mutaero

Vous respirez la santé

STATUTS ET RÈGLEMENTS

validés par l'Assemblée Générale du 21 juin 2018

Sommaire

LES STATUTS 01

I) - Formation objet et composition de la mutuelle 01

1 • FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE 01

2 • NOTION DE MEMBRE, CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSIONS, DE RÉSILIATION ET DE RADIATION 02

Section 1 - L'adhésion 02

Section 2 - La démission – La résiliation - La radiation 03

II) - Administration de la mutuelle 03

1 • ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 03

Section 1 - Composition. Élection 03

Section 2 - Réunion de l'Assemblée Générale 03

2 • CONSEIL D'ADMINISTRATION 05

Section 1 - Composition, Élections 05

Section 2 - Réunions 06

Section 3 - Attributions du Conseil d'Administration 06

Section 4 - Statuts des administrateurs 08

3 • PRÉSIDENT ET BUREAU 08

Section 1 - Élection et missions du Président 08

Section 2 - Élection, composition du bureau 09

4 • ORGANISATION FINANCIÈRE 09

Section 1 - Produits et charges 09

Section 2 - Mode de placement et de retrait des fonds, règles de sécurité 09

Section 3 - Commissaires aux comptes 10

Section 4 - Fonds d'établissement 10

5 - INFORMATION DES ADHÉRENTS ET DISPOSITIONS DIVERSES 10

LE RÈGLEMENT MUTUALISTE 11

1 • DISPOSITIONS GÉNÉRALES 11

2 • OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS 11

3 • CONDITIONS DE PAIEMENT DES COTISATIONS 12

4 • CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS 12

5 • CONDITIONS DE DÉMISSION, RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION 14

6 • OBLIGATION DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS 14

Section 1 - Prestations accordées par la mutuelle 14

Section 2 - Subrogation 15

LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR 16

1 • ADMISSION - CONDITIONS D'ADHÉSION 16

2 • SUBSTITUTION 15

3 • RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU BUREAU 15

4 • ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 16

5 • CONSEIL D'ADMINISTRATION 16

6 • STATUTS, RÈGLEMENTS ET MÉDIATION 16

LES STATUTS

I) Formation objet et composition de la mutuelle

1 – FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article premier - Dénomination de la mutuelle

Il est établi entre les membres adhérents aux présents statuts une mutuelle dénommée Mutaero, groupement de personnes de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au numéro SIREN 776 950 610, dont le LEI (Identifiant International d'entité juridique) est le 969500WHCUJ3J9ZX6B07 et dont l'agrément en branches 1 - 2 et 20 a été approuvé par arrêté du Ministère des Affaires Sociales en date du 24 mars 2003.

Article 2 – Siège de la mutuelle

Le siège social de la mutuelle est situé 34 boulevard Riquet CS 21504 - 31015 TOULOUSE cedex 6. Il peut être transporté sur décision de Conseil d'Administration en tout autre point de la ville si l'intérêt de la société l'exige.

Article 3 – Objet de la mutuelle

La mutuelle se propose de mener, dans l'intérêt de ses membres ou de leurs ayants droit, ainsi que des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle à laquelle la mutuelle participe, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par ses statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

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

La mutuelle a notamment pour objet :

1 – De réaliser les opérations d'assurances définies par les branches 1,2 et 20 c'est-à-dire :

- Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1), ou à la maladie (branche 2) conformément à l'article R.211-2 du Code de Mutualité,
- Couvrir les risques liés à la vie décès (branche 20) c'est-à-dire de 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.

Elle peut accepter les engagements mentionnés au 1 ci-dessus en réassurance.

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

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

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

5 – Elle peut également à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer à ces organismes dans les conditions prévues à l'article L.211-5 du Code de la Mutualité, pour la délivrance de ces engagements.

A ce titre la mutuelle est caution solidaire de tous les engagements de la mutuelle substituée qu'ils soient assurantiels ou non. En contrepartie de cette obligation, la mutuelle a un pouvoir de contrôle à l'égard des mutuelles ou unions substituées (y compris en ce qui concerne leur gestion) qui comporte à minima une autorisation préalable du conseil d'administration ou de l'assemblée générale de la mutuelle substituante, pour la fixation des prestations et des cotisations, pour la désignation du dirigeant opérationnel si la mutuelle ou l'union substituée relève du régime dit «Solvabilité II » au sens de l'article L.211-10 du Code de la Mutualité, pour la politique salariale et de recrutement, pour les plans de sauvegarde de l'emploi, pour la conclusion des contrats d'externalisation ou de prestations, pour la conclusion par la mutuelle ou union substituée d'opérations d'acquisition ou de cession d'immeubles par nature, d'acquisition ou de cession totale ou partielle d'actifs ou de participations, de constitution de sûretés et d'octroi de cautions, avals ou garanties.

6 – La mutuelle peut faire bénéficier ses membres de prestations et services des organismes auxquels elle adhère ou avec lesquels elle a passé convention.

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

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

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

Article 4 – Règlement mutualiste

Le règlement mutualiste adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Toutefois,

les cotisations dues et les prestations offertes dans le cadre de contrats collectifs souscrits par une entreprise auprès de la mutuelle au profit d'une partie ou de l'ensemble de ses salariés et/ou ayants droit, sont définies par ces contrats eux-mêmes, ainsi que les notices d'information correspondantes.

Article 5 – Règlement intérieur

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

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts, et qu'au règlement mutualiste. Le Conseil d'Administration peut apporter au règlement d'intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée Générale.

Article 6 – Respect de l'objet des mutuelles

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

2 – NOTION DE MEMBRE, CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSIONS, DE RÉSILIATION ET DE RADIATION

Section 1 – l'adhésion

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

Article 7 – Catégorie de membre de la mutuelle

La mutuelle admet des membres participants et des membres honoraires.

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

Le membre participant :

- Fait partie de toute société Aéronautique et Spatiale ou de toute autre société.
- Relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie
- Est couvert par un contrat collectif ou non dont la gestion serait confiée à la mutuelle. La rupture du contrat de travail ne motive ni l'exclusion ni la radiation du mutualiste par la mutuelle dont l'adhésion est maintenue sous réserve que ce salarié s'acquitte des cotisations dues.

