

Les garanties du présent règlement Mutualiste GPM Accidents de la Vie sont assurées par AGMF Prévoyance Union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
1 Boulevard Pasteur - 75015 PARIS. N° 775 666 340 www.gpm.fr

Table des matières

PREAMBULE : DEFINITIONS	2	SECTION 2 - Cotisations	14
CHAPITRE I – DISPOSITIONS GENERALES	3	Article 15 Paiement de la cotisation	14
Article 1 – Objet du règlement	3	Article 16 Non-paiement des cotisations	14
Article 2 Les parties au Règlement	3	SECTION 3 – Durée, renouvellement et dénonciation du contrat	14
Article 3 Les bénéficiaires au titre du présent règlement	4	Article 17 Durée, renouvellement et dénonciation de l'adhésion	14
Article 4 Territorialité du règlement	5	Article 18 Dénonciation de l'adhésion	15
CHAPITRE II – VOS GARANTIES	5	SECTION 4 – Modification du Règlement Mutualiste	16
SECTION 1 – Conditions de garantie des accidents	5	Article 19 Modification des garanties à la demande du membre participant	16
Article 5 Les accidents garantis	5	Article 20 Modification à la demande de l'assureur	16
Article 6 Les exclusions	5	SECTION 5 – Fausse déclaration - Forclusion - Prescription – Réclamation - Médiation	16
SECTION 2 – Les prestations garanties	6	Article 21 Fausse déclaration	16
Article 7 Les formules proposées	6	Article 22 Forclusion	17
Article 8 Les préjudices indemnisés	6	Article 23 Prescription	17
Article 9 Le plafond d'indemnisation	7	Article 24 Réclamation – Médiation	17
SECTION 3 – L'exécution des prestations	8	Article 25 Autorité de contrôle	17
Article 10 La déclaration d'accident	8	Article 26 Protection des données	18
Article 11 L'évaluation des préjudices et des indemnités	9		
Article 12 Recours subrogatoires	10		
CHAPITRE III – LA VIE DU RÈGLEMENT MUTUALISTE	10		
SECTION 1 – Formation et prise d'effet de l'adhésion	10		
Article 13 Adhésion au règlement	10		
Article 14 Prise d'effet de l'adhésion et renonciation	12		

PREAMBULE : DEFINITIONS

Les termes définis ci-dessous sont suivis d'une * lors de leur première apparition dans le texte du règlement.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure ou de la maladresse de l'assuré

Catastrophe naturelle et technologique : Evènement d'origine naturelle présentant une intensité anormale (catastrophe naturelle) ou accident non nucléaire survenu soit dans une installation classée dangereuse par le Code de l'environnement, soit dans un stockage souterrain de produits dangereux, soit à l'occasion du transport de matières dangereuse ; et ayant entraîné des dommages à un grand nombre de biens immobiliers (catastrophe technologique). L'état de catastrophe naturelle ou technologique doit avoir été reconnu par un arrêté interministériel.

Concubin : La personne ayant une vie commune (c'est-à-dire un domicile commun) et vivant en couple avec le Membre participant de façon stable, exclusive et continue. La personne se prévalant de la qualité de concubin devra justifier de ces éléments.

Consolidation : L'état de santé de l'assuré est considéré comme étant consolidé lorsque sa pathologie liée à l'accident n'est plus susceptible d'évoluer ou lorsque les traitements médicaux et chirurgicaux ne sont plus susceptibles de lui apporter une amélioration supplémentaire.

Déficit Fonctionnel Permanent : Réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel, ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité physique, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques, normalement liées à l'atteinte séquellaire ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours. Le médecin expert détermine le taux d'incapacité permanente engendré par l'accident.

Frais d'aménagement du domicile et/ou du véhicule : Frais liés à l'incapacité permanente de la victime consécutive à un accident garanti dont l'état nécessite un aménagement de son domicile principal et/ou de son véhicule.

Frais d'obsèques : Frais d'obsèques et de sépulture assumés par les bénéficiaires du contrat à la suite du décès d'un assuré consécutif à la survenance d'un accident garanti.

France : France métropolitaine, Département d'Outre-Mer, Saint Barthélemy et Saint Martin.

Incidence professionnelle : Indemnisation des incidences périphériques du dommage touchant à la sphère professionnelle (indemnisation du préjudice résultant d'une dévalorisation sur le marché du travail, de la perte d'une chance professionnelle, des frais de reclassement professionnels, de la diminution de sa retraite future, d'une augmentation de la pénibilité de l'emploi tel que la nécessité de devoir abandonner sa profession au profit d'une autre en raison de la survenance d'un handicap dû à l'accident). **Il ne s'agit pas de la perte de revenus subie par l'assuré suite à son accident.**

Indemnisation en droit commun : Indemnisation déterminée selon les règles applicables en France en matière de réparation du préjudice corporel. Elle tient compte de la situation particulière de chaque victime (exemples : âge, profession, revenus, situation de famille) et des indemnités habituellement allouées par la jurisprudence.

