



STATUTS D'OCIANE

Statuts approuvés par l'Assemblée Générale du 19 octobre 2002

RÈGLEMENT MUTUALISTE « INDIVIDUELS »

Complémentaire maladie-accidents



Mutuelle

Ociane Matmut

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 et l'Assemblée Générale du 5 juin 2019



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 numéro 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 Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM).

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 INDIVIDUELLE

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 DE 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.

ARTICLE 8

ADHÉSION : DATE D'EFFET ET RECONDUCTION

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.

Pour les adhésions collectives, la date d'échéance annuelle et les modalités de reconduction sont définies par le contrat.

SECTION II – DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 9

DÉMISSION

La démission est donnée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard deux mois avant la date d'échéance.

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.

La démission entraîne de plein droit la perte de la qualité de membre participant et d'ayant droit de la mutuelle.

ARTICLE 10

RADIATION

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.

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.

La radiation entraîne de plein droit la perte de la qualité de membre participant et d'ayant droit de la mutuelle.

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.

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.

ARTICLE 11

EXCLUSION

Peuvent être exclus de la mutuelle :

- 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, 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**.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ces motifs est convoqué devant une délégation composée d'au moins trois membres du Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

L'exclusion est, dans tous les cas, prononcée par le Conseil d'Administration ou toute autre personne ayant reçu délégation de celui-ci.

ARTICLE 12

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.

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 3 500 membres participants au moins ou fraction d'au moins 2 000. 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 deux 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.

ARTICLE 15-1

PROCURATION

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	Le Président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale.
CONVOCATION ANNUELLE OBLIGATOIRE	Il la réunit au moins une fois par an. 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.
ARTICLE 17	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 : • 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	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. 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. La convocation de cette seconde assemblée reproduit l'ordre du jour de la première convocation.
ARTICLE 19	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. Cette demande doit être adressée au moins 5 jours avant la date de l'Assemblée Générale par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.
ARTICLE 20	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. 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. Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés. II. Lorsqu'elle se prononce : • 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, 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.
MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	

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, le retrait de tout type d'union ou fédération régie par le Code de la Mutualité, le retrait d'une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM) régie par le Code des Assurances ainsi que la résiliation de la 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	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.
FORCE EXÉCUTOIRE DES DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	
ARTICLE 24	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.
DÉLÉGATION DE POUVOIR DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	
CHAPITRE II – CONSEIL D'ADMINISTRATION SECTION I – COMPOSITION, ÉLECTIONS	
ARTICLE 25	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.
COMPOSITION	
ARTICLE 26	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.
PRÉSENTATION DES CANDIDATURES	
ARTICLE 27	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.
CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ – LIMITE D'ÂGE	
ARTICLE 28	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 1 tour. En cas d'égalité de voix, l'élection est acquise au candidat le plus âgé.
MODALITÉS DE L'ÉLECTION	

ARTICLE 29	DURÉE DU MANDAT	Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de six ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat. Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions et sont déclarés démissionnaires d'office par le Conseil d'Administration : • 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.
ARTICLE 30	RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles dans les conditions fixées à l'article 27. Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.
ARTICLE 31	VACANCE	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. L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur. 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.
SECTION II – RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION		
ARTICLE 32	RÉUNIONS	Le Conseil se réunit sur convocation du Président et au moins trois fois par an. Le Président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du Conseil.
ARTICLE 33	REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION	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. Ils sont élus pour deux ans par les salariés permanents de la mutuelle ayant plus de six mois d'ancienneté. L'élection a lieu par collège. Sont éligibles les salariés ayant au moins trois ans d'ancienneté à la mutuelle (ou, lors des premiers mandats, dans une des mutuelles à la base du regroupement ayant formé la mutuelle). Le vote est organisé par la mutuelle sur appel à candidature libre. 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.

ARTICLE 36

DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

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.

SECTION IV – STATUT DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 37

INDEMNITÉS VERSÉES AUX ADMINISTRATEURS ET REMBOURSEMENT DE FRAIS

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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.

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.

ARTICLE 38

SITUATION ET
COMPORTEMENTS
INTERDITS AUX
ADMINISTRATEURS

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.

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.

CHAPITRE III – PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET BUREAU

SECTION I – ÉLECTION ET MISSIONS DU PRÉSIDENT

ARTICLE 39

ÉLECTION

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Président qui est élu en qualité de personne physique.

