



Statuts d'Ociane

Statuts approuvés par l'assemblée générale
du 19 octobre 2002

Règlement mutualiste « individuels »

Complémentaire maladie accidents



Statuts d'Ociane

Statuts approuvés par l'assemblée générale du 19 octobre 2002

Modifications approuvées par l'assemblée générale du 12 juin 2004, l'assemblée générale du 17 juin 2006, l'assemblée générale du 16 mai 2009, l'assemblée générale du 28 mai 2010, l'assemblée générale du 10 juin 2011, l'assemblée générale du 25 mai 2012, l'assemblée générale du 19 avril 2013, l'assemblée générale du 6 juin 2014, l'assemblée générale du 12 juin 2015, l'assemblée générale du 17 juin 2016, l'assemblée générale du 2 novembre 2016, l'assemblée générale du 16 juin 2017, l'assemblée générale du 8 juin 2018, l'assemblée générale du 5 juin 2019, l'assemblée générale du 22 octobre 2019, du 19 juin 2020, du 14 juin 2023, du 12 juin et du 5 décembre 2024.



Titre I

Formation, objet et composition de la mutuelle

Chapitre I – Formation et objet de la mutuelle

Article 1

**Dénomination
de la mutuelle**

Une mutuelle appelée « Mutuelle Ociane » est établie 35, rue Claude-Bonnier 33000 Bordeaux. Elle est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité. Elle est inscrite au répertoire des entreprises Sirene sous le n° 434 243 085.

Article 2

**Objet de la
mutuelle**

La mutuelle a pour objet de mener des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide dans l'intérêt de ses membres et de leur famille, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Dans ce cadre, elle se propose :

- de fournir à ses membres, dans le cadre d'opérations individuelles et collectives, des prestations d'assurance relevant des branches 1-Accidents, 2-Maladie, 20-Vie-décès, 21-Nuptialité-natalité ;
- de conclure des contrats de co-assurance avec des mutuelles, des institutions de prévoyance ou des entreprises régies par le Code des assurances pour les opérations collectives obligatoires ou facultatives couvrant les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail, invalidité et décès ;
- d'accepter en réassurance les engagements susvisés relevant des branches 1, 2, 20 et 21 susvisées, et céder en réassurance, à tout organisme autorisé à pratiquer cette activité, tout ou partie des risques qu'elle couvre ;
- de se substituer aux mutuelles ou unions qui le demandent, pour des opérations relevant des branches susvisées 1, 2, 20 et 21 ;
- de souscrire au profit de ses adhérents des contrats d'assurance collectifs dans les domaines visés à l'article L. 111-I-1° du Code de la mutualité, en vue de leur offrir des prestations d'assurance qu'elle ne propose pas elle-même ;
- de gérer des activités sociales à titre accessoire, dans les conditions prévues par l'article L. 111-1-III du Code de la mutualité, en particulier, un fonds de secours ;
- de permettre à ses membres l'accès aux réalisations sanitaires et sociales et aux prestations d'action sociale d'autres mutuelles ou unions par voie de convention, ou des unions auxquelles elle adhère à cet effet ;
- 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 ;
- d'assurer, à titre accessoire, la prévention des 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.

La mutuelle peut, à titre accessoire, présenter des garanties dont le risque est porté par des organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance.

Elle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

La mutuelle peut déléguer de manière totale ou partielle la gestion d'un contrat collectif.

La mutuelle peut créer une Union de groupe mutualiste (UGM) ou une Union mutualiste de groupe (UMG). Elle peut également adhérer à ce type d'unions.

Enfin, elle peut s'affilier à une espace personnel (SGAM).

Article 2-1

**Le mécanisme
de substitution**

Conformément à l'article L.211-5 du Code de la mutualité, la Mutuelle Ociane peut conclure en tant que mutuelle substituante une convention de substitution avec des unions ou mutuelles substituées. Dans ce cas, il s'agit d'opérations directes de la mutuelle substituante.

La substitution s'étend à l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par la mutuelle ou l'union substituée et est assurée par la mutuelle substituante unique.

La mutuelle substituante donne aux mutuelles ou unions substituées leur caution solidaire pour l'ensemble de leurs engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis de l'ensemble des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.

À ce titre, la mutuelle substituante exerce un pouvoir de contrôle sur la mutuelle ou l'union substituée, y compris en ce qui concerne leur gestion qui comporte a minima une autorisation préalable du conseil d'administration ou de l'assemblée générale de la

mutuelle substituant pour la fixation des prestations et des cotisations, pour la désignation du dirigeant opérationnel si la mutuelle ou 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 de contrats d'externalisation 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.

En cas de carence de la mutuelle ou de l'union substituée pour fixer ces paramètres, ils sont déterminés par la mutuelle substituant.

Article 3

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 tels que les définit l'article L. 111-1 du Code de la mutualité.

Article 4

Règlement mutualiste

Des règlements mutualistes, définissant le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations, sont établis par le conseil d'administration et approuvés par l'assemblée générale. Ils déterminent les conditions d'application des présents statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

Chapitre II – Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

Section I – Adhésion

Article 5

Catégories de membres

La mutuelle se compose des membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques qui ont adhéré à la mutuelle, bénéficient des prestations et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Dans les présents statuts et les documents utilisés par la mutuelle, le « membre participant » peut également être désigné sous le terme « d'adhérent ».

Les membres honoraires sont les personnes physiques qui payent une cotisation ou font des dons sans bénéficier des prestations de la mutuelle, ou encore les personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif auprès de la mutuelle et qui en font la demande. Leur adhésion est admise par le conseil d'administration.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- le conjoint, le concubin ou le partenaire lié au membre participant par un pacs ;
- les enfants célibataires jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle a lieu leur 28^e anniversaire et toute personne inscrite comme bénéficiaire du régime obligatoire d'Assurance maladie du membre participant, de son conjoint ou du partenaire lié au membre participant par un pacs. La limite d'âge prévue pour les enfants célibataires ne s'applique pas aux enfants bénéficiant des allocations pour personnes handicapées ;
- toute personne à la charge des membres participants selon la définition qu'en donnent le règlement mutualiste applicable à la garantie souscrite ou les conditions particulières du contrat collectif.

À 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.

Article 6

Adhésion annuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 5 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, et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Article 7

Adhésion dans le cadre des contrats collectifs

I. Opérations collectives facultatives :

la qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

II. 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 ce en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

<p>Article 8</p> <p>Adhésion: date d'effet et reconduction</p>	<p>L'adhésion est annuelle. Pour les adhésions individuelles, la première période d'adhésion se termine au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite d'année en année par tacite reconduction.</p> <p>Pour les adhésions collectives, la date d'échéance annuelle et les modalités de reconduction sont définies par le contrat.</p>
<p>Section II – Démission, radiation, exclusion</p>	
<p>Article 9</p> <p>Démission</p>	<p>Le membre participant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, l'employeur ou la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle.</p> <p>Pour les règlements ou contrats relevant des branches ou des catégories de contrats définies par l'article R. 221-5 du Code de la mutualité, le membre participant peut dénoncer l'adhésion et l'employeur ou la personne morale souscriptrice peut résilier le contrat collectif ou dénoncer l'adhésion, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou par l'employeur ou la personne morale souscriptrice. Le droit de dénonciation prévu à l'alinéa précédent n'est pas ouvert au membre participant dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire mentionnées au 2° du III de l'article L.221- 2 du Code de la mutualité.</p> <p>Pour les membres participants adhérant à la mutuelle à titre individuel, elle peut également être donnée dans un délai de trois mois suivant la réalisation de l'un des événements définis par l'article L. 221-17 du Code de la mutualité.</p> <p>La démission entraîne de plein droit la perte de la qualité de membre participant et d'ayant droit de la mutuelle.</p>
<p>Article 10</p> <p>Radiation</p>	<p>Sont radiés les membres participants qui n'ont pas payé leurs cotisations ou fractions de cotisations à leur date d'échéance et après l'envoi d'une mise en demeure, dans les conditions et délais définis par les articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-17 et L. 223-19 du Code de la mutualité et précisés par le règlement mutualiste.</p> <p>En ce qui concerne les membres participants adhérant à la mutuelle à titre individuel, ils peuvent également être radiés par la mutuelle dans un délai de trois mois suivant la réalisation de l'un des événements définis par l'article L.221-17 du Code de la mutualité.</p> <p>La radiation entraîne de plein droit la perte de la qualité de membre participant et d'ayant droit de la mutuelle.</p> <p>Les membres honoraires peuvent être radiés dès lors qu'ils n'ont pas acquitté leur cotisation dans un délai de trois mois suivant l'échéance.</p> <p>La radiation est, dans tous les cas, prononcée par le conseil d'administration ou toute autre personne ayant reçu délégation de celui-ci. Il peut toutefois être sursis par le conseil à l'application de cette mesure pour les membres qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.</p>
<p>Article 11</p> <p>Exclusion</p>	<p>Peuvent être exclus de la mutuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les membres participants ou leurs ayants droit qui, de mauvaise foi, ont fait des déclarations inexactes ou ont omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la mutuelle, selon les modalités prévues par les articles L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la mutualité ; • les membres participants ou leurs ayants droit qui se sont rendus coupables de fraude ou de tentative de fraude, que ce soit dans le paiement des cotisations ou pour l'obtention de prestations indues ; • les membres participants et honoraires qui portent atteinte aux intérêts de la mutuelle ou à ceux du Groupe Matmut auquel elle appartient ; • les membres participants ou leurs ayants droit qui se rendent coupables de violences ou d'incivilités envers d'autres membres de la mutuelle, ses représentants ou les membres du personnel. Ce motif d'exclusion est étendu aux faits commis dans les agences du Groupe Matmut. <p>Le membre, pour ces motifs, peut voir son exclusion de la mutuelle prononcée par la direction générale.</p>

**Conséquences de
la démission,
de la radiation et
de l'exclusion**

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des dispositions des articles L. 221-17 et L. 221-10-1 du Code de la mutualité.