Le membre bénéficiaire ou ayant droit est :

- Le (la) conjoint(e), pacsé(e), concubin(e),
- Les enfants de l'assuré à charge fiscalement, et/ou du conjoint,

Jusqu'à 28 ans s'ils poursuivent leurs études et au-delà de 28 ans pour les ayants droits enfants handicapés bénéficiant d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à la 2ème et 3ème catégorie.

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

La mutuelle peut admettre des membres honoraires, personnes morales souscrivant des contrats collectifs.

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

L'adhésion à la mutuelle peut se faire :

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

Article 8 – Adhésion individuelle

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

Les droits et obligations qui résultent de cette adhésion sont ceux du contrat mutualiste exprimé par les statuts et le règlement mutualiste.

Article 9 - Adhésion des membres participants dans le cadre de contrats collectifs obligatoires ou facultatifs

A - Opérations collectives facultatives :

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

B – Opérations collectives obligatoires :

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

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

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

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

Section 2 – La démission – La résiliation – La radiation

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

Article 11 – la radiation
Sont radiés les membres adhérents à titre individuel ou collectif facultatif dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L.221-7, 221-8, 221-17 du Code de la Mutualité. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration.

II) Administration de la mutuelle

1 – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Section 1 – Composition, Élections

Article 12 – Délégués et Collèges
L'Assemblée Générale est composée de délégués élus par tous les membres participants et honoraires. Ils sont répartis en collège. L'étendue et la composition des collèges sont fixées par le Conseil d'Administration.

Article 13 – Composition de l'Assemblée Générale
Les délégués composant l'Assemblée Générale sont répartis en collèges ci-après dénommés :
- collège contrat collectif à adhésion obligatoire,
- collège contrat adhésion facultative individuelle ou collective de salariés en activité,
- collège seniors.

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

Article 14 - Élection et rôle des délégués
Les membres participants et honoraires de chaque collège, à jour de leur cotisation, élisent parmi eux et par correspondance, y compris le cas échéant par voie électronique, les délégués à l'Assemblée Générale de la mutuelle. Les délégués sont élus pour 6 ans, et renouvelables par tiers tous les 2 ans. Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée Générale.
Les délégués représentent les membres participants et honoraires à l'Assemblée Générale.
Ils sont invités à participer chaque année à la (aux) journée(s) de formation organisée(s) par la mutuelle.

Article 15 – Dispositions communes aux mineurs
Les mineurs de plus de 16 ans peuvent exercer le droit de vote à l'Assemblée Générale sous réserve d'être membres participants au sens de l'article 7 des présents statuts.

Section 2 – Réunion de l'Assemblée Générale

Article 16 – Convocation annuelle obligatoire
Le président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale. Il la réunit au moins une fois par an, dans un délai de sept mois à compter de la clôture de l'exercice et dans toutes les hypothèses où il en juge l'urgence.

Article 17 – Autres convocations
L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :
- la majorité des administrateurs composant le conseil,
- les commissaires aux comptes,
- l'autorité de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 à la demande d'un membre participant,
- un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution mentionnée à l'article L.510-1, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- les liquidateurs.

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

Article 18 - Modalités de convocation de l'Assemblée Générale
L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion, dans les conditions prévues par les articles D.114-1 et suivants du Code de la Mutualité. La convocation indiquant le lieu, la date, l'ordre du jour ainsi que les règles de quorum et de majorité applicable aux délibérations correspondantes, est faite par

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

Article 19 – Ordre du Jour

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les délégués peuvent requérir à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale, l'inscription de projets de résolutions dans les conditions prévues à l'article D.114-6 du Code de la Mutualité. L'Assemblée Générale ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour. Lorsqu'une Assemblée Générale n'a pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde assemblée peut être convoquée six jours au moins à l'avance, dans les mêmes formes que la première. La convocation de cette seconde assemblée reproduit la date et l'ordre du jour de la première.

Article 20 – Compétences de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation. Elle est appelée à se prononcer sur :
- les modifications des statuts et du règlement mutualiste,
- les activités exercées,
- le principe et/ou le montant des allocations obsèques prévues dans les garanties santé,
- les montants ou les taux de cotisations ainsi que les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité,
- L'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la mutuelle ou de l'union, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité.
- l'attribution d'indemnité de sujétion aux administrateurs dans le cadre des dispositions prévues par le Code de la Mutualité
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- l'émission des titres participatifs, les émissions d'obligations et de titres subordonnés et d'obligation dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité,
- le transfert de tout ou partie du portefeuille d'opérations, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité,
- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles et unions régies par le livre II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- la nomination des commissaires aux comptes,
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle prévue à l'article 63 relatif à la dissolution dans les présents statuts,
- le rapport du commissaire à la fusion ou à la scission,
- le budget de l'action sociale,
- le budget prévention,
- les délégations de pouvoir prévus à l'article 23 des présents statuts,
- les apports faits aux mutuelles créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité,
- les apports faits à toute personne morale exerçant une activité commerciale, et notamment une société de courtage qu'elle déciderait de créer.
- Elle peut en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement ou encore prendre toutes les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles.

Article 21 – Modalités de vote de l'Assemblée Générale

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

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation des garanties individuelles, la délégation de pouvoir prévue à l'article 23 des présents statuts, les prestations offertes, toute décision de transfert de portefeuille, en acceptation comme en cession, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution et la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués. A défaut, et conformément à l'article D.114-5 du Code de la Mutualité, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de délégués présents représente au moins le quart du nombre total des délégués. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués présents.

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

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

Article 22 – Force exécutoire des décisions de l'Assemblée

Générale
Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres adhérents sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au Code de la Mutualité.
Les modifications des montants des cotisations ainsi que des prestations individuelles et plus généralement les modifications des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

Article 23 – Délégation de pouvoir de l'Assemblée Générale
L'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou taux de cotisations et de prestations individuelles au Conseil d'Administration. Cette délégation n'est valable qu'un an. Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par l'Assemblée Générale la plus proche.