Perte de revenus des proches : Les pertes ou diminutions de revenus des bénéficiaires du contrat et **exclusivement** liées au décès de l'assuré consécutif à un accident garanti, appréciées conformément au droit commun **(les pertes de revenus des bénéficiaires résultant indirectement du décès ne sont pas indemnisées).**

Préjudice d'affection : Préjudice d'ordre affectif subi par les bénéficiaires du fait du décès de l'assuré consécutif à un accident garanti.

Préjudice d'agrément : Préjudice à caractère personnel lié à l'impossibilité de poursuivre la pratique régulière et fréquente d'un sport, d'une activité artistique ou de loisirs, de la même manière qu'avant l'accident garanti (évaluation par le médecin expert).

Préjudice esthétique permanent : Préjudice correspondant aux atteintes physiques et plus généralement aux éléments de nature à altérer l'apparence physique de l'assuré de façon définitive consécutifs à un accident garanti.

Préjudice scolaire, universitaire et de formation : Il s'agit de la perte d'années d'étude, que ce soit scolaire, universitaire, de formation ou autre consécutive à la survenance de l'accident garanti.

Sinistre : Réalisation de l'accident susceptible de mettre en jeu l'une des garanties du règlement mutualiste.

Souffrances endurées : Toutes les souffrances physiques et psychiques, ainsi que les troubles associés endurés par l'assuré du jour de l'accident à celui de sa consolidation, évalués par le médecin expert.

Membre participant : Le signataire du bulletin d'adhésion et payeur des cotisations. Il a également la qualité d'assuré au titre du présent règlement mutualiste.

Tierce personne : Personne qui assiste l'assuré dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie ordinaire.

Tiers : Personne autre que le Membre participant, l'organisme assureur et les assurés.

Vie privée : Toutes les activités ne relevant ni des activités professionnelles (y compris les trajets), ni d'une activité rémunérée ni de fonctions publiques, électives ou syndicales.

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Suite à l'approbation du transfert d'une partie du portefeuille de contrats de GPM ASSURANCES - SA avec les droits et obligations qui s'y rapportent, à AGMF Prévoyance, le contrat GPM Accidents de la Vie est désormais assuré par AGMF Prévoyance. Les adhérents à ce contrat à la date du transfert de portefeuille sont automatiquement couverts par le présent règlement mutualiste et deviennent de droit membres participants d'AGMF Prévoyance.

Le présent règlement mutualiste est établi en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 4 des statuts d'AGMF Prévoyance. Il détermine le contenu des engagements réciproques d'AGMF Prévoyance et de ses membres participants, notamment en ce qui concerne les prestations et les cotisations afférentes aux opérations individuelles de couverture du risque accident de la vie qu'elle garantit.

L'adhésion au présent règlement est ouverte aux membres participants d'une mutuelle membre de l'Union AGMF Prévoyance.

Il est adopté et, le cas échéant, modifié par le Conseil d'Administration dans le respect des règles générales relatives aux opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale d'AGMF Prévoyance. Il est régi par le Code de la mutualité.

La loi applicable aux relations contractuelles est la loi française et les échanges y afférents se font dans cette langue.

Les relations contractuelles découlant de l'adhésion au présent règlement sont régies par les conditions de ce dernier, du certificat d'adhésion ainsi que les statuts de l'Union de mutuelles AGMF Prévoyance.

Article 1 – Objet du règlement

Dans les conditions définies ci-après, le présent règlement a pour objet de garantir les accidents* qui surviennent à l'occasion de la vie privée* de l'assuré, dès lors que l'accident entraîne le décès de l'assuré ou un déficit fonctionnel permanent* directement imputable à l'accident et au moins égal au seuil fixé dans le bulletin d'adhésion.

En outre, en application d'une décision du Conseil d'Administration d'AGMF Prévoyance, ratifiée par son Assemblée Générale, est adjointe de manière indissociable une garantie assistance. Les conditions et modalités de mise en œuvre de cette garantie en inclusion sont définies en annexe.

Article 2 Les parties au Règlement

Organisme assureur* : AGMF Prévoyance, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro N° 775 666 340 - 1, Boulevard Pasteur 75015 PARIS.

Membre participant* : la personne physique signataire du bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations. Avant l'adhésion au règlement, la personne physique demandant à adhérer aux garanties assurées par l'organisme assureur est le postulant à l'assurance. L'adhérent, personne physique est membre participant de la mutuelle d'action sociale affiliée à l'organisme assureur selon les règles statutaