre consultatif tout expert de son choix. Enfin, deux (2) représentants des salariés assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration. Ces

représentants des salariés au Conseil d'Administration sont élus parmi les salariés élus au Comité Social et Economique, conformément à l'article L. 114-16 du Code de la Mutualité et à l'article 51 des Statuts.

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

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

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

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

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

Ce scrutin est annoncé au moins trente (30) jours pleins avant la date des élections par un avis affiché dans les locaux de la Mutuelle. Pendant ce délai, la liste des électeurs, établie par la Direction, est tenue à la disposition du personnel intéressé.

La liste des candidats sera affichée dix (10) jours au moins avant la date du scrutin. Les bureaux électoraux sont composés en accord avec les délégués du personnel. Le vote a lieu à bulletins secrets dans une urne déposée à cet effet. Les salariés mettront leur bulletin dans une enveloppe qui leur sera remise au moment du scrutin.

Article 52. Délibérations du Conseil d'administration

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION IV - ATTRIBUTIONS, DÉLÉGATIONS ET RESPONSABILITÉS

STATUTS

MUTUELLE BLEUE

SUITE

Article 53. Attributions

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

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

Le Conseil d'Administration est également compétent en matière de toutes contestations relatives à la tenue des Assemblées Générales de la Mutuelle. Il examine chaque contestation et entend notamment lorsque la contestation porte sur la régularité des votes, le rapport rendu par le Président du Bureau de vote avant de faire connaître sa décision au(x) membre(s) qui a(ont) pu porter réclamation.

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

Article 54. Délégations du Conseil d'administration

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

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

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

Article 55. Responsabilité des administrateurs

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

SECTION V - BUREAU ET COMMISSIONS

Article 56. Élection des membres du Bureau

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

Article 57. Composition du Bureau

Le Bureau est composé de la façon suivante :

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

Article 58. Le Secrétaire général

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

Article 59. Le Secrétaire général adjoint

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

Article 60. Le Trésorier général

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

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

Il préside la Commission des Finances de la Mutuelle.

Article 61. Le Trésorier général adjoint

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

Article 62. Attributions du Bureau

Le Bureau est chargé de préparer les travaux du Conseil d'Administration. Il est habilité à prendre toute décision urgente relative à l'administration de la Mutuelle et, d'une manière

générale, à régler les questions pour lesquelles le Conseil d'Administration lui a donné, sous sa responsabilité, délégation. Ses décisions doivent être avisées par le prochain Conseil d'Administration. Dans le cadre de la délégation donnée par le Conseil d'Administration, le Bureau définit les missions dévolues à chacun de ses membres.

Article 63. Réunions et délibérations du Bureau

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

Article 64. Comité d'audit

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

Modalités de désignation

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

Durée des mandats

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

Missions

Il est chargé :

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

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

Modalités d'organisation et de fonctionnement

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

- d'une convocation spécifique auprès de ses membres ;
- d'un compte rendu présenté lors d'un Conseil d'Administration suivant. Les règles de confidentialité qui s'imposent aux administrateurs s'imposent aux membres du Comité d'Audit.

Le Président du Comité d'Audit peut inviter, avec l'accord du Dirigeant opérationnel, le responsable du contrôle interne et des personnes extérieures, notamment les commissaires aux comptes. Ces dernières sont tenues aux mêmes exigences de discrétion et confidentialité que les administrateurs eux-mêmes. En cas d'empêchement du Président du Comité d'Audit, ce dernier est suppléé dans ses fonctions avec les mêmes pouvoirs par le Vice-Président du Comité d'Audit.

Article 65. Commissions

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

STATUTS

MUTUELLE BLEUE

SUITE

SECTION VI - DIRIGEANTS EFFECTIFS DE LA MUTUELLES

Article 66. Dirigeants effectifs

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

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

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

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

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

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

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

Article 67. Gratuité des fonctions

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

Article 68. Interdictions

- Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du Code de la Mutualité.
- Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des présents Statuts.
- Il est interdit aux administrateurs et au Directeur opérationnel de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent,

en qualité d'administrateur ou de Dirigeant opérationnel, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la Mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en oeuvre. Cette interdiction ne s'applique pas au Dirigeant opérationnel lorsqu'il est susceptible d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la Mutuelle.