2 – CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1 – Composition, Élections

Article 24 – Composition
La mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé d'administrateurs élus à bulletins secrets par les délégués de l'Assemblée Générale parmi les membres participants et les membres honoraires. Le règlement intérieur précise les conditions de présentation des candidatures et d'élection des administrateurs. Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants. Le Conseil d'Administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité. Le nombre d'administrateurs, par délibération de l'Assemblée Générale, est de 18 au maximum, sans qu'il puisse être inférieur à 10.

Article 25 – Modalités d'élections
Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts, et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletin secret par l'ensemble des délégués de l'Assemblée Générale de la manière suivante :
- L'ensemble des délégués élit les administrateurs par collège.

Article 26 – Conditions d'éligibilité – Limite d'âge
Pour être éligibles au Conseil d'Administration, les membres doivent :
- être âgés de 18 ans révolus et ne pas avoir 70 ans au 31 décembre de l'année d'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité,
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection.
Le nombre de membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration.
Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassés la limite d'âge entraine la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Article 27 – Durée de mandat
Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de 6 ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat. Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :
- Lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle,
- Lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge dans les conditions mentionnées à l'article 26,
- Lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-21 et L.114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- en cas d'opposition à leur nomination par l'ACPR.
Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Article 28 – Renouvellement du Conseil d'Administration
Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles. Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 29 – Vacance
Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale est convoquée par le Président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.
En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission, ou toute autre cause, d'un administrateur, et ne remettant pas en cause le minimum légal du nombre d'administrateur :
Il est pourvu provisoirement par le Conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale ; si la nomination faite par le Conseil d'Administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée Générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

Article 30 – Formation des élus

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

Section 2 – Réunions

Article 31 – Réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins quatre fois par an, sur site ou par visioconférence. Sous réserve qu'ils ne représentent pas une proportion égale ou supérieure à 20% du nombre d'administrateurs fixé par l'Assemblée Générale, sont réputés présents et participent au vote, les administrateurs assistant à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et transmettant au moins le son de la voix et un échange continu et simultané, garantissant ainsi leur participation effective.

Les administrateurs présents par visioconférence ou télécommunication ne prennent pas part aux votes portant sur les points suivants :

- Election du président, décision intéressant directement un administrateur, et d'une manière générale tout vote à bulletin secret en application de dispositions statutaires, légales ou réglementaires;
- Election du bureau et cooptations,
- L'arrêté des comptes clos et l'adoption du rapport de gestion présenté par le conseil d'administration à l'Assemblée Générale.

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

Si la proportion d'administrateurs présents par ce moyen est égale ou supérieure au plafond précité de 20%, alors les administrateurs concernés sont réputés présents invités, sans droit de vote.

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

Le Conseil d'Administration peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions. L'ensemble des participants est tenu de respecter une clause de « confidentialité et discrétion » (article L114-20 du Code de la Mutualité).

Article 32 – Représentation des salariés de la mutuelle au Conseil d'Administration

Un représentant du personnel de la mutuelle, élu dans les conditions ci-après :

Election d'un représentant par le personnel ; le/la candidat(e) est élu(e) pour deux ans et assiste avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration. Sont éligibles les salariés ayant au moins 3 ans d'ancienneté à la mutuelle. Le vote est organisé par la mutuelle sur appel à candidature libre. L'élection a lieu à bulletin secret au scrutin majoritaire à un tour. A égalité de voix, l'élection est acquise au candidat le plus jeune. Les autres modalités du scrutin sont fixées par le Conseil d'Administration. Dans le cas où le mandat du représentant des salariés devient vacant par démission, décès, ou toute autre cause, celui-ci est remplacé par le candidat non élu ayant obtenu le plus grand nombre de voix lors de la dernière élection. Le nouveau représentant ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur. En cas d'absence temporaire à un Conseil d'Administration du représentant élu, celui-ci ne peut être remplacé. Le représentant des salariés est tenu au même devoir de réserve et de discrétion que les administrateurs.

Article 33 – Délibérations du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente ou réputée présente dans les conditions prévues à l'article 31 des statuts. 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 un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

Article 34 – Démission d'office, révocation

Les membres du Conseil d'Administration peuvent, par décision de ce conseil être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions, en cas d'absence sans motif valable à quatre séances au cours de la même année. Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale la plus proche. Tout membre du Conseil qui ne remplirait pas ses fonctions et qui se rendrait coupable d'une faute grave pouvant porter atteinte à la mutuelle peut être suspendu par une décision unanime du Conseil d'Administration. La révocation pouvant être prononcée par la plus proche Assemblée Générale.

Article 35 – Mandataire mutualiste

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

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

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

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

Section 3 – Attributions du Conseil d'Administration

Article 36 – Compétences générales

Le conseil d'Administration détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application. Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle. Plus généralement il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Article 37 – Compétences spéciales

A) A la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité.

B) A la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes combinés du groupe Mutaero qu'il présente à l'Assemblée Générale.

C) Le Conseil d'Administration crée un comité d'audit chargé, sous la responsabilité exclusive et collective des membres du conseil, d'assurer le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières ainsi que la mise en œuvre du plan d'audit annuel validé en Conseil d'Administration. Ses modalités de fonctionnement sont précisées dans la charte du comité d'audit.

Article 38 – Délégations de pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires, soit à un ou plusieurs administratifs. Le Conseil d'Administration peut confier au bureau les attributions suivantes : Toutes attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'Administration par la loi. Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Article 39 – Délégations de pouvoirs au Dirigeant opérationnel

La direction opérationnelle de la mutuelle au sens de l'article L.211-14 du Code de la Mutualité est assurée, sous le contrôle du conseil d'administration et de son président, par une personne physique, portant le titre de dirigeant opérationnel.

Le dirigeant opérationnel est nommé par le conseil d'administration sur proposition du président à la majorité des membres présents.

Le conseil d'administration autorise le président à signer la délégation de pouvoirs nécessaire à la direction effective de la Mutuelle.

Le dirigeant opérationnel, comme les administrateurs, doit répondre aux exigences d'honorabilité et de compétence posées par la réglementation.

Le dirigeant opérationnel est un dirigeant effectif de la mutuelle au sens de l'article L 211-13 du Code de la Mutualité.

Il est mis fin aux fonctions du dirigeant opérationnel sur décision du conseil d'administration, dans le respect des termes du contrat de travail sans préjudice des dispositions de droit du travail.

Le dirigeant opérationnel est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de la mutuelle dans la limite toutefois de la délégation des pouvoirs attribuée par le Conseil d'Administration. Il exerce ces pouvoirs sous le contrôle du conseil d'administration dans la limite de l'objet de la mutuelle et sous réserve de ceux que la loi et les statuts attribuent expressément à l'Assemblée Générale et au conseil d'administration.

Il représente la mutuelle dans ces rapports avec les tiers. La mutuelle est engagée même par les actes du dirigeant opérationnel qui ne relèvent pas de l'objet de la mutuelle à moins que cette dernière ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances. Les dispositions des statuts ou les décisions du conseil d'administration limitant les pouvoirs du dirigeant opérationnel sont inopposables aux tiers.

Il propose au conseil d'administration la désignation des responsables des fonctions clés mentionnées à l'article L.211-12 du Code de la Mutualité, lesquels sont placés sous son autorité.

Il soumet également à l'approbation du conseil d'administration, les procédures définissant les conditions dans 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. Le conseil d'administration entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du directeur opérationnel et de toute autre personne si les membres du conseil d'administration l'estiment nécessaire.

La limite d'âge pour les fonctions de dirigeant opérationnel est fixée à 67 ans.

Lorsqu'un dirigeant opérationnel atteint la limite d'âge, il est réputé démissionnaire d'office à l'Assemblée Générale qui clôture les comptes de l'exercice au cours duquel cette limite d'âge a été atteinte.

En cas d'indisponibilité ou d'empêchement du dirigeant opérationnel, le conseil d'administration détermine les conditions de poursuite de l'activité ou peut nommer temporairement un ou plusieurs dirigeants effectifs de manière à garantir la continuité de la direction effective de la mutuelle.

Le conseil d'administration détermine le mode de rémunération du dirigeant opérationnel et fixe les modalités du contrat de travail. Le conseil d'administration peut solliciter un comité spécialement constitué pour lui donner un avis sur ladite rémunération et le contenu du contrat de travail.

Article 40– Comité d'Audit

Le comité d'audit est chargé d'assurer le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations

comptables et financières. Il doit également vérifier l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques, veiller à ce que les procédures d'analyse et de gestion des risques soient correctement appliquées et apprécier le niveau de maîtrise et de contrôle de ces risques, notamment à travers le contrôle interne.
Dans ce cadre le comité d'audit a élaboré une charte qui définit ses champs d'intervention et notamment le fonctionnement, la composition et les missions du comité d'audit.

Il doit par ailleurs émettre une recommandation sur les commissaires aux comptes qui sont proposés en vue d'être nommés par l'Assemblée Générale.
Agissant sous la responsabilité exclusive et collective du conseil d'administration, il doit rendre compte régulièrement à celui-ci de l'exercice de ses missions et l'informer sans délai de toute difficulté rencontrée.
Il peut être composé d'administrateurs et, par dérogation aux dispositions de l'article L. 823-19 du code de commerce, de « deux membres au plus qui ne font pas partie du conseil d'administration, mais qui sont désignés par lui à raison de leurs compétences ».

Section 4 – Statuts des administrateurs

Article 41 – Indemnités versées aux administrateurs
Les fonctions d'administrateur sont gratuites. La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées à l'article L.114- 26 du Code de la Mutualité.

Article 42 – Remboursement de frais aux administrateurs
La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjours dans les limites fixées par l'article L. 114-26 du Code de la Mutualité.

Article 43 – Situation et comportements interdits aux administrateurs
Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du Code de la Mutualité. Il est interdit aux administrateurs de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts. Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au chiffre d'affaires de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur. Un ancien salarié de la mutuelle ne peut être administrateur de celle-ci pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.
Les anciens membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai de un an à compter de la fin de leur mandat. Toute convention intervenant directement entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou une personne morale dans laquelle l'administrateur est directement ou indirectement intéressé est soumises aux procédures spéciales définies aux articles L.114-32 et L.114-34 du Code de la Mutualité.
Il est interdit aux administrateurs de contracter sous quelque forme des conventions telles que définies à l'article L.114-37 du Code de la Mutualité.

Article 44 – Responsabilité
La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

3 – PRÉSIDENT ET BUREAU

Section 1 – Élection et missions du Président

Article 45 – Élection et révocation
Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Président qui est élu en qualité de personne physique dans les conditions suivantes : Le Président est élu par le Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale. Le Président est élu pour une durée de 2 ans. Il est rééligible. Les conditions de présentation des candidatures et d'élection sont précisées dans le règlement intérieur.

Article 46 – Vacance
En cas de décès, de démission et de perte de qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le premier vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Article 47 – Missions du président
Le Président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale. Il informe, le cas échéant, le Conseil d'Administration des procédures engagées en application du livre 6 du Code monétaire et financier sections 6 et 7, chapitre 2. Le président est dirigeant effectif de la mutuelle au sens de l'article L.211-13 du Code de la Mutualité.
Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.
Il communique aux commissaires aux comptes, comme au conseil d'administration la liste et l'objet de toutes les conventions portant sur des opérations courantes et qui sont conclues en particulier entre la mutuelle et un administrateur, directement ou par personne interposée, conformément aux exigences de l'article L.114-33 du Code de la Mutualité. Il engage les recettes et les dépenses.
Le Président représente la mutuelle en justice tant en demande qu'en défense et dans tous les actes de la vie civile.
Il convoque l'Assemblée Générale au moins une fois par an et dans tous les cas où il en juge l'urgence. Le Président

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

Section 2 – Élection, composition du bureau

Article 48 – Élection
Les membres du bureau sont élus pour deux 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. Les candidatures et fonctions au poste de membre du bureau sont adressées par courrier au Président de la mutuelle, quinze jours au plus tard avant la date de l'élection.

Article 49 – Composition
Le bureau est composé de la façon suivante :
- le (la) Président(e) du Conseil d'Administration,
- les vice-présidents (es),
- le (la) secrétaire général(e),
- le (la) trésorier(e) général(e),
- un ou d'autres membres.

De plus le bureau peut éventuellement accueillir des membres du CODIR (Comité de Direction).