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

Titre II

Administration de la mutuelle

Chapitre I – Assemblée générale

Section I – Composition, élection

Article 13

Composition de l'assemblée générale

Tous les membres participants et honoraires sont répartis en sections de vote. L'étendue et la composition des sections sont fixées par le conseil d'administration.

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote à jour de leurs cotisations.

Article 14

Élection des délégués

Les membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations élisent, sur la base des effectifs connus au 31 décembre de l'année précédente, un délégué par tranche de 3500 membres participants au moins ou fraction d'au moins 2000. Les délégués suppléants étant élus de la même façon.

Toutefois, quand il existe des sections de vote spécifiques pour les adhérents des groupes d'entreprise, un même groupe d'entreprise ne pourra disposer de plus de deux délégués issus de la même section de vote.

Les délégués sont élus pour 6 ans, et sont renouvelés par tiers tous les 2 ans, parmi les membres participants de la mutuelle, âgés de 18 ans accomplis, à jour de leurs cotisations. Ils ne peuvent être salariés de la mutuelle.

S'ils perdent leur qualité de membres, ils perdent par là-même celle de délégué.

Les élections des délégués ont lieu par correspondance soit sous pli fermé, soit par voie électronique ou par tout autre moyen garantissant la sécurité et le secret des votes au scrutin de liste majoritaire à un tour et sans panachage.

Chaque liste doit comporter un nombre de candidats titulaires équivalent à celui des délégués à élire. Elle doit également comporter un nombre de candidats suppléants au moins égal à la moitié de celui des délégués titulaires.

Les candidats doivent obligatoirement appartenir à la section de vote dont ils sollicitent les suffrages. Pour être recevables, les listes doivent être complètes et avoir été déposées au siège de la mutuelle au plus tard le 31 janvier précédant la date des élections.

Compte tenu du nombre important de membres participants et honoraires et de leur dispersion géographique et afin de permettre à chacun d'entre eux de participer à la vie de la mutuelle, celle-ci est organisée en sections qui ont pour objet d'assurer un lien permanent entre les membres, les délégués élus et les salariés de la mutuelle.

Tous les membres participants et honoraires de la mutuelle sont répartis en sections de vote.

Lorsqu'une même personne morale, membre honoraire, a conclu un ou plusieurs contrat(s) collectif(s) et que les membres participants visés par ces différents contrats sont répartis sur des zones géographiques correspondant à des sections de vote différentes, elle est rattachée à la section de vote du lieu de son siège social.

Chaque délégué présent ou représenté dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

Article 15

Vacance

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission, ou pour toute autre cause, d'un délégué de section, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant figurant sur la même liste et dans l'ordre de cette liste.

Chaque délégué présent ou représenté dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

En cas d'impossibilité d'assister à l'assemblée générale, tout délégué peut s'y faire représenter par un autre délégué. La procuration est signée par le mandant qui indique ses nom, prénoms et domicile.

Le mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées successives convoquées avec le même ordre du jour.

Un même délégué ne peut disposer de plus de trois mandats.

Section II – Réunions de l'assemblée générale

Article 16 Convocation annuelle obligatoire	<p>Le président du conseil d'administration convoque l'assemblée générale. Il la réunit au moins une fois par an.</p> <p>À défaut de réunion de l'assemblée générale annuelle, le président du tribunal de grande instance 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.</p>
Article 17 Autres convocations	<p>L'assemblée générale peut également être convoquée, à tout moment, par les personnes et dans les conditions prévues par l'article L. 114-8 du Code de la mutualité, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none">• par la majorité des administrateurs composant le conseil ;• par les Commissaires aux comptes ;• par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant ;• par un administrateur provisoire nommé par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;• par les liquidateurs ;• à défaut, selon les modalités définies au dernier alinéa de l'article 16 ci-dessus.
Article 18 Modalités de convocation de l'assemblée générale	<p>L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion. La convocation est faite par lettre ordinaire adressée à chaque délégué ou selon toute autre modalité prévue par la législation en vigueur.</p> <p>Lorsqu'une assemblée n'a pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde assemblée peut être convoquée dans les délais mentionnés au Code de la mutualité dans les mêmes formes que la première.</p> <p>La convocation de cette seconde assemblée reproduit l'ordre du jour de la première convocation.</p>
Article 19 Ordre du jour	<p>L'ordre du jour des assemblées générales est fixé par le président du conseil d'administration et, plus généralement, par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations. Toutefois, tout projet de résolution dont l'inscription à l'ordre du jour est demandé par le quart au moins des membres de l'assemblée générale, est obligatoirement soumis à l'assemblée générale.</p> <p>Cette demande doit être adressée au moins cinq jours avant la date de l'assemblée générale par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.</p>
Article 20 Modalités de vote de l'assemblée générale	<p>I. Sous réserve des stipulations du II ci-après, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre des délégués présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal au quart du total des délégués.</p> <p>Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée peut être convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L. 114-13.</p> <p>Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés.</p> <p>II. Lorsqu'elle se prononce :</p> <ul style="list-style-type: none">• sur la modification des statuts ;• les activités exercées,• les montants ou taux de cotisation des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 ;• les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 ;• la délégation de pouvoir prévue à l'article L. 114-11 ;• le transfert de portefeuille ;• les principes directeurs en matière de réassurance ;• les règles générales en matière d'opérations collectives ;• la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle ;• la création d'une mutuelle ou d'une union ;• l'affiliation à une SGAM ou le retrait de celle-ci ;• l'adhésion à une UMG ou le retrait de celle-ci ; <p>L'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal à la moitié du total des membres.</p>

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, représente au moins le quart du total des membres.

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

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 20-II ci-dessus.

L'assemblée générale désigne un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du conseil d'administration. Ils disposent des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif, sous réserve des pouvoirs dévolus par les statuts et par la loi à l'assemblée générale.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs du conseil d'administration.

L'assemblée générale approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

Le produit net de la liquidation est dévolu, par délibération de l'assemblée générale, à une ou plusieurs autres mutuelles ou unions, au Fonds national de solidarité et d'action mutualistes, ou encore, au Fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la mutualité.

Section III – Attributions de l'assemblée générale

I. L'assemblée générale ne délibère valablement que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Elle peut cependant, à tout moment, même si ces questions ne sont pas inscrites à l'ordre du jour, révoquer et remplacer les administrateurs et prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Elle élit et révoque les membres du conseil d'administration.

Elle désigne le ou les Commissaires aux comptes et leurs suppléants.

II. L'assemblée générale se prononce obligatoirement sur :

- 1° - les modifications des statuts ;
- 2° - les activités exercées ;
- 3° - les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L. 114-1, 5° alinéa du Code de la mutualité ;
- 4° - l'adhésion à tout type d'union ou fédération régie par le Code de la mutualité, l'adhésion à une Société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM) régie par le Code des assurances ainsi que la conclusion d'une convention d'affiliation à celle-ci, la conclusion et la résiliation d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, la création ou la participation à la création d'une autre mutuelle ou de tout type d'union ou fédération régie par le Code de la mutualité ;
- 5° - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;
- 6° - l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité, ou encore de certificats mutualistes dans les conditions de l'article 221-10, 221-20 et R 114-10 du Code de la mutualité ;
- 7° - le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire ;
- 8° - le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- 9° - les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- 10° - le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-32 du Code de la mutualité ;
- 11° - le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les Livres II et III du Code de la mutualité auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39 du même Code ;
- 12° - la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
- 13° - les délégations de pouvoir prévues à l'article 24 des présents statuts ;

- 14° - les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité ;
15° - toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article **23**
Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale

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

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

Article **24**
Délégation de pouvoir de l'assemblée générale

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants, des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration.

Cette délégation n'est valable que pour un an.

Chapitre II – Conseil d'administration

Section I – Composition, élections

Article **25**
Composition

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 24 à 30 administrateurs.

Le conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants.

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeant 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.