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

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

Article 69. Délai de carence

Les administrateurs ne peuvent exercer des fonctions donnant lieu à des rémunérations de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la fin de leur mandat.

Un ancien salarié de la Mutuelle ne peut être nommé administrateur pendant une durée de trois (3) ans à compter de la fin de son contrat de travail.

SECTION VIII - CONVENTIONS CONCLUES ENTRE LA MUTUELLE ET UN ADMINISTRATEUR

Article 70. Autorisation des conventions

Toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration. L'administrateur intéressé ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

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

Les dispositions ci-dessus ne sont pas applicables aux conventions portant sur des opérations courantes conclues à des conditions normales définies par les textes réglementaires.

Article 71. Information

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

Article 72. Conséquences du défaut d'autorisation

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

SECTION IX - STATUTS DES MANDATAIRES MUTUALISTES

Article 73. Mandataires mutualistes

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

TITRE III

Dispositions financières et comptables

Article 74. Commissaires aux comptes

L'Assemblée Générale nomme un ou plusieurs commissaire(s) aux comptes et un ou plusieurs suppléant(s) choisi(s) sur la liste

des commissaires aux comptes inscrits.

Le Président convoque le ou les commissaire(s) aux comptes à toutes les Assemblées Générales.

Le ou les commissaire(s) aux comptes certifie(nt) les rapports et les comptes dans les conditions prévues au Code de la Mutualité.

Article 75. Fonds d'établissement

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

Article 76. Produits et charges

Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

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

Charges

Les charges comprennent :

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

Article 77. Réassurance

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

Le Conseil d'Administration approuve la signature des traités de réassurance. La Mutuelle peut réassurer tout ou partie de ses risques auprès d'entreprises non régies par le Code de la Mutualité, sur décision du Conseil d'Administration.

TITRE IV Dissolution volontaire et liquidation

Article 78. Dissolution

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

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs. L'Assemblée Générale régulièrement constituée conserve, pour la liquidation, les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif sur le passif est dévolu par l'Assemblée Générale statuant dans les conditions statutaires à d'autres mutuelles ou unions ou au fonds de garantie mentionné au Code de la Mutualité.

TITRE V

STATUTS MUTUELLE BLEUE

SUITE

Traitement des réclamations - médiation

Article 79 (dernier article). Réclamations - Médiation

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

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

ANNEXES

ANNEXE 1 : FRAIS DE DÉPLACEMENT DES DÉLÉGUÉS

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

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

1. Transports en commun

Les délégués sont réputés partir de leur dernier domicile connu de la Mutuelle, pour se rendre au lieu de l'Assemblée Générale statutaire, de la réunion d'information ou d'études à laquelle ils ont été convoqués ou invités, et à ce titre, bénéficient du remboursement de leurs seuls frais de déplacements ou d'hébergements sur justificatifs.

Le délégué pourra donc en fonction des circonstances utiliser soit les moyens de transports en commun, soit son véhicule personnel. Les frais de transports en commun de toute nature (métro, autobus, autocar, taxi, train, avion...) lui sont remboursés sur justificatif des billets de transport validés accompagnés ou non de factures acquittées par lui.

2. Transport par véhicule personnel

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

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

Dans tous les cas, les seuls frais de parking, de parcemètre ou de péage sont remboursés au délégué, à l'exclusion des amendes sanctionnant un défaut ou un dépassement de durée

du stationnement qui restent à sa charge personnelle.