Article 50 – Le (la) vice-président(e)
La mutuelle peut élire un ou plusieurs vice-président(es)(s), dont un(e) Premier(e) Vice-président(e). Le (la) premier(e) vice-président(e) seconde le (la) président(e) qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 51 – Le (la) secrétaire général(e)
Le (la) secrétaire est responsable de la rédaction des procès-verbaux et de la conservation des archives. Le (la) secrétaire peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'Administration confier au directeur / à la Directrice de la mutuelle ou à des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 52 – le (la) trésorier (e) général(e)
Le (la) trésorier(e) prépare et soumet à la discussion du Conseil d'administration :
- les comptes annuels, documents et tableaux qui s'y rattachent,
- les éléments nécessaires à l'élaboration du rapport de gestion prévu à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Il/Elle fait procéder selon les directives du Conseil d'Administration, à l'étude et à la recherche d'investissements à caractère immobilier, dans le cadre de la politique des placements.
Il/Elle peut participer aux travaux du Comité d'audit, sur invitation de son (sa) président(e).

4 – ORGANISATION FINANCIÈRE

Section 1 -Produits et charges

Article 53 – Produits
Les produits de la mutuelle comprennent principalement :
- les droits d'adhésion versés, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale,
- les cotisations globales des membres participants et des membres honoraires,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

Article 54 – Charges
Les charges comprennent, notamment :
1°) les diverses prestations servies aux membres participants et à leurs ayant-droits,
2°) les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
3°) les versements faits aux unions et fédérations,
4°) les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fond,
5°) les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L 111-6 du Code de la Mutualité,
6°) la redevance prévue à l'article L. 612-20 du Code monétaire et financier et affectée aux ressources de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) pour l'exercice de ses missions,
7°) plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

Article 55 – apports et transferts financiers
En cas de création de mutuelles définies à l'article L.111-3 du Code de la Mutualité, la mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la mutuelle créée à condition que ceux-ci ne remettent pas en cause les exigences de solvabilité.

Section 2 – Mode de placement et de retrait des fonds, règle de sécurité

Article 56 – Placements et retraits
Le Conseil d'Administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle compte tenu, en particulier de la Politique écrite sur les placements et investissements qu'il aura préalablement approuvée. Il peut déléguer la réalisation de ces opérations au Président. En cas d'empêchement, ces pouvoirs peuvent être délégués au Dirigeant Opérationnel notamment pour saisir des opportunités en termes de prix d'acquisition ou de rendement.

Article 57 – Provisions et Marges
Les provisions techniques et la marge de solvabilité sont constituées dans les conditions prévues par l'article R. 212-11, R.212-23 à R.212- 26 du Code de la Mutualité.

Article 58 – Adhésion au SFG
La mutuelle adhère au Système Fédéral de Garantie de la Mutualité Française.

Section 3 – Commissaires aux Comptes

Article 59 – Commissions aux comptes
L'Assemblée Générale nomme pour six exercices, deux commissaires aux comptes choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du code du commerce. Le mandat des Commissaires aux comptes prend fin après la réunion de l'Assemblée Générale qui statue sur les comptes du sixième exercice. Les commissaires aux comptes sont convoqués aux assemblées générales et au Conseil d'Administration qui arrête les comptes sociaux et combinés, par le Président de la mutuelle. Ils exercent les missions et effectuent les contrôles et vérifications qui leurs sont dévolues par la loi, en particulier par les articles L.114-32 à L.114-40 et L.212-7 du Code de la Mutualité. Ils signalent dans leurs rapports annuels à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'ils ont relevées au cours de l'accomplissement de leurs missions. Ils joignent à leur rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêt et aides de toutes natures réalisées par la mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du livre III du Code de la Mutualité.

Section 4 – Fonds d'établissement

Article 60 – Montant du fonds d'établissement
Conformément à l'article R 212-1 du Code de la Mutualité, le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100 €. Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions de l'article 2 A des statuts, sur proposition du Conseil d'Administration.

5 – INFORMATION DES ADHÉRENTS ET DISPOSITIONS DIVERSES

Article 61 – Étendue de l'information
Chaque membre de la mutuelle reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste et, en tant que de besoin, des notices d'information correspondant aux contrats collectifs à adhésion facultative ou obligatoire souscrits auprès de la mutuelle ou par la mutuelle au profit de l'ensemble de ses membres ou d'une catégorie d'entre eux. Chaque membre est informé par tout moyen dont la revue de la mutuelle :
- Des modifications apportées aux documents précipités,
- Des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès ;
- Des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 62 – Dissolution volontaire et liquidation
La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle s'effectuent dans les conditions et formes visées à l'article L.212-14 du Code de la Mutualité. Lors de la même réunion, l'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 21 A des présents statuts à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds National de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L.421-1 du Code de la Mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

Article 63 – Médiation
En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur dans les conditions prévues au règlement intérieur.

Article 64 – Interprétation
Les statuts, le règlement mutualiste, le bulletin d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Article 65 – loi applicable
Les présents statuts sont dressés conformément aux dispositions du Code de la Mutualité. Pour toute contestation liée à l'application ou à l'interprétation des présents statuts et règlements, la loi française est seule applicable et particulièrement les dispositions du Code de la Mutualité sous réserve des dispositions de l'article L.225-5 de ce dernier.

Article 66 – Jouissance de la personnalité morale immatriculée répertoire SIRENE
La mutuelle jouira de la personnalité morale à dater de son immatriculation au répertoire SIRENE auprès du secrétaire général du conseil supérieur de la Mutualité. L'état des actes accomplis au nom de la mutuelle en formation, avec indication pour chacun d'eux de l'engagement qui en résulte pour la mutuelle, est annexé aux présents statuts dont la signature emportera reprise des dits engagements par la mutuelle lorsqu'elle aura été inscrite au SIRENE. Pour effectuer le dépôt des présents statuts et des pièces constitutives, tous pouvoirs sont donnés aux porteurs d'une expédition ou d'un extrait.

mutaero
Vous respirez la santé

LE RÈGLEMENT MUTUALISTE

1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article premier – Objet

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

Il est adopté par le Conseil d'administration.