Les administrateurs ne peuvent appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations. Toutefois, dans le décompte des mandats, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité, ni ceux détenus dans les fédérations définies à l'article L. 111-5 du Code de la mutualité et les unions qui ne relèvent ni du Livre II ni du Livre III, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

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

Le conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes, la proportion d'administrateurs de chaque sexe ne pouvant être inférieure à 40 % de la totalité des membres, dans les conditions visées à l'article L.114-16-1 du code de la mutualité.

Article **26**
Présentation des candidatures

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception reçue dix jours francs au moins avant la date de l'assemblée générale.

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

Pour être éligibles au conseil d'administration, les membres doivent :

- être à jour de leurs cotisations ;
- être âgés de 18 ans révolus ;
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection ;
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

Le nombre des membres du conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans ne peut excéder le tiers des membres du conseil d'administration.

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

<p>Article 28</p> <p>Modalités de l'élection</p>	<p>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 membres de l'assemblée générale au scrutin uninominal majoritaire à un tour.</p> <p>En cas d'égalité de voix, l'élection est acquise au candidat le plus âgé.</p> <p>Afin de permettre aux délégués de l'assemblée générale d'élire les administrateurs dans les conditions prévues par l'article L. 114-16-1 du Code de la mutualité, le conseil d'administration précise, le cas échéant, les dispositions complémentaires relatives au respect de cet article.</p>
<p>Article 29</p> <p>Durée du mandat</p>	<p>Les membres du conseil d'administration sont élus pour une durée de six ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'assemblée générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.</p> <p>Les membres du conseil d'administration cessent leurs fonctions et sont déclarés démissionnaires d'office par le conseil d'administration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 27 ; • à défaut d'avoir présenté leur démission dans les conditions précisées à l'article L. 114 23 du Code de la mutualité lorsqu'ils appartiennent à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations et que leur mandat d'administrateur au sein de la mutuelle est le plus récent ; • trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité ; • en cas d'absence, sans motif valable, à trois séances consécutives.
<p>Article 30</p> <p>Renouvellement du conseil d'administration</p>	<p>Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans.</p> <p>Les membres sortants sont rééligibles dans les conditions fixées à l'article 27.</p> <p>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.</p>
<p>Article 31</p> <p>Vacance</p>	<p>En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause, d'un siège d'administrateur, il est pourvu provisoirement par le conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de sa 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.</p> <p>L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.</p> <p>Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à dix du fait d'une ou plusieurs vacances, le président convoque l'assemblée générale afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs et de compléter ainsi l'effectif du conseil.</p>
<p>Section II – Réunions du conseil d'administration</p>	
<p>Article 32</p> <p>Réunions</p>	<p>Le conseil se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an.</p> <p>Le président du conseil d'administration établit l'ordre du jour du conseil.</p>
<p>Article 33</p> <p>Représentation des salariés au conseil d'administration</p>	<p>Deux représentants des salariés de la mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration. Ils sont choisis l'un dans le collège cadres, l'autre dans le collège employés.</p> <p>Ils sont élus pour trois ans par les salariés dont le contrat de travail est antérieur de trois mois à la date de l'élection.</p> <p>L'élection a lieu par collège.</p> <p>Sont éligibles les salariés ayant au moins un an d'ancienneté à la mutuelle (ou, lors des premiers mandats, dans une des mutuelles à la base du regroupement ayant formé la mutuelle).</p> <p>Le vote est organisé par la mutuelle sur appel à candidature libre.</p> <p>Chaque liste comporte un nombre de candidats double de celui des sièges à pourvoir et est composée alternativement d'un candidat de chaque sexe.</p>

Sur chacune des listes, l'écart entre le nombre des candidats de chaque sexe ne peut être supérieur à un.

L'élection a lieu à bulletin secret, au scrutin uninominal à un tour.

Si les candidats obtiennent le même nombre de voix, l'élection est acquise au salarié ayant le plus d'ancienneté dans la mutuelle.

À défaut de candidat, il est dressé un procès-verbal de carence.

Les salariés ainsi élus perdent le droit d'assister aux réunions du conseil d'administration dès qu'ils cessent d'appartenir au personnel salarié de la mutuelle.

Article 34

**Délibérations
du conseil
d'administration**

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

Les membres du conseil ne peuvent ni se faire représenter ni voter par correspondance.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Les administrateurs et les représentants des salariés sont tenus à une obligation de discrétion s'opposant à la divulgation de renseignements confidentiels.

Section III – Attributions du conseil d'administration

Article 35

**Compétences
du conseil
d'administration**

Le conseil d'administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application.

Le conseil d'administration adopte et modifie les règlements mutualistes des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité et leurs annexes, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale.

Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.

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.

À cette fin, il est éclairé par un comité d'audit dont la composition et les missions sont définies aux articles L. 823-19 du Code de commerce et L. 114-17-1 du Code de la mutualité.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

À la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Le conseil d'administration nomme, sur proposition du président du conseil d'administration, 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 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 conformément aux dispositions de l'article L. 114-17. Il assiste à toutes les réunions du conseil d'administration.

Le conseil d'administration désigne, au sein de la mutuelle ou, le cas échéant, au sein du groupe au sens de l'article L. 356-1 du Code des assurances, la personne responsable de chacune des fonctions clés mentionnées à l'article L. 211-12 du Code de la mutualité.

Le conseil d'administration approuve les procédures définissant les conditions selon lesquelles les responsables de ces fonctions peuvent l'informer, directement et de leur propre initiative, lorsque surviennent des événements de nature à le justifier. Le conseil d'administration approuve les politiques écrites mentionnées à l'article L. 211-12 du Code de la mutualité au moins une fois par an.

<p>Article 36</p> <p>Délégations d'attributions par le conseil d'administration</p>	<p>Le conseil 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, au directeur et aux salariés dans le cadre des textes législatifs et réglementaires.</p>
Section IV – Statut des administrateurs	
<p>Article 37</p> <p>Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais</p>	<p>Les fonctions d'administrateur sont gratuites.</p> <p>Cependant, la mutuelle peut verser aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées, des indemnités dans les limites et sous les réserves prévues aux articles L. 114-26 à L. 114-28 du Code de la mutualité.</p> <p>La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la mutualité.</p>
<p>Article 38</p> <p>Situations et comportements interdits aux administrateurs</p>	<p>Il est interdit aux administrateurs ainsi qu'à leurs conjoints, descendants, ascendants et toute personne interposée, 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, sous réserve des dispositions de l'article L. 114-37 alinéa 2 du Code de la mutualité.</p> <p>De même, toute convention intervenant, d'une part, entre la mutuelle, l'organisme auquel elle a éventuellement délégué sa gestion ou une personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité, d'autre part, l'un de ses administrateurs, et toute convention intervenant entre la mutuelle et une personne morale dans laquelle un administrateur est directement ou indirectement intéressé, sont soumises aux procédures spéciales définies aux articles L. 114-32 à L. 114-34 du Code de la mutualité, à moins qu'elles ne portent sur des opérations courantes et qu'elles soient conclues à des conditions normales, selon les exigences de l'article L. 114-33 du même Code.</p>
Chapitre III – Président du conseil d'administration et bureau	
Section I – Élection et missions du président	
<p>Article 39</p> <p>Élection</p>	<p>Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique.</p> <p>Cette élection a lieu lors de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil.</p> <p>Par dérogation, l'assemblée générale peut procéder directement à l'élection du président.</p> <p>Le président est élu à bulletin secret. En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au candidat le plus âgé.</p> <p>Le président est élu pour une durée de deux ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible.</p> <p>Le président du conseil d'administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur dont au plus deux mandats de président du conseil d'administration d'une fédération, d'une union ou d'une mutuelle.</p> <p>Dans le décompte des mandats de président, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles et unions créées en application des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité, ni ceux détenus dans les fédérations définies à l'article L. 111-5 du Code de la mutualité et les unions qui ne relèvent ni du Livre II ni du Livre III, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.</p>
<p>Article 40</p> <p>Vacance</p>	<p>En cas de décès, de démission ou de perte de la 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 vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.</p>

Article 41

Missions

Le président représente la mutuelle en justice, tant pour décider d'agir pour elle que pour la défendre. Il représente également la mutuelle dans tous les actes de la vie civile.

Le président organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Il donne avis, au Commissaire aux comptes, de toutes les conventions relevant de la procédure spéciale prévue à l'article L. 114-32 du Code de la mutualité.

Il communique aux Commissaires aux Comptes la liste et l'objet de toutes les conventions portant sur des opérations courantes.

Il engage les recettes et les dépenses.

Le président peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier au directeur 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.

Section II – Composition, élection et missions du bureau

Article 42

Composition et mission

Le bureau est composé de la façon suivante :

- le président du conseil d'administration ;
- le vice-président ;
- le secrétaire ;
- le trésorier ;
- deux à quatre conseillers, choisis parmi les membres du conseil d'administration et disposant de compétences particulières propres à éclairer le bureau.