3. Hébergement

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

3.1. Nuitée

Découcher avec petit-déjeuner inclus 154 euros maximum

3.2. Repas

Déjeuner ou dîner 35 euros maximum

4. Invitation

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

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

1. Rappel du Code de la Mutualité

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

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

2. Règles générales

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

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

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

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

3. Circuit des demandes de remboursement

3.1. Les demandes de remboursement remplies et signées

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

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

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

4. Remboursement de frais aux administrateurs et aux mandataires mutualistes

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

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

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

4.1.1. Dans un souci de simplification administrative, les obligations résultant de l'application des articles L. 114-26 alinéa 6 et L. 114-37-1 du Code de la Mutualité sont réputées remplies par la Mutuelle par un versement forfaitaire, proposé par le Conseil d'Administration et voté par l'Assemblée Générale du 20 mai 2010, à raison de 65 euros par demi-journée, outre le remboursement des frais de déplacement dans les conditions ci-après, en fonction des distances parcourues et des frais d'hébergement.

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

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

4.3. Déplacements de courte distance ou premier groupe

4.3.1. Définition et conditions de remboursement des frais réels

4.3.1.1. Déplacement de proximité (inférieur ou égal à

STATUTS

MUTUELLE BLEUE

SUITE

20km)

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

4.3.1.2. Utilisation du véhicule personnel

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

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

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

4.3.1.4. Accès gare et aéroport

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

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

4.3.1.5. Frais de parking, de parcètre et de péage

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

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

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

4.4.1. Transports aériens

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

4.4.2. Transports ferroviaires

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

que ceux explicités au point 4.4.1. pour l'approche d'un aéroport.

4.4.3. Utilisation du véhicule personnel

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

4.5. Repas, hôtel, hébergement

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

4.5.1. Nuitée

Découcher avec petit déjeuner inclus 154 euros maximum

4.5.2. Repas

Déjeuner ou dîner 35 euros maximum

5. Invitation

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

4.5.1. Nuitée

Découcher avec petit-déjeuner inclus : 148 euros maximum.

4.5.2. Repas

Déjeuner ou dîner : 35 euros maximum.

Produit co-conçu par GROUPE SANTIANE HOLDING - 38 avenue des Champs Elysées – 75008 Paris - SAS au capital de 455 524 € - RCS Paris 812 962 330 - ORIAS n° 19 004 119 et distribué par NÉOLIANE SANTÉ - 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème – 06200 Nice – SAS au capital de 2 000 000 € – RCS Nice - B 510 204 274 – Intermédiaire en assurances – Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Assuré par MUTUELLE BLEUE - Siège Social – 68 rue du Rocher – CS 60075 – 75396 Paris Cedex 08 – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au Répertoire SIRENE sous le N° 775 671 993.

Produit : NEOLIANE SANTÉCO

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. L'ensemble des informations sur le produit NEOLIANE SANTÉCO sont fournies au client dans les documents contractuels et précontractuels et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

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

Le produit Néoliane SantéCo est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

Il est destiné, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels ayants droit, après l'intervention de son régime obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit Néoliane SantéCo est «non responsable» ce dernier ne s'inscrivant pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux. Il est également «solidaire» car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'Adhérent.



QU'EST CE QUI EST ASSURÉ ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et par conséquent une somme peut rester à votre charge.

Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ Hospitalisation : Forfait journalier hospitalier, Frais de séjour, Honoraires (Chirurgie et anesthésie), Chambre particulière, Lit accompagnant enfant et adulte.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- Soins courants : consultations médecins généralistes ou spécialistes ;
- Pharmacie : pharmacie remboursée à 65%, à 30% et à 15% de la base de remboursement du Régime Obligatoire.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✓ Tiers Payant, via le réseau Viamedis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé) ;
- ✓ Espace client.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ Assistance en cas d'événements traumatisants, d'immobilisation imprévue, d'hospitalisation imprévue, de chimio/radiothérapie, ou de décès.
- Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances et définies aux conditions générales d'assistance.

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



QU'EST CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ L'optique, le dentaire et les audioprothèses ne sont pas pris en charge par le produit Néoliane SantéCo ;
- ✗ L'indemnisation versée en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique ;
- ✗ Les soins reçus après la date de résiliation du contrat ou la date de cessation des garanties.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport ;
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ;
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Un délai de carence de trois (3) mois à compter de la date d'effet du Contrat sur le poste d'hospitalisation. Pendant ce délai, les garanties honoraires et frais de séjour seront remboursés à hauteur du ticket modérateur et le forfait de chambre particulière et le forfait lit accompagnant seront nuls ;
- ! Chambre particulière : Prise en charge par an et par bénéficiaire pour une durée limitée à 90 jours ;
- ! Un délai de carence de douze (12) mois à compter de la date d'effet du Contrat sur les frais engagés dans un Centre de convalescence.

Cette liste n'est pas exhaustive.



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

Les garanties d'assurance ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France (Corse et DROM-COM inclus).

Elles s'étendent aux Accidents survenus et Maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois (3) mois, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'Adhérent s'applique.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine, en fonction de l'obligation non respectée, de non garantie, de perte du droit à garantie ou de résiliation du contrat :

A la souscription du contrat :

- Être adhérent(e) à l'Association GPST ;
- Être résident en France (Corse et DROM-COM inclus) ;
- Relever du régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français ;
- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'organisme assureur ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- Être âgés à la date de signature de la Demande d'adhésion entre dix-huit (18) ans minimum et quatre-vingt-neuf (89) ans inclus, l'âge étant calculé par différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée ;

En cours de contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat ;
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'organisme assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- Déclarer toutes circonstances nouvelles pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (exemples : changement de domicile, domiciliation bancaire...) ;
- Informer de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers ;
- Informer des garanties souscrites pour les mêmes risques en tout ou partie auprès d'autres assureurs ainsi que de tout remboursement que vous pourriez recevoir au titre d'un sinistre.

En cas de sinistre :

- Déclarer le sinistre ;
- Fournir tous documents justificatifs prévus au contrat et nécessaires au paiement des prestations prévues.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies à la souscription. La périodicité de prélèvement peut être mensuelle, semestrielle, trimestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement. Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion. La date d'effet est fixée au plus tôt au troisième jour suivant la date de réception de la demande d'adhésion complétée et signée, sous réserve d'acceptation du dossier par le gestionnaire et du bon encaissement de la première cotisation.

L'adhésion s'entend à compter de la date d'effet et pendant un an jusqu'à sa date d'anniversaire, puis se renouvelle par tacite reconduction jusqu'au 31 décembre l'année en cours. Il est ensuite reconduit annuellement, selon les mêmes modalités, le 31 décembre de chaque année sauf en cas de résiliation.

L'adhérent dispose d'un délai de rétraction de 14 jours, qui commence à courir soit à partir de la date de signature de son contrat, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

Les garanties prennent fin :

- En tout état de cause, pour l'ensemble des Assurés, à la date de résiliation du Contrat qu'elle qu'en soit la cause ;
- En cas de décès de l'Adhérent ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent a la faculté de résilier son adhésion, à chaque échéance du contrat, deux (2) mois au moins avant la date d'échéance :

- Par lettre, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à : **NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE – Service Résiliation – 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice**
- Par courriel à www.neoliane.fr/service-client rubrique « je souhaite résilier ou me rétracter »

Une fois la première année de souscription écoulée, il bénéficie de la même faculté qu'il peut, toutefois, exercer à tout moment. La résiliation prend alors effet un (1) mois après réception de la notification de résiliation.

Par ailleurs, la même faculté lui est offerte en cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations dans un délai d'un (1) mois suivant la date de réception de la lettre l'informant desdites modifications.

Néoliane Sant€co

Bien protégé en cas d'imprévu !

MESANTE2020NI - Janvier 2021

Néoliane
SANTÉ & PRÉVOYANCE

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

L'assureur des garanties santé est **MUTUELLE BLEUE**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° 775 671 993 et dont le siège social est situé au : 68 rue du Rochet - CS 60075 - 75396 Paris Cedex 08.

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