Cette élection a lieu lors de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil.

Par dérogation, l'Assemblée Générale peut procéder directement à l'élection du Président.

Le Président est élu à bulletin secret. En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au candidat le plus âgé.

Le Président est élu pour une durée de deux ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible.

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.

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.

ARTICLE 40

VACANCE

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.

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	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.
PRODUITS		
ARTICLE	50	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.
CHARGES		
ARTICLE	51	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.
VÉRIFICATIONS PRÉALABLES		
ARTICLE	52	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.
APPORTS ET TRANSFERTS FINANCIERS		
ARTICLE	53	Le fonds d'établissement est fixé au minimum légal.
MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT		
ARTICLE	54	La mutuelle adhère au système de garantie créé à l'initiative de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.
SYSTÈME DE GARANTIE		
ARTICLE	55	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 6 ^e exercice suivant leur désignation.
COMMISSAIRES AUX COMPTES		
ARTICLE	56	L'exercice social commence le 1 ^{er} janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.
EXERCICE SOCIAL		

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
PERSONNELLES

Les informations recueillies font l'objet de traitements informatiques par la mutuelle et ses partenaires dans le respect de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016 entré en application le 25 mai 2018.

Lorsque cela est nécessaire, l'adhérent est informé, au moment de leur collecte, du caractère obligatoire ou facultatif des informations qui lui sont demandées.

Ces traitements ont pour finalités :

- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'adhésion à la mutuelle de l'adhérent,
- la gestion des adhérents et la prospection commerciale,
- l'amélioration du service à l'adhérent en 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.

L'ensemble des traitements listés ci-dessus ont pour fondement légitime :

- l'exécution d'un contrat d'adhésion auquel l'adhérent est partie ou l'exécution de mesures précontractuelles prises à sa demande,
- le respect d'une obligation légale à laquelle la mutuelle est soumise,
- l'intérêt légitime poursuivi par la mutuelle notamment la prospection commerciale ou la lutte contre la fraude,
- la conduite d'activités de recherche et de développement.

Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments définis ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement lui sera demandé.

Dans le cadre de la gestion des prestations, la mutuelle est amenée à traiter des données dites sensibles, relatives à la santé des personnes. Ce traitement se fait dans le respect du secret médical. L'adhérent consent explicitement à ce que la mutuelle traite ces données personnelles pour cette finalité précise.

Les destinataires de ces données sont :

- les personnels chargés de la passation, de la gestion et de l'exécution des contrats d'adhésion,
- 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 la mutuelle dans le cadre de l'exercice de leurs missions,
- 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 conseil 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 données de l'adhérent ne sont transférées en dehors de l'Union Européenne que lorsque c'est nécessaire à l'exécution du contrat.

Les données de l'adhérent 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.

L'adhérent dispose sur ses données des droits :

- d'accès,
- de rectification,
- d'opposition,
- d'effacement,
- de limitation,
- de définition de directives relatives à leur conservation, à leur effacement et à leur communication après son décès.

L'adhérent dispose également d'un droit à la portabilité sur les données qu'il a communiquées à la mutuelle, données nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis.

Pour en savoir plus, l'adhérent peut se rendre sur son espace personnel du site matmut.fr.

L'adhérent a le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.

Lorsque le consentement de l'adhérent a été recueilli pour le traitement de certaines données, il peut le retirer à tout moment.

L'adhérent peut exercer l'ensemble de ces droits auprès du Groupe **Matmut** :

- par internet : dpd@matmut.fr
- par courrier : **Matmut**

À l'attention du Délégué à la Protection des Données
66 rue de Sotteville - 76100 Rouen.

En cas de désaccord persistant concernant ses données, l'adhérent a le droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

CNIL
3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Enfin, l'adhérent a la faculté de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr.

Néanmoins, la mutuelle peut toujours téléphoner à l'adhérent, dès lors qu'il est titulaire auprès d'elle d'un contrat en vigueur ou qu'il a demandé à être contacté.

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.

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



Mutuelle

Océane Matmut

RÈGLEMENT MUTUALISTE « INDIVIDUELS »

Complémentaire maladie-accidents

Règlement mutualiste « individuels » approuvé par l'Assemblée Générale
du 19 octobre 2002 et modifié par les Assemblées Générales du 17 juin 2006, du 12 mai 2007, du 17 mai 2008, du 16 mai 2009,
du 28 mai 2010, du 9 novembre 2010, du 10 juin 2011, du 25 mai 2012, du 6 juin 2014, du 12 juin 2015, du 17 juin 2016,
du 2 novembre 2016, du 16 juin 2017, du 8 juin 2018 et du 5 juin 2019



		CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES
ARTICLE	1	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 par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.
OBJET ET MODIFICATION DU RÈGLEMENT		
ARTICLE	2	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.
DÉFINITIONS		
		CHAPITRE II – ADHÉSIONS ET COTISATIONS
ARTICLE	3	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.
FORMALITÉS D'ADHÉSION		
ARTICLE	4	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. 4-1 VENTE À DISTANCE : DÉLAI DE RÉTRACTATION 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 date de son adhésion. Pour exercer ce droit à renonciation, l'adhérent doit écrire à l'adresse suivante : Mutuelle Ociane - 35 rue Claude Bonnier - 33000 Bordeaux.
DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION		

	4-2 DÉMARCHAGE À DOMICILE : DÉLAI DE RÉTRACTATION 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. Pour exercer ce droit à renonciation, l'adhérent doit écrire à l'adresse suivante : Mutuelle Ociane - 35 rue Claude Bonnier - 33000 Bordeaux.
ARTICLE 5 STAGES	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 Le changement du niveau de garantie est possible après une durée minimale de 12 mois dans la garantie en cours. Le changement prend effet au 1 ^{er} janvier de l'année suivant la demande. Toutefois, le changement du niveau de garanties est possible à effet du premier jour du mois suivant la demande, sur présentation de justificatifs, dans les cas suivants : • changement de situation de famille de l'adhérent (mariage, divorce, naissance ou adoption d'un enfant, concubinage, PACS, décès), • changement de zone tarifaire.
ARTICLE 7 DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION, DÉCÈS	La démission, 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 démission est adressée sous pli recommandé à 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 démission ne prendra effet qu'au 31 décembre de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date. Dans le cas de décès, la radiation intervient au lendemain de la date du décès, les cotisations étant dues jusqu'à cette date. 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. 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*. 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 8 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 ou par chèque.

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 œuvre par la Caisse des Français à l'Étranger (CFE) n'est pas un régime obligatoire.

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,
- 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,

ARTICLE 21

COUVERTURE DES
ACCIDENTS

- 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.

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*.

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 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.

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

23-1 RÉCLAMATIONS

Modalités d'examen des réclamations

Le présent article a pour objet d'informer l'adhérent sur les modalités d'examen des réclamations conformément à la Recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, et sur la médiation conformément au Titre 1^{er} du Livre VI du Code de la Consommation (parties législative et réglementaire).

Définition

Constitue une réclamation, l'expression du mécontentement ou de l'insatisfaction d'un adhérent à l'égard de la mutuelle. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information ou de clarification ou une demande d'avis n'est pas considérée comme une réclamation.

Traitement des réclamations

Recours hiérarchique et Service « Réclamations »

Recours hiérarchique

En cas de désaccord entre l'adhérent et la mutuelle, à l'occasion de la distribution, de la gestion du présent contrat ou du remboursement d'une prestation, l'adhérent doit tout d'abord s'adresser à l'agence ou au service qui est à l'origine de ce désaccord, afin que toutes les explications éventuellement nécessaires lui soient apportées.

Si l'adhérent maintient sa contestation malgré ces explications, sa réclamation est soumise à la hiérarchie du décisionnaire, qui examine le bien-fondé de sa requête.

Service « Réclamations »

Si le recours hiérarchique ne permet pas de mettre un terme à ce différend, l'adhérent a la possibilité de saisir le Service « Réclamations » du Groupe **Matmut**, 66 rue de Sotteville, 76030 Rouen Cedex 1.

Délais de réponse

À chaque stade de la procédure décrite ci-avant, un courrier est adressé à l'adhérent dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de sa réclamation. Il lui fait part de la position retenue ou, si sa demande nécessite une instruction complémentaire, l'avise du délai dans lequel la décision du Groupe **Matmut**, lui sera communiquée.

Sauf circonstances particulières, le Groupe **Matmut** s'engage à lui répondre au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la réception de sa réclamation.

23-2 MÉDIATION

Modalités de saisine

Si le désaccord persiste après la réponse du Service « Réclamations », l'adhérent peut saisir directement 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 (sur lequel l'adhérent peut obtenir toutes les informations relatives au dispositif mis en place par la profession).

Le Médiateur de l'Assurance ne peut toutefois être saisi que pour les litiges portant sur l'application ou l'interprétation du contrat souscrit.

Sont notamment exclus les litiges relatifs à la politique commerciale, aux refus d'assurance ou à l'opportunité d'une résiliation.

La demande de l'adhérent doit obligatoirement intervenir dans le délai d'un an à compter de la réception de la réponse du Service « Réclamations » et ne faire l'objet à ce stade d'aucune action contentieuse.

Elle doit également comporter toutes les informations nécessaires à son traitement (notamment copie des courriers échangés dans le cadre du traitement de la réclamation de l'adhérent).

Délais de réponse

La solution proposée par le Médiateur intervient dans un délai de 90 jours à compter de l'avis attestant de la date de réception du dossier complet du litige, à moins que le Médiateur ne prolonge ce délai s'il estime que le litige est complexe.

Opposabilité

L'avis du Médiateur de l'Assurance ne lie, ni l'adhérent, ni la mutuelle, 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 fausse 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 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies font l'objet de traitements informatiques par la mutuelle et ses partenaires dans le respect de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016 entré en application le 25 mai 2018.

Lorsque cela est nécessaire, l'adhérent est informé, au moment de leur collecte, du caractère obligatoire ou facultatif des informations qui lui sont demandées.

Ces traitements ont pour finalités :

- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'adhésion à la mutuelle de l'adhérent,
- la gestion des adhérents et la prospection commerciale,
- l'amélioration du service à l'adhérent en 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.

L'ensemble des traitements listés ci-dessus ont pour fondement légitime :

- l'exécution d'un contrat d'adhésion auquel l'adhérent est partie ou l'exécution de mesures précontractuelles prises à sa demande,
- le respect d'une obligation légale à laquelle la mutuelle est soumise,
- l'intérêt légitime poursuivi par la mutuelle notamment la prospection commerciale ou la lutte contre la fraude,
- la conduite d'activités de recherche et de développement.

Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments définis ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement lui sera demandé.

Dans le cadre de la gestion des prestations, la mutuelle est amenée à traiter des données dites sensibles, relatives à la

santé des personnes. Ce traitement se fait dans le respect du secret médical. L'adhérent consent explicitement à ce que la mutuelle traite ces données personnelles pour cette finalité précise.

Les destinataires de ces données sont :

- les personnels chargés de la passation, de la gestion et de l'exécution des contrats d'adhésion,
- 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 la mutuelle dans le cadre de l'exercice de leurs missions,
- s'il y a lieu, les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties,
- les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins conseil 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 données de l'adhérent ne sont transférées en dehors de l'Union Européenne que lorsque c'est nécessaire à l'exécution du contrat.

Les données de l'adhérent 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.

L'adhérent dispose sur ses données des droits :

- d'accès,
- de rectification,
- d'opposition,
- d'effacement,
- de limitation,
- de définition de directives relatives à leur conservation, à leur effacement et à leur communication après son décès.

L'adhérent dispose également d'un droit à la portabilité sur les données qu'il a communiquées à la mutuelle, données nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis.

Pour en savoir plus, l'adhérent peut se rendre sur son espace personnel du site matmut.fr.

L'adhérent a le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.

Lorsque le consentement de l'adhérent a été recueilli pour le traitement de certaines données, il peut le retirer à tout moment.

L'adhérent peut exercer l'ensemble de ces droits auprès du Groupe **Matmut** :

- par internet : dpd@matmut.fr
- par courrier : **Matmut**

À l'attention du Délégué à la Protection des Données
66 rue de Sotteville - 76100 Rouen.

En cas de désaccord persistant concernant ses données, l'adhérent a le droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

CNIL
3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07

Enfin, l'adhérent a la faculté de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr.
Néanmoins, la mutuelle peut toujours téléphoner à l'adhérent, dès lors qu'il est titulaire auprès d'elle d'un contrat en vigueur ou qu'il a demandé à être contacté.

ARTICLE 27

COMMUNICATION
D'INFORMATIONS OU
DE DOCUMENTS SUR
SUPPORT DURABLE

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.