Le bureau prépare les réunions du conseil d'administration.

Article 43

Élection

Les membres du bureau sont élus à bulletin secret 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.

Cette élection s'effectue dans les mêmes conditions que celle du président.

Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le conseil d'administration.

En cas de vacance, et pour quelque cause que ce soit, le conseil d'administration pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Article 44

Vice-président

Le vice-président seconde le président qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 45

Secrétaire

Le secrétaire s'assure que le conseil d'administration valide l'ensemble des procès-verbaux des réunions statutaires.

Il présente à l'assemblée générale les modifications statutaires proposées par le conseil d'administration.

Article 46

Trésorier

Le trésorier présente à l'assemblée générale le rapport de gestion adopté par le conseil d'administration.

Chapitre IV – Gouvernance de la mutuelle

Article 47

Direction effective de la mutuelle

Le président du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel dirigent effectivement la mutuelle.

Le conseil d'administration peut également, sur proposition de son président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques qui ne sont pas mentionnées à l'alinéa précédent.

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. Le conseil d'administration définit les cas dans lesquels les dirigeants effectifs sont absents ou empêchés de manière à garantir la continuité de la direction effective de la mutuelle.

Article 48

Dirigeant opérationnel de la mutuelle

Le conseil d'administration nomme, sur proposition de son président, en dehors des administrateurs, un dirigeant opérationnel devant posséder l'honorabilité, la compétence et l'expérience nécessaire à ses fonctions.

Sur proposition du président, le conseil d'administration peut lui retirer cette fonction.

Le directeur général est le dirigeant opérationnel de la mutuelle. Il exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Il assiste à toutes les réunions du conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la mutuelle et de la délégation de pouvoirs reçue du conseil d'administration.

Chapitre V – Organisation financière - Produits et charges

Article 49

Produits

Les produits de la mutuelle comprennent :

- 1° - les cotisations des membres participants et des membres honoraires ;
- 2° - les produits résultant de l'activité de la mutuelle ;
- 3° - plus généralement, tous autres produits non interdits par la loi.

Article 50

Charges

Les charges comprennent :

- 1° - les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires ;
- 2° - les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle ;
- 3° - les versements faits aux unions et fédérations ;
- 4° - la participation aux dépenses de fonctionnement des comités départementaux de coordination ;
- 5° - les cotisations versées au fonds de garantie ;
- 6° - les cotisations versées au système de garantie prévu à l'article L. 111-5 du Code de la mutualité ;
- 7° - plus généralement, toutes autres charges non interdites par la loi.

Article 51

Vérifications préalables

Les charges de la mutuelle sont engagées par le président et payées par le trésorier ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux articles 41 et 47 des présents statuts.

Le responsable de la mise en paiement s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la mutuelle.

Article 52

Apports et transferts financiers

En cas de création de mutuelles définies à l'article L. 111-3 ou d'unions définies à l'article L. 111-4 du Code de la mutualité, la mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

Article 53

Montant du fond d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé au minimum légal.

Article 54

Système de garantie

La mutuelle adhère au système de garantie créé à l'initiative de la Fédération nationale de la mutualité française.

Article 55

**Commissaires
aux Comptes**

L'assemblée générale nomme pour six ans un ou plusieurs commissaire(s) aux comptes titulaire(s) et un ou plusieurs commissaire(s) aux comptes suppléant(s) choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce.

Le mandat des commissaires aux comptes prend fin après la réunion de l'assemblée générale qui statue sur les comptes du sixième exercice suivant leur désignation.

Article 56

Exercice social

L'exercice social commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

Titre III

Dispositions diverses

Article 57

Information des adhérents

Chaque adhérent dispose des statuts et du règlement mutualiste dans son espace adhérent sur le site internet de la mutuelle et peut en recevoir gratuitement un exemplaire sur simple demande. Les modifications apportées à ces documents par l'assemblée générale sont portées à sa connaissance par courrier en version imprimée ou électronique, sur le site internet ou encore dans le journal de la mutuelle en version imprimée ou électronique, auquel tout membre participant est abonné.

Chaque adhérent est informé :

- 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 58

Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09.

Article 59

Fonds d'entraide mutualiste

La mutuelle peut allouer aux adhérents victimes de circonstances particulières telles que maladie, accident, blessures ou décès, des prestations exceptionnelles autres que celles figurant aux règlements mutualistes. De même, la mutuelle peut prendre en charge tout ou partie des cotisations dues par les adhérents en difficulté.

Les secours ainsi attribués sont prélevés sur les fonds disponibles dans une limite fixée chaque année par l'assemblée générale.

Ils sont attribués sur décision d'une commission d'entraide mutualiste désignée par le conseil d'administration à cet effet.

Article 60

Protection des données à caractère personnel

Les données relatives aux membres participants, leurs ayants droit et membres honoraires constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre par le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 (ci-après, « le règlement européen sur la protection des données »), ainsi que par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La mutuelle s'engage, dans le cadre des différents traitements qu'elle est amenée à mettre en oeuvre au titre de la réalisation de son objet et des activités définies à l'article 2 des présents statuts, à respecter toutes les obligations posées par ces différentes réglementations, et notamment à ne pas utiliser les données à caractère personnel des membres et ayants droit à d'autres fins que celles résultant de l'application des statuts et du règlement mutualiste.

La mutuelle s'engage également, en tant que responsable de traitement, à traiter loyalement les données des membres et ayants droit et à leur permettre, au travers des différents documents d'information ou supports de collecte de données, de connaître la raison de la collecte des différentes données les concernant, de comprendre le traitement qui sera fait de leurs données et d'assurer la maîtrise de leurs données, en facilitant l'exercice de leurs droits.

Article 61

Échanges de données informatisées

Le membre participant et ses ayants droit ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie obligatoire et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie obligatoire dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les membres participants ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

Article 62

**Réclamations -
Médiation**

En cas de réclamation, le membre participant peut s'adresser à la mutuelle par tout moyen de son choix : courrier, téléphone, site internet, visite en agence.

Si, au terme du traitement d'une réclamation, la réponse apportée par la mutuelle ne le satisfait pas, et en l'absence de saisine des tribunaux, le membre participant peut saisir le médiateur de l'assurance en lui écrivant à l'adresse suivante :

La médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris CEDEX 09
ou en accédant à son site internet : mediation-assurance.org.

Article 63

**Adhésion à
une Société
de groupe
d'assurance
mutuelle (SGAM)**

La Mutuelle Ociane Matmut reconnaît, par son affiliation à un groupe prudentiel, l'influence dominante de SGAM Matmut.

Cette influence dominante s'exerce au moyen d'une coordination centralisée de ladite SGAM sur les décisions de ses affiliées, susceptibles d'affecter significativement la situation financière de l'ensemble. Ainsi, par son adhésion aux statuts et son affiliation à la SGAM, la Mutuelle Ociane Matmut s'engage à recueillir l'autorisation préalable de la SGAM, notamment lors des opérations suivantes, selon les seuils définis dans la convention d'affiliation :

- opération d'acquisition ou cession d'actifs immobiliers ;
- opération de fusion, scission, d'investissement ou de désinvestissement, de transfert de portefeuille, d'acceptation de réassurance ou de substitution ;
- sûreté, caution, aval ou garantie ;
- engagement hors bilan ne relevant pas de la politique de gestion des risques courante et/ou ne figurant pas dans la politique d'investissement définie par le groupe ;
- proposition d'emprunt, de modification des termes d'un tel emprunt et proposition d'émission de titres ;
- accord de coopération industrielle ou commerciale de nature stratégique ;
- décision de création ou dissolution de filiales ;
- élargissement des agréments ;
- externalisation hors groupe des activités définies par les articles L. 354-3 et R. 354-7 du Code des assurances ;
- toute autre décision ou événement que ceux mentionnés ci-dessus dont le montant dépasse 5 % des fonds propres comptables ;
- nomination de dirigeants effectifs en cas de mise en œuvre de la solidarité financière.

De même, la Mutuelle Ociane Matmut reconnaît les pouvoirs d'intervention, de contrôle et de sanctions de la SGAM tels que définis par la convention d'affiliation.

La Mutuelle Ociane Matmut s'engage plus généralement à respecter toutes obligations fixées par les statuts et la convention d'affiliation de la SGAM.





Règlement mutualiste «individuels »

Complémentaire maladie accidents

Règlement mutualiste « individuels » approuvé par l'assemblée générale du 19 juin 2020 et modifié par le conseil d'administration du 15 septembre 2020, du 11 mai 2021, du 17 septembre 2021, du 9 mai 2022, du 12 mai 2023 et du 21 mai 2024 sur délégation de l'assemblée générale.



Chapitre I – Dispositions générales

Article 1

Objet et modification du règlement

Le présent règlement, établi par la Mutuelle Ociane, conformément au Code de la mutualité et à l'article 4 des statuts, a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le présent règlement est adopté ou modifié par le conseil d'administration dans le respect des règles fixées par l'assemblée générale. Le conseil d'administration rend compte devant l'assemblée générale des décisions prises en la matière.

Article 2

Définitions

Délai de stage : période pendant laquelle l'adhérent ne peut bénéficier de tout ou partie des garanties souscrites.

Tarif de responsabilité de la Sécurité sociale (TRSS) : tarif forfaitaire fixé par voie conventionnelle ou réglementaire pour les actes pratiqués par les professionnels de santé et servant de base aux remboursements de la Sécurité sociale.

Ticket modérateur : fraction de dépense de frais de soins laissée à la charge de l'adhérent et correspondant à la différence entre le Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale et le remboursement de celle-ci.

Forfait journalier hospitalier : montant journalier non pris en charge par les régimes obligatoires d'Assurance maladie dans le cadre d'une hospitalisation.

Tiers payant : paiement direct, total ou partiel par la mutuelle des frais médicaux ou d'hospitalisation laissés à la charge de l'adhérent.

Chapitre II – Adhésions et cotisations

Article 3

Formalités d'adhésion

Les membres participants peuvent faire bénéficier des prestations et services de la mutuelle les membres de leur famille tels que définis à l'article 5 des statuts.

Pour les nouveaux adhérents, l'âge retenu pour la notion d'enfant à charge est celui à la date de la demande d'adhésion.

Toute adhésion à la mutuelle est subordonnée à l'établissement d'un bulletin d'adhésion où figurent notamment :

- nom et prénoms ;
- situation de famille (la mutuelle se réserve le droit de demander la production des pièces justificatives) ;
- âge ;
- adresse ;
- activité professionnelle ;
- régime obligatoire de Sécurité sociale (numéro de Sécurité sociale et centre de paiement) ;
- liste des bénéficiaires accompagnée des documents attestant de leur situation :
 - étudiant : certificat de scolarité,
 - demandeur d'emploi : attestation Pôle emploi, notification Assedic,
 - apprenti : contrat d'apprentissage,
 - handicapé : carte de handicapé adulte,
 - 100 % SS : justificatif Sécurité sociale,
 - contrat précaire : copie du contrat ;
- choix de la garantie Complémentaire Santé ;
- périodicité choisie pour le paiement des cotisations ;
- mode de paiement des cotisations (si le paiement est effectué par prélèvement ou par titre interbancaire de paiement, il sera demandé un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement automatique) ;
- et le cas échéant, doivent être fournis également :
 - une attestation d'attribution de la CMU,
 - un certificat de mutation.

La date d'effet de l'adhésion résulte du choix exprimé par l'adhérent par écrit parmi les possibilités suivantes :

- le premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion ;
- le premier jour de l'un des prochains mois suivant la réception du bulletin d'adhésion ;
- éventuellement, le lendemain du jour de la réception du bulletin d'adhésion, à 0 heure.

L'adhésion est annuelle. La première période d'adhésion se termine au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite d'année en année par tacite reconduction.

4-1 Vente à distance : délai de renonciation

Les dispositions suivantes concernent les adhésions « en ligne » sur le site internet d'Ociane et celles effectuées par téléphone.

En application de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, l'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant un délai de 14 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée par lettre simple et adressée à « Mutuelle Ociane - 35, rue Claude-Bonnier 33000 Bordeaux » et rédigée selon le modèle ci-dessous :

« Je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer à mon adhésion au contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la demande mentionnée à l'alinéa précédent.

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, la mutuelle rembourse à l'adhérent le montant de la cotisation versée.

La mutuelle informe également l'adhérent qu'elle peut lui réclamer un montant de cotisation en contrepartie de la prise d'effet de la garantie à la demande expresse de l'adhérent avant l'expiration du délai de renonciation.

4-2 Démarche à domicile : délai de renonciation

La vente par démarchage à domicile se définit comme la sollicitation d'une personne, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail en vue de lui proposer de souscrire une adhésion à la mutuelle.

En application de l'article L. 221-18-1 du Code de la mutualité, l'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant un délai de 14 jours à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception et adressée à « Mutuelle Ociane - 35, rue Claude-Bonnier 33000 Bordeaux » et rédigée selon le modèle ci-dessous :

« Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer à mon adhésion au contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la demande mentionnée à l'alinéa précédent. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Ce montant proratisé est déterminé en jours calendaires. La mutuelle restitue alors le solde des sommes versées au plus tard dans un délai de trente jours calendaires révolus, à compter de la date de fin d'adhésion.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement et dont il n'a pas eu connaissance, est intervenue pendant le délai de renonciation.

Lorsqu'elles sont souscrites indépendamment du contrat Santé ou postérieurement à celui-ci, les garanties Protection Hospitalière, Indemnités Journalières Hospitalisation et Chambre Particulière sont soumises à l'application d'un stage dont la durée est fixée à trois mois.

Article 6**Modifications
en cours
d'adhésion****6-1 Modification de la situation de l'adhérent**

Toute modification en cours de contrat de la situation du membre participant ou de sa famille telle que figurant sur le bulletin d'adhésion doit être signalée immédiatement, notamment en cas de départ à l'étranger.

6-2 Changement de garantie en cours d'adhésion

Toute modification de garantie est possible après une durée minimale de 12 mois dans la garantie en cours. Elle prend effet au 1^{er} du mois suivant souhaité.

Toutefois, le délai de 12 mois peut être réduit, sur présentation de justificatifs, en cas de changement de situation de famille de l'adhérent (mariage, divorce, naissance ou adoption d'un enfant, concubinage, pacs, décès) ou de changement de zone tarifaire. Le changement prend effet au 1^{er} jour du mois suivant.

Article 7**Dénonciation,
radiation,
exclusion,
décès**

La dénonciation, la radiation, y compris en cas de décès, ou l'exclusion du membre participant entraîne de fait celles des membres de sa famille tels que définis à l'article 5 des statuts, sauf demande particulière dûment formulée.

La dénonciation est notifiée à la mutuelle :

- 1) soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - 2) soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
 - 3) soit par acte extrajudiciaire ;
 - 4) soit par téléphone ;
 - 5) soit par le site internet de la mutuelle ;
 - au moins deux mois avant l'échéance annuelle, soit avant le 1^{er} novembre de l'année en cours. Passé ce délai, la dénonciation ne prendra effet qu'au 31 décembre de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date,
 - à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa première souscription, toute modification de garantie entraînant le décompte d'un nouveau délai d'un an.
- La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
 - en cas de révision des cotisations, en nous adressant soit une lettre ou tout autre support durable dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification.

Dans le cas de décès, la radiation intervient au lendemain de la date du décès, les cotisations étant dues jusqu'à cette date.

La mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

7-1 Sanction de la fraude

Les membres participants ou leurs ayants droit qui se rendent coupables de fraude, que ce soit dans le paiement des cotisations ou pour l'obtention de prestations indues, peuvent être exclus de la mutuelle : celle-ci se réserve le droit de déposer plainte et d'effectuer toute poursuite en réparation du préjudice qu'elle aura subi.

Article 8**Cotisations**

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle, pour eux-mêmes et les membres de leur famille bénéficiaires. Celle-ci est affectée à la couverture des prestations garanties par la mutuelle.

Le paiement de cette cotisation peut être fractionné au semestre, au trimestre ou au mois et doit être fait aux dates convenues lors de l'adhésion. Toutefois, le paiement trimestriel ou mensuel ne pourra se faire que par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.

Le fractionnement au semestre, au trimestre ou au mois, ne constitue qu'une facilité de paiement accordée à l'adhérent, qui ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

Elle est fixée forfaitairement suivant :

- la garantie choisie ;
- l'âge des adhérents défini à l'article 9 du règlement mutualiste ;
- l'âge à l'adhésion défini à l'article 10 du règlement mutualiste ;
- le régime obligatoire d'Assurance maladie de rattachement ;

- le lieu de résidence ;
- le nombre d'ayants droit.

Article 9

Détermination des cotisations en fonction de l'âge

Les cotisations sont déterminées notamment en fonction de l'âge dans les conditions suivantes :

- soit par tranche : de 0 à 17 ans, de 18 à 24 ans, puis de 5 ans en 5 ans jusqu'à 79 ans, les adhérents de 80 ans et plus étant regroupés dans une tranche unique, l'âge étant déterminé au 1^{er} janvier de l'année en cours ;
- soit en fonction de l'année de naissance. Elles évoluent alors annuellement.

Article 10

Incidence de l'âge à l'adhésion

Toute personne âgée de 55 ans et plus, qui adhère à la mutuelle pour se garantir du risque maladie et/ou hospitalisation, paie une cotisation majorée pour la durée de son sociétariat. Si l'adhésion intervient à partir de l'âge de 70 ans, un taux de majoration différent est appliqué pour la durée de son adhésion. Cette disposition s'applique également aux adhérents garantis uniquement pour le risque hospitalisation qui optent pour une garantie complète.

Par ailleurs, l'adhésion et/ou le maintien dans certaines garanties peuvent être soumis à une condition d'âge.

Lorsque tel est le cas, cette précision figure aux tableaux des prestations des garanties concernées joints en annexe*.

Article 11

Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi d'une mise en demeure au membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

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

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

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement (article L. 221-7 du Code de la mutualité).

Article 12

Dispense de cotisation

Sont dispensés du paiement de la cotisation :

- les enfants à partir du troisième.

La dispense de cotisation s'applique de la façon suivante : lorsque le membre participant inscrit sur son contrat plusieurs enfants âgés de moins de 21 ans en qualité d'ayants droit, le troisième et les suivants sont dispensés du paiement de la cotisation.

Chapitre III – Prestations

Article 13

Base des remboursements et dispositions diverses

La prise en charge des prestations s'effectue sous réserve que les droits soient ouverts à la date des soins.

La mutuelle établit ses remboursements sur la base des tarifs de responsabilité des régimes obligatoires, déduction faite des prestations de ces régimes et exclusivement pour les soins pris en charge par ces derniers.

La mutuelle peut, par ailleurs, établir ses remboursements sur des bases forfaitaires telles que décrites dans les tableaux figurant en annexe*.

90 % des prestations sont réglés en 72 heures.

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.

L'adhérent qui recevrait, de qui que ce soit, un quelconque remboursement pour les frais pris en charge et payés par la mutuelle au titre de la même intervention, est tenu d'en faire la déclaration dans les huit jours du reçu de cette somme, et de reverser à la mutuelle les frais dont elle aurait pu faire indûment l'avance.

Article 14

Libre choix

La mutuelle garantit le libre choix :

- du chirurgien, praticien, omnipraticien, du spécialiste parmi ceux inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ;
- du pharmacien, de l'opticien, du laboratoire et de tout autre professionnel de santé agréé par la Sécurité sociale ;
- de l'établissement de soins, public ou privé, parmi ceux agréés par la Sécurité sociale.

Article 15

Tiers payant

La mutuelle peut conclure, pour toutes les prestations qu'elle garantit, les accords nécessaires afin de faire bénéficier ses adhérents du tiers payant.

La prise en charge directe par la mutuelle des différentes prestations intervient auprès de tous les praticiens et établissements conventionnés par la mutuelle.

À cet effet, l'adhésion à la mutuelle vaut délégation permanente à la mutuelle pour encaisser en lieu et place de l'adhérent les prestations dues par le régime obligatoire d'Assurance maladie.

Article 16

Documents d'ouverture de droits

Pour leur permettre de bénéficier du tiers payant auprès des professionnels de santé avec lesquels une convention a été conclue, la mutuelle délivre à ses adhérents des documents (carte ou toute autre pièce ou dispositif) permettant l'ouverture des droits à prestations. Il en va de même pour tout service annexe, proposé par la mutuelle à ses adhérents (assistance, carte services, etc.).

L'adhérent ne peut en faire usage que s'il est à jour de ses cotisations ; dans le cas d'une utilisation non conforme, il s'engage à acquitter auprès de la mutuelle la dette dont il serait alors redevable. En cas de radiation en cours d'année, l'adhérent est tenu de restituer à la mutuelle sous 48 heures les documents qui lui ont été délivrés.

En l'absence de procédure de tiers payant, les demandes de remboursement sont traitées de la façon suivante :

- soit par transmission à la mutuelle de l'original du décompte de Sécurité sociale reçu ;
- soit par prise en compte directe par télétransmission du décompte de Sécurité sociale pour ceux qui ont opté pour le système d'automatisation des échanges d'informations avec les régimes obligatoires (système NOEMIE) ;
- soit par transmission de toute pièce justificative dans le cas de demande de versement de prestations forfaitaires (prime d'inscription à la naissance, frais d'accompagnant, participation aux frais d'obsèques, etc.).

Les prestations sont versées par virement bancaire.

L'adhérent doit remettre à Ociane les pièces justificatives originales.

L'envoi de photocopies ou de documents dématérialisés est admis mais l'adhérent doit être en mesure de produire les justificatifs originaux sur simple demande d'Ociane pendant le délai de deux ans prévu à l'article 24 du présent règlement mutualiste.

Article 17

Contrôle médical des prestations

La mutuelle s'interdit de recourir à toute forme de sélection médicale lors de l'adhésion.

S'agissant de la délivrance des prestations, la mutuelle se réserve le droit de faire procéder, à tout moment, aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. L'adhérent ne peut se soustraire à ces visites, contrôles et enquêtes sous peine de suspension immédiate des prestations.

En cas de contestation sur les décisions de refus de versements liés à ces contrôles, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, le médecin conseil de la mutuelle ou tout autre médecin désigné par elle, et un médecin expert choisi en accord avec les deux premiers.

Dans le cas où un accord ne pourrait intervenir sur sa désignation, ce troisième médecin serait désigné, à la demande de la mutuelle, par le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins. Dans tous les cas de figure, ses honoraires seront à la charge de la partie dont les arguments auront été reconnus comme infondés.

Article 18

Montant des prestations

Les prestations auxquelles les différentes garanties souscrites donnent droit figurent dans les tableaux joints en annexe* au présent règlement avec l'indication des montants ou des taux de remboursement ainsi que celle des forfaits et indemnités.

Article 19

Limites appliquées aux remboursements

19-1 Soins à l'étranger

Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger peuvent faire l'objet d'un remboursement complémentaire à celui de l'Assurance maladie obligatoire française, dans les limites du contrat souscrit et sur présentation d'une facture acquittée détaillant les soins reçus. Il est précisé que le régime d'Assurance maladie maternité mis en oeuvre par la Caisse des français de l'étranger (CFE) n'est pas un régime obligatoire. La mutuelle n'intervient pas en complément de la Caisse des français de l'étranger.

19-2 Chambre Particulière

La mutuelle ne peut être tenue pour responsable si l'adhérent cotisant pour la garantie Chambre Particulière ne peut bénéficier de cette prestation par manque de place dans l'établissement choisi.

Article 20

Risques exclus

Sont exclus de la garantie de la mutuelle :

- les soins et actes médicaux réalisés avant la date d'effet de l'adhésion ou de la modification de garantie, et pour les hospitalisations, la partie du séjour effectuée avant cette même date ;
- la prise en charge des traitements orthodontiques dont la date de début des soins figurant sur la facture du praticien n'est pas comprise dans la période d'effet des garanties ;
- les prestations liées aux garanties Indemnités Journalières Hospitalisation et Chambre Particulière pendant la période de stage ;
- les séjours en maisons de santé médicales telles que définies par l'article L. 6323-3 du Code de la santé publique, les séjours dans les établissements spécialisés à caractère médical et/ou sanitaire et social avec ou sans hébergement notamment ceux figurant à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, aérium, préventorium, sanatorium ;
- les frais liés à des cures thermales ne donnant pas lieu à un forfait de surveillance médicale pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire ;
- les frais afférents aux cures de rajeunissement et d'amaigrissement, ainsi qu'aux traitements « esthétiques » sauf si l'intervention envisagée est consécutive à un accident qui aurait entraîné la garantie de la mutuelle (par interventions esthétiques, il faut comprendre celles qui restaurent la morphologie sans rétablir la fonction) ;
- les soins à l'étranger ne peuvent donner lieu à un remboursement complémentaire lorsque le régime de base d'Assurance maladie maternité n'est pas un régime obligatoire. Dans ce cadre, la mutuelle n'intervient pas en complément de la Caisse des français de l'étranger (CFE), la Caisse des français de l'étranger n'est pas un régime obligatoire.

Par ailleurs et à l'exception des actes qui doivent obligatoirement être pris en charge dans les garanties remplissant les critères du contrat responsable, en application de la loi 2004-810 du 13 août 2004 et ses textes d'application, sont également exclus :

- les soins, actes médicaux ou hospitalisations, quelle qu'en soit la nature, qui sont la conséquence des faits suivants :

- guerre civile ou étrangère et autres cataclysmes tels que tremblements de terre et inondations, bien qu'ils soient indépendants de la volonté de l'adhérent,
- actes commis volontairement par l'adhérent : participation effective à une émeute ou un soulèvement populaire, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe, sauf cas de légitime défense,
- explosion d'un engin ou partie d'engin atomique ;
- radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs ;
- accidents résultant de la participation de l'adhérent à des paris et de la pratique, à titre professionnel, de tout sport.

Il est expressément précisé qu'aucun des actes médicaux ni aucun des soins entrant dans le périmètre de tout contrat responsable ne saurait faire l'objet de la moindre exclusion, quelles que soient les causes ou les circonstances qui les auraient rendus nécessaires. D'autre part, des exclusions peuvent être spécifiques à certaines garanties. Dans ce cas, elles figurent dans les tableaux de garanties*.

Article 21

Couverture des accidents

21-1 Déclaration des accidents

L'adhérent doit, sauf cas de force majeure, déclarer à la mutuelle dans les cinq jours suivant l'accident :

- les causes, le lieu et les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit ;
- le nom des témoins ;
- les noms et adresses du tiers responsable et de la compagnie d'assurances qui garantit la responsabilité de ce tiers ;
- l'indication précise du commissariat ou de la brigade de gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.

La prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration qui ne dispense nullement des formalités habituelles à accomplir en cas d'intervention chirurgicale ordinaire.

En cas de retard dans la déclaration, la mutuelle pourra invoquer un cas de déchéance si ce retard lui a causé un préjudice dont elle peut prouver la réalité.

En conséquence, dans le cas d'accidents où la mutuelle, en vertu d'une convention de tiers payant, serait amenée à régler pour le compte de son adhérent tout ou partie des frais, ce règlement fait à titre d'avance constituerait, au profit de la mutuelle, une créance sur ledit adhérent qui sera tenu de la lui rembourser.

L'adhérent doit informer la mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile, et de ses intentions. La mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

L'adhérent doit également informer la mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué. Ce règlement ne sera définitif et opposable à la mutuelle qu'à la condition qu'elle ait donné son accord.

21-2 Intervention de la mutuelle

Pour les interventions consécutives à un accident non exclu à l'article 20, la garantie de la mutuelle intervient en complément et après épuisement de toute autre garantie souscrite auprès de tout autre organisme.

En cas d'accident dont la responsabilité peut être imputée à un tiers, la mutuelle intervient dans la mesure où l'adhérent lui a fourni une déclaration établie conformément aux indications de l'alinéa « déclaration des accidents ».

L'adhérent doit apporter la preuve qu'il a engagée à l'encontre du tiers, ou de l'assureur substitué, une action en vue de faire connaître son droit à réparation.

En application des dispositions de l'article 22 concernant la subrogation, la mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable.

Accidents scolaires ou sportifs

Si l'accident scolaire ou sportif est couvert :

- a) par l'adhésion à une mutuelle spécialisée soumise au Code de la mutualité, la mutuelle n'intervient que pour la part qui lui incombe ;

b) par un contrat souscrit auprès d'une société d'assurances privée régie par le Code des assurances, la mutuelle intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, en complément et après épuisement de la garantie de cette société.

Article 22

Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Chapitre IV – Dispositions diverses

Article 23

Réclamations

Réclamations

Modalités d'examen des réclamations

Soucieux de vous offrir le meilleur accompagnement possible, nous mettons à votre service un dispositif dédié au traitement des réclamations, pour vous répondre rapidement, en toute transparence et dans le respect de vos droits.

Qu'est-ce qu'une réclamation ?

L'expression de votre mécontentement ou de votre insatisfaction à notre égard constitue une réclamation.

Une demande de service ou de prestation, une demande d'information ou d'avis n'est pas considérée comme telle.

Comment nous en faire part ?

Votre réclamation peut être formulée par tous moyens à votre convenance :

- vis-à-vis : auprès de votre **agence conseil** ;
- téléphone : **02 35 03 68 68** ;
- internet : via le **formulaire « réclamations »** disponible sur votre espace personnel ;
- courrier : **Matmut – Gestion des réclamations – TSA 40261 – 76729 Rouen CEDEX.**

Quelles sont les étapes de traitement ?

Nous vous invitons à nous faire part au plus tôt de tout désaccord sur le présent contrat, quel qu'en soit l'objet (sa souscription, sa gestion ou la mise en oeuvre de ses garanties). Le responsable de l'agence ou du service concerné, ou une entité dédiée au traitement des réclamations, étudie votre situation avec la plus grande attention et s'efforce de vous répondre au plus tôt.

Si la réponse ne peut vous être adressée dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de votre réclamation, un accusé de réception vous est envoyé.

En toute hypothèse, nous nous engageons à vous répondre dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception de votre réclamation.

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, vous pouvez solliciter notre service

« Réclamations sociétaires » à l'adresse suivante :

66, rue de Sotteville 76030 Rouen CEDEX 1 ;

ou par mail (service.reclamations@matmut.fr).

Celui-ci, après examen de votre dossier, vous fait part de sa position définitive dans un délai maximal de deux mois à compter de l'envoi de votre réclamation initiale, sauf situation exceptionnelle dont il vous informe. Un accusé de réception vous parvient sous dix jours ouvrables si la réponse ne peut vous être adressée dans ce délai.

Si votre désaccord persiste, vous pouvez saisir gratuitement le médiateur de l'assurance, en écrivant à :

Médiation de l'assurance

TSA 50110

75441 Paris CEDEX 09

ou en déposant votre demande sur son site internet : www.mediation-assurance.org.

Vous pouvez consulter la charte du médiateur directement sur ce site.

Vous pouvez également solliciter directement le médiateur de l'assurance s'il s'est écoulé plus de deux mois depuis l'envoi de votre réclamation initiale.

Informations importantes

La saisine du médiateur doit obligatoirement intervenir dans le délai d'un an à compter de l'envoi de votre réclamation initiale et aucune action contentieuse ne doit avoir été engagée auparavant.

L'avis du médiateur de l'assurance ne nous lie, ni vous, ni nous, chacun conservant le droit de saisir les tribunaux.

Article 24

Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion d'un membre participant, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui lui donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L. 221-11, L. 221-12, L. 221-12-1 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, 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 contre la mutuelle 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 l'adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription peut être interrompue :

- par l'une des causes ordinaires, notamment :
 - la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code civil),
 - une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil),
 - un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- ainsi que dans les cas suivants :
 - la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
 - l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par la mutuelle à l'adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations ou, par l'adhérent à la mutuelle en ce qui concerne le règlement des prestations.

La mutuelle et l'adhérent ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription biennale ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 25

Forclusion

Les demandes de paiement des prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai de deux ans maximum, à compter de la date de remboursement du régime d'obligation, ou du régime complémentaire dans le cas de contrats « surcomplémentaires », ou du fait générateur motivant la demande pour les autres prestations non liées à l'intervention d'un autre régime.

Article 26

Charte de protection des données personnelles

La présente charte est destinée à vous fournir des informations détaillées sur l'usage fait de vos données à caractère personnel (ci-après « données personnelles »), nos obligations et vos droits en la matière. Les sociétés du Groupe Matmut collectent et traitent vos données personnelles dans le respect du règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016, entré en application le 25 mai 2018 et de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Pourquoi utilisons-nous vos données personnelles ?

Pour vous assurer, vous conseiller au mieux et pour respecter nos obligations légales.

Vos données personnelles sont collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance ;
- la passation, la gestion et l'exécution de la prestation de conseil en gestion de patrimoine ;
- la gestion de notre relation client et la prospection commerciale ;
- l'amélioration de nos services notamment en vous proposant des produits ou services permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ;
- les études statistiques, enquêtes et sondages ;

- la mise en place d'actions de prévention ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- la conduite d'activités de recherche et de développement dans le cadre des finalités précitées.

Quelles données personnelles vous concernant utilisons-nous ?

Le Groupe Matmut collecte et traite uniquement les données pertinentes en fonction des finalités.

Vos données personnelles sont recueillies soit directement auprès de vous, soit indirectement auprès de tiers (tels que des partenaires, des prestataires de services, des tiers mettant à disposition des bases de données). Le Groupe Matmut s'engage à réaliser ces traitements pour les finalités définies ci-avant, en mettant en oeuvre les mesures nécessaires pour garantir le respect de votre vie privée.

Quelques exemples de données personnelles traitées, regroupées par catégories :

- identification de personnes : nom, prénom, numéro de téléphone, adresse de courrier électronique...
- biens assurables pour l'appréciation du risque : situation géographique, type et caractéristiques de votre véhicule ou de votre habitation...
- gestion du contrat d'assurance : numéro de sociétaire ou d'adhérent, numéro de contrat, adresse postale, adresse électronique, numéro de téléphone, montant du contrat, moyen de paiement de la cotisation...
- santé : description des atteintes corporelles à des fins d'indemnisation des victimes, actes médicaux/ montants remboursés par la Sécurité sociale à des fins de versement des prestations de la complémentaire santé...
- sinistres/victimes : nature du sinistre, rapport d'expertise, taux invalidité/incapacité...
- gestion de notre relation commerciale : demandes de renseignements sur les produits, contrats et services, origine de la demande, échanges avec les clients et les prospects...

Lorsque nécessaire, il vous est indiqué au moment de leur collecte si ces informations sont obligatoires ou facultatives. Le défaut de communication de données obligatoires peut conduire à ce qu'une demande ne puisse être prise en compte, à l'impossibilité de passer, gérer et exécuter un contrat d'assurance.

Qu'est-ce qui nous autorise à les utiliser ?

Votre consentement ou un autre fondement légitime.

Les traitements de vos données personnelles reposent sur au moins l'un des fondements juridiques suivants :

- l'exécution d'un contrat auquel vous êtes partie ou l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande ;
- le respect d'une obligation légale à laquelle le responsable de traitement est soumis ;
- l'intérêt légitime poursuivi par le responsable de traitement notamment la lutte contre la fraude, la prospection commerciale, la conduite d'activités de recherche et de développement.

Lorsque le traitement n'est fondé sur aucun des fondements définis ci-dessus, un accord au traitement vous sera demandé. Dans le cadre de l'exécution du contrat (gestion d'un sinistre corporel), les sociétés du Groupe Matmut et autres destinataires peuvent être amenées à traiter des données personnelles dites sensibles, relatives à la santé des personnes. Ce traitement se fait dans le respect du secret médical. Votre consentement explicite à ce que les sociétés du Groupe Matmut et autres destinataires traitent ces données personnelles pour cette finalité précise vous sera demandé.

Qui sont les destinataires de vos données personnelles ?

Les sociétés du Groupe Matmut ne communiquent vos données qu'aux personnes et organismes intervenant dans nos relations contractuelle et commerciale.

Les destinataires de vos données personnelles, dans le cadre de leurs missions, sont :

- les collaborateurs du Groupe Matmut ;
- les partenaires ;
- les prestataires ;
- les sous-traitants et s'il y a lieu les délégataires de gestion et les intermédiaires en assurance ;

- les entités du groupe d'assurance auquel appartient le responsable de traitement (société qui détermine les finalités et les moyens des traitements de données personnelles) ;
- s'il y a lieu les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties ;
- les personnes intervenant au contrat tel que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins conseils et le personnel habilité ;
- l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA), les autres organismes d'assurance ;
- les organismes sociaux ;
- les personnes intéressées au contrat ;
- les personnes bénéficiant d'un droit de communication telles que les médiateurs professionnels, autorités de contrôle ou organismes publics habilités.

Combien de temps conservons-nous vos données personnelles ?

Le Groupe Matmut ne conserve vos données que le temps nécessaire.

Vos données sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles et autres obligations légales, notamment en matière de délais de prescription.

Quelques exemples de délais de conservation liés à nos activités :

- données durée de conservation ;
- prospection commerciale trois ans à compter du dernier contact émanant du prospect ;
- contrat d'assurance vie 10-30 ans suite au décès de l'assuré (selon les cas et les contrats) ;
- lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme cinq ans à compter de la cessation des relations avec le prospect ou l'assuré ;
- lutte contre la fraude cinq ans à compter de la clôture du dossier de fraude de l'assuré ;
- gestion des cookies 13 mois à compter de leur dépôt sur le terminal de l'utilisateur.

Ces délais sont donnés à titre indicatif, les durées de conservation peuvent être allongées afin de respecter nos dispositions légales et réglementaires applicables.

Où sont conservées vos données personnelles ?

Le Groupe Matmut privilégie le stockage au sein de l'Union européenne.

Par principe, nous privilégions l'hébergement et le traitement de vos données personnelles en France ou au sein de l'Union européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE). Toutefois, des données personnelles peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors de l'UE et de l'EEE pour les finalités de traitement précitées.

Nous nous assurons dans ce cas que ce transfert est effectué en conformité avec la réglementation applicable et qu'un niveau de protection adéquat afin de respecter votre vie privée est assuré : en recourant par exemple à des clauses contractuelles types de la commission européenne ou en transférant dans un pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat.

Certaines données personnelles, strictement nécessaires à la mise en oeuvre de vos garanties contractuelles, peuvent aussi être transmises hors de l'UE et de l'EEE dans le cadre de l'exécution d'un contrat.

Comment sont sécurisées vos données personnelles ?

Le Groupe Matmut met en oeuvre les mesures de sécurité adaptées.

Nous veillons à mettre en oeuvre les mesures de sécurité adaptées afin d'assurer un niveau de protection élevé de vos données personnelles.

Le Groupe Matmut a nommé un Délégué à la protection de données (DPO) qui est l'interlocuteur référent de l'entreprise pour tout ce qui est lié à la protection des données personnelles.

Le DPO du Groupe Matmut conseille et coordonne les actions permettant d'assurer le bon traitement des données personnelles, et intervient également, auprès des collaborateurs, afin d'assurer la conformité des pratiques à la réglementation.

En collaboration avec le responsable de la Sécurité des systèmes d'information du Groupe Matmut, le DPO du Groupe Matmut s'assure de la mise en place des moyens et des actions de mise en conformité à la réglementation en vue de garantir la sécurité, l'intégrité et la confidentialité de vos données personnelles notamment afin de les protéger contre toute perte, destruction accidentelle, altération et accès non autorisé.

Nous limitons l'accès à vos données personnelles aux seules personnes habilitées. Elles ne sont traitées par ces personnes que sur nos instructions et sont protégées par une clause de confidentialité.

Nous exigeons de nos sous-traitants qu'ils appliquent des règles strictes en matière de protection des données personnelles en conformité avec les lois et réglementations applicables, tant françaises qu'européennes.

Vous aussi soyez acteur de la sécurité de vos données personnelles.

Pour cela, nous vous recommandons de :

- protéger le mot de passe de votre espace personnel et de ne le communiquer à personne ;
- vous déconnecter avant de quitter votre espace personnel, si vous partagez votre ordinateur ;
- être vigilant quant aux emails et aux appels malveillants visant à obtenir des informations personnelles pour en faire un usage frauduleux ;
- appliquer les mises à jour de sécurité de votre système d'exploitation (Windows, Android, iOS...) ou des applications qui sont sur votre appareil.

Quels sont vos droits ? Comment les exercer ?

Le Groupe Matmut vous informe en toute transparence.

Vous disposez sur vos données personnelles des droits :

- d'accès, pour obtenir les informations relatives aux traitements de vos données personnelles et la communication d'une copie de ces données ;
- de rectification de données personnelles que vous considérez inexactes ou incomplètes ;
- d'effacement, pour obtenir la suppression de vos données personnelles, si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation (article 17 du RGPD) ;
- de limitation des traitements de vos données personnelles à leur seule conservation, si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation (article 18 du RGPD) ;
- d'opposition, vous permettant de vous opposer à tout moment, pour des raisons tenant à votre situation particulière, à tout traitement de vos données personnelles, sauf lorsque le responsable du traitement démontre qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement qui prévalent sur vos intérêts, droits et libertés ou que le ou les traitements demeurent nécessaires pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice. Lorsque les données à caractère personnel sont traitées à des fins de prospection, vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel vous concernant à de telles fins de prospection, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection ;
- de définition de directives relatives à leur conservation, à leur effacement et à leur communication après votre décès.

Vous disposez également d'un droit à la portabilité sur les données que vous nous avez communiquées, données nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous pouvez demander, soit à les récupérer dans un format structuré, soit à nous demander de les communiquer directement à un autre responsable de traitement.

Lorsque votre consentement a été recueilli pour un traitement de vos données personnelles, vous pouvez retirer votre consentement à ce traitement à tout moment.

Vous pouvez enfin faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques vous concernant ou vous affectant de manière significative de façon similaire, lorsque cette décision :

- est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat nous liant,
- est fondée sur le consentement explicite de la personne concernée.

Vous avez alors le droit d'obtenir des informations relatives à cette prise de décision, de la contester le cas échéant et d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement.

Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits :

- par courrier électronique : dpd@matmut.fr ;
- par courrier postal :

Matmut à l'attention du délégué à la protection des données
66, rue de Sotteville 76100 Rouen,
en justifiant de votre identité.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

CNIL

3, place de Fontenoy

TSA 80715

75334 Paris CEDEX 07.

Enfin, vous avez la faculté de vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr.

Néanmoins, nous pouvons toujours vous téléphoner lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce 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.

À propos des cookies

Afin d'améliorer votre expérience, nous utilisons des cookies pour vous fournir une connexion sûre, collecter des statistiques en vue d'optimiser les fonctionnalités du site et en adapter le contenu et vous proposer des offres et des services adaptés à vos centres d'intérêt. Pour en savoir plus et gérer vos préférences sur le site matmut.fr, nous vous invitons à consulter notre politique relatives aux cookies, accessible sur ce site depuis la rubrique « Gestion des cookies ».

Article 27

Communication d'informations ou de documents sur supports

Conformément à l'article L. 221-6-5 du Code de la mutualité, l'adhérent peut s'opposer, dès l'entrée en relation ou à tout moment, à l'utilisation du support durable que la mutuelle utilise pour lui communiquer des informations ou documents en vue de revenir à l'utilisation du support papier.

Selon le Code de la mutualité, constitue un support durable, tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice ou à la mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

* Les tableaux mentionnés dans le règlement mutualiste sont à votre disposition sur simple demande.

Article 28

Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) situé 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09.



MUTUELLE OCIANE
matmut 

Mutuelle Ociane Matmut
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II
du Code de la mutualité immatriculée
sous le numéro 434 243 085

Siège social : 35, rue Claude-Bonnier
33054 Bordeaux CEDEX

Matmut - Mutuelle assurance des travailleurs mutualistes
Société d'assurance mutuelle à cotisations variables
Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : 66, rue de Sotteville 76100 Rouen

Adresse postale : 76030 Rouen CEDEX 1

02 35 03 68 68