Tout litige concernant l'application ou l'interprétation du règlement mutualiste général est d'abord examiné par le Service Réclamations de la Mutuelle, 34 bvd Riquet – BP 840 - 31015 TOULOUSE cedex 6. En cas de désaccord, le dossier accompagné des éléments indispensables à l'examen de la (des) prétention(s) sera transmis par la partie la plus diligente au Service Médiation de la FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75015 PARIS. Un avis sera rendu par le médiateur désigné par la FNMF, qui s'imposera aux parties.

Article 2 – Réglementation applicable

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

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

Article 3 – Bénéficiaires des prestations

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

L'ayant droit est l'époux, ou épouse, le concubin ou la concubine, le Pacsé ou la Pacsée et leurs enfants fiscalement à charge.

Article 4 – Catégories de bénéficiaires

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

- Catégorie individuelle : membre participant sans ayant droit,
- Catégorie monoparentale : membre participant élevant seul un ou plusieurs enfants à charge,
- Catégorie familiale : membre participant et sa famille (conjoint(e) - concubin(e) - pacsé(e) – enfant(s) fiscalement à charge).

2 – OBLIGATION DE LA MUTUELLE ET DE CES ADHÉRENTS

Section 1 – Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 5

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

Article 6 – Obligation d'exactitude

Le membre participant doit répondre avec exactitude aux renseignements demandés dans les documents de souscription et fournir les justificatifs exigés pour tous les bénéficiaires du contrat.

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

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

- si celle-ci-est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, la garantie prend fin 10 jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue alors au membre participant la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.
- si elle est constatée après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 7 – Obligation de déclaration en cas de changement de situation

D'une manière générale, les membres participants doivent signaler à la mutuelle, dans le mois qui suit l'événement, les changements suivants survenant dans leur situation ou celle de leur ayant droit ou bénéficiaire :

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

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

Article 8

Lorsqu'un membre participant se marie, son (sa)

conjoint(e) peut devenir ayant droit ou membre participant, il doit pour cela garnir un bulletin d'adhésion et le présenter aux services administratifs de la mutuelle. Il en sera de même pour un concubin ou une concubine, un Pacsé ou une Pacsée.

Article 9
Quand un membre participant, à titre individuel ou collectif facultatif, pour quelque raison que ce soit (décès, départ dans un pays étranger ou autres causes imprévues) perd ses droits ou renonce à son statut l'ayant droit assuré social obligatoire ou volontaire pourra devenir membre participant. Il ne pourra bénéficier de toute la plénitude de ses droits pour la couverture des bénéficiaires à sa charge que dans la mesure où ces mêmes droits lui seront reconnus par la sécurité sociale.

Article 10
L'ayant droit en instance de divorce, ou divorcé, peut, sur sa demande devenir membre participant à titre individuel ou collectif facultatif ; il pourra éventuellement couvrir les enfants qui seraient fiscalement à sa charge avec sa propre cotisation familiale. La régularisation de la situation s'effectuera le mois suivant la réception de cette demande.

Article 11
Lorsque dans une famille l'époux, l'épouse, le (ou la) pacsé(e), le (ou la) concubin(e) sont tous les deux inscrits comme membres participants à titre individuel ou collectif facultatif celui des deux qui désirera passer en catégorie ayant droit le pourra sur sa demande écrite et selon les modalités du contrat du membre participant.

Article 12
Tout membre participant à titre individuel ou collectif facultatif, quittant l'entreprise ayant adhéré aux présents statuts et règlement mutualiste conserve la possibilité de rester adhérent sur simple demande écrite adressée à la mutuelle.

Article 13
Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle qui est affectée à la couverture des garanties souscrites pour eux-mêmes ainsi que pour leurs ayants droit et assurées directement par la Mutuelle. Les cotisations sont déterminées par le Conseil d'Administration par délégation de l'Assemblée Générale. Elles sont revues, et fixées tous les ans et portées à la connaissance des membres participants par l'intermédiaire de l'avis d'échéance annuelle, selon les conditions prévues à l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité.
Les cotisations sont déterminées en fonction de la garantie choisie et varient avec l'âge et l'ancienneté d'adhésion à la mutuelle,
- Il est tenu compte des notions : adulte et enfant. Sont exonérés d'une demi-cotisation adulte :
- Les mutualistes assurés sociaux qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % de la sécurité sociale au titre de l'invalidité pour tous les actes à l'exception des médicaments dont le taux de remboursement est fixé à 30% et à 15% par l'assurance maladie.
-Les mutualistes assurés sociaux relevant de l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre et assimilés

Article 14
Les membres honoraires payent une cotisation dont le montant est laissé à leur libre détermination.

Article 15
Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

3 - CONDITIONS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 16
Les cotisations sont toujours exigibles et dans tous les cas ; aucune exonération ne pourra être demandée, sauf dispositions particulières prévues au présent règlement. Les cotisations sont perçues chaque mois et d'avance, de la manière suivante :
A) Pour les membres participants salariés des entreprises ayant souscrit un contrat groupe à caractère obligatoire, les cotisations seront retenues sur le bulletin de salaire en fin de mois. Le bulletin de salaire fait foi du paiement des cotisations.
B) Pour tout autre membre participant, elles seront réglées par tout moyen, hors espèces.
Le membre participant à titre individuel ou collectif facultatif qui négligerait de payer régulièrement sa cotisation pourra faire l'objet d'une procédure de suspension des garanties puis de résiliation de l'adhésion prévue à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité.

Article 17
En cas de réclamation de cotisations indues, le membre participant se verra appliquer la prescription quinquennale fixée à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité. Le rappel de cotisation ne pourra excéder six mois de cotisations. De même, si une modification non signalée et concernant la situation du participant et celle de ses ayants droits avait conduit la mutuelle à percevoir des cotisations à tort, l'adhérent ne pourrait demander le remboursement de ces cotisations que pour un montant équivalent à six mois de cotisations au maximum. Les membres participants sont priés de vérifier chaque mois les retenues de cotisations effectuées sur leur feuille de paie ou sur leurs relevés bancaires et d'adresser le cas échéant leurs réclamations immédiatement aux services administratifs de la mutuelle.

4 – CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 18
Les prestations sont servies dès la prise d'effet de l'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation et à condition que la date des soins et la date de survenance des évènements (allocation naissance) soient postérieures à la prise d'effet de l'adhésion. Ne sont

pas pris en charge les séjours en établissement hospitalier ou clinique (frais de séjours, forfait journalier, honoraires, chambre particulière…) dont le premier jour se situe avant la date d'effet de l'adhésion. Les prestations garanties sont servies conformément à celles choisies sur le bulletin d'adhésion. Elles sont limitées aux frais réellement engagés, en tenant compte de l'intervention du régime obligatoire et de tout autre organisme complémentaire dont bénéficie également l'adhérent.

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

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

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

Article 19

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement, sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. En particulier, les demandes de remboursements doivent parvenir à la mutuelle dans un délai de deux ans à compter du remboursement sécurité sociale ou de la survenance de l'événement donnant lieu à la prestation.
Tout relevé de prestations payées par la sécurité sociale depuis plus de deux ans ne sera pas remboursé par la mutuelle.
Toutefois, ce délai ne court :
- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- 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.
Dans le cas où l'ayant droit ou le bénéficiaire est mineur ou majeur placé sous régime de protection légale, ce délai ne commence à courir qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa pleine capacité juridique.
De plus, quand l'action du membre participant ou ayant droit ou bénéficiaire contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.
La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil, soit :
- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- Citation en justice (même en référé),
- Un acte d'exécution forcée tel qu'un commandement ou une saisie, signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire.
La prescription est également interrompue, conformément aux termes de l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, en cas de :
- Désignation d'expert(s) à la suite d'un sinistre,
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par la mutuelle à l'assuré en ce qui concerne le paiement de la prime, par l'assuré à la mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).
En application de l'article L.221-12-1 du Code de la mutualité et par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 20

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

Article 21

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

prescription médicale.

Article 22

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

Article 23 – Obligation d'information du membre participant

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification du présent règlement sont portés à la connaissance de chaque membre participant, notamment par courrier simple, par mail, ou le site web de la mutuelle (http://www.mutaero.net). De plus, les modifications relatives aux montants ou taux de cotisations sont récapitulées dans l'avis d'échéance annuel que le membre participant reçoit, en fin d'année, au titre de l'année suivante.

5 • CONDITIONS DE DÉMISSION, RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION

Article 24 – Démission, résiliation

La démission est donnée par lettre recommandée avec accusé de réception au Président de la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre (soit au plus tard le 30 octobre pour le 31 décembre). Elle ne dispense pas du paiement de la cotisation jusqu'à la fin de l'année civile. Elle peut également intervenir à l'issue d'un délai de 20 jours à compter de l'envoi de l'avis d'échéance annuel spécifiant des modifications de garanties et / ou de cotisations conformément à l'article L. 221-10-1 du Code de la mutualité. La renonciation par l'adhérent à la totalité des prestations servies par la mutuelle, entraîne de plein droit la démission de la mutuelle et la perte de sa qualité d'adhérent. La résiliation est demandée selon les mêmes modalités que pour la démission.

Article 25 – Radiation

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

Article 26 – Exclusion

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

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

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

6 – OBLIGATION DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS

Section 1 – Prestations accordées par la mutuelle

Article 28

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

Article 29

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

- La participation forfaitaire d'un euro pour consultation et actes médicaux dispensés par des médecins généralistes et spécialistes en ville, dans un établissement ou un centre de santé et pour les actes de biologie, et la franchise annuelle visée par l'article L. 322-2 du Code de sécurité sociale.
- La majoration de la participation de l'assuré en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant - article 7 de la Loi 2004 – 810 du 13 août 2004.
- Les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations pour les assurés en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant - article 8 de la Loi 2004 - 810 du 13 août 2004.
- Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au professionnel au dossier médical personnel - article 3 de la Loi 2004 - 810 du 13 août 2004.
- Le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée - article 6 de la Loi 2004- 810 du 13 août 2004.

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

Les montants et pourcentages communiqués dans l'annexe santé sont fixés en application de la législation en vigueur à la date des soins, tarif conventionnel ou tarif de responsabilité ou tarif d'autorité. Les membres participants et ayants droits bénéficient des prestations

Article 30

La mutuelle verse des prestations définies dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle et aux conditions prévues par celle-ci aux adhérents qui l'auraient choisie comme gestionnaire du régime complémentaire.

Article 31 – Action et Fonds d'action sociale

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

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

Article 32 - Allocation maternité

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

Article 33

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

Article 34

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

Section 2 – Subrogation

Article 35

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

Article 36 - Informatique et liberté

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

La Mutuelle veille à ce que les membres participants consentent de manière claire et non équivoque, préalablement à l'adhésion, à la collecte puis au traitement de leurs données personnelles. La Mutuelle les informe de la finalité et de la base juridique du traitement (caractère règlementaire ou contractuel), des destinataires identifiés des données, de la durée de conservation des données et des modalités d'exercice des droits des adhérents concernés par le traitement à savoir, le droit d'accès, le droit de rectification et d'opposition, le droit à la portabilité des données en cas de changement d'organisme d'assurance ainsi que le droit à l'oubli qui peuvent être adresser, accompagner d'une copie du titre d'identité, à l'adresse suivante : MUTAERO - 34 bvd Riquet - CS 21504 31015 TOULOUSE cedex 6. La mutuelle met en place des procédures internes permettant d'assurer la protection des données dès la conception des traitements.

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

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

LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR

1 – ADMISSION - CONDITIONS D'ADHÉSION

Article 1
Toute personne qui désire faire partie de la mutuelle à titre de membre participant devra remplir les conditions prévues à l'article 7 des statuts. L'adhésion prendra effet à compter du premier jour du mois qui suit la date d'arrivée dans les services du bulletin d'adhésion . Le paiement des prestations ne peut prendre effet qu'à compter de la date d'adhésion. Tout mois entamé est dû.

Toutefois, dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance, conformément aux dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, celui-ci dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où le membre participant reçoit par écrit ou sur un autre support durable les conditions d'adhésion et les informations mentionnées à l'article L.121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée précédemment. Il lui suffit, pour ce faire, d'envoyer au siège social de la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser le numéro de la catégorie) et demande à recevoir le remboursement des cotisations déjà versées dans un délai de 30 jours calendaires».

De plus, conformément aux dispositions de l'article L. 221-18-1 du code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Il lui suffit, pour ce faire, d'envoyer au siège social de la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception, libellée comme suit : « je soussigné(e), nom et prénom, déclare renoncer à mon contrat (préciser le numéro de la catégorie) et demande à recevoir le remboursement des cotisations déjà versées dans un délai de 30 jours calendaires. »

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

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

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

2 – SUBSTITUTION

Article 2
Toute opération de substitution décidée par l'Assemblée Générale donnera lieu à l'établissement d'une convention de substitution. Cette convention fixera les relations entre la mutuelle substituant et la mutuelle substituée.

3 – RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU BUREAU

Article 3
Les réunions du Bureau ainsi que celles du Conseil d'Administration auront lieu de préférence dans les locaux de la mutuelle.

Article 4
Ces réunions feront l'objet de convocations envoyées à domicile par le Président cinq jours avant la date de la réunion. Les convocations du Conseil d'Administration seront établies avec un ordre du jour.

Article 5
Les délibérations du Conseil d'Administration respecteront un ordre du jour établi. Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé, de préférence par le Conseil d'Administration suivant.

Article 6
Les Présidents ou représentants des mutuelles substituées peuvent assister sur invitation aux séances du Conseil d'Administration avec voix consultative. Ils sont convoqués au Conseil d'Administration qui clôture et arrête les comptes sociaux et combinés. Ils ont une voix consultative durant ce Conseil.

4 – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 7
Lors de chaque Assemblée, le Président suit l'ordre du jour établi préalablement par le Conseil d'Administration. Une proposition soutenue par le quart au moins des membres délégués devra être portée à la connaissance du Président cinq jours au moins avant l'Assemblée Générale afin que celui-ci puisse la porter à l'ordre du jour.

Article 8
Les élections de délégués ont lieu à bulletins secrets selon le mode de scrutin suivant :
- il est procédé à l'élection des délégués par correspondance et/ou par voie électronique. L'Assemblée Générale est composée de 70 délégués au maximum élus par les collèges proportionnellement aux membres participants. Chaque délégué dispose d'une voix à l'Assemblée Générale.

Article 9
Seuls les délégués ont le droit de vote. L'organisation et les modalités pratiques du vote par correspondance pour l'élection des délégués par collège sont définies par le Conseil d'Administration, conformément au Code de la Mutualité. Il en va de même pour l'organisation et les modalités pratiques du vote par voie électronique.

Article 10
A chaque Assemblée Générale, le Président fait sanctionner le procès-verbal de la précédente Assemblée Générale. Un compte rendu de l'Assemblée Générale est publié dans la revue trimestrielle de la mutuelle qui suit l'Assemblée Générale.

Article 11
Le Président accorde la parole à tout délégué qui la demande ; il a le droit de la retirer à ceux qui sortiraient du sujet inscrit à l'ordre du jour ou qui prononceraient des paroles susceptibles de troubler l'ordre de l'Assemblée. Tout délégué qui trouble le cours des séances est tenu de quitter l'Assemblée.

Article 12
Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale ne peut pas voter par procuration.

5 – CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 13
Le Conseil d'Administration est réparti en collèges.
L'ensemble des délégués élit les administrateurs par collège. Leur nombre est défini proportionnellement aux membres participants représentés par collège.
- En cas de divisibilité parfaite du plus fort reste, pour l'attribution des postes d'administrateurs, le collège le moins représenté en sera bénéficiaire.
En cas d'égalité parfaite entre collège, l'administrateur le plus jeune sera élu.

- Les administrateurs sont élus parmi les membres participants ayant fait acte de candidature dans les conditions prévues par les présents statuts. Pour les mutuelles substituées : le Président ou le représentant de chaque mutuelle substituée peut assister sur invitation aux Conseils d'Administration.

Article 14
Tout membre participant remplissant les conditions prévues à l'Article 13 des Statuts, qui désirerait présenter sa candidature lors de l'élection des membres du Conseil d'Administration devra en adresser la demande par lettre au Président, au plus tard trente jours avant l'Assemblée Générale. Le Conseil d'Administration est élu à bulletin secret par l'Assemblée Générale.

Article 15
Le Conseil d'Administration peut créer toute commission, comité ou groupe de travail qu'il juge utile au bon fonctionnement de la mutuelle : Les commissions sont composées d'administrateurs de la mutuelle. Elles peuvent accepter des délégués. Il existe notamment :
- Commission des statuts,
- Commission de la presse et de la communication,
- Commission d'action sociale,
- Commission prévention,
- Commission animation,
- Commission formation,
- Comité gestion des risques.

Le Président est membre de droit de toutes les commissions.

6 – STATUTS, RÈGLEMENTS ET MÉDIATION

Article 16
Dans tous les cas non prévus par les statuts, le règlement mutualiste et le règlement intérieur, le Conseil d'Administration statuera par vote définitivement et sans appel. Ces décisions seront portées à la connaissance des intéressés par note écrite.

Article 17
En cas de modification du règlement intérieur, le Conseil d'Administration portera ces modifications à la connaissance des mutualistes par tout moyen à sa convenance. Les décisions prises devront être ratifiées par la prochaine Assemblée Générale.

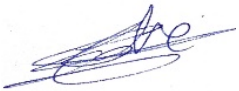
Article 18
En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et des règlements ou en cas de litiges survenant entre l'adhérent et la mutuelle dans l'application des contrats, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur..
Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser à :

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

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

Article 19
Le présent règlement, ainsi que les statuts et le règlement mutualiste seront imprimés en nombre suffisant pour que chaque mutualiste en soit pourvu, afin qu'il connaisse ses droits et les devoirs qu'il a à remplir et n'en prétexte l'ignorance. De plus les présents statuts et règlements ont consultables sur le site internet de la mutuelle.

Le Président
François CODINE



Le Secrétaire Général
Gérard CAMACHO

mutaero
Vous respirez la santé

34 Bd Riquet – CS 21504
31015 Toulouse cedex 6

Site : www.mutaero.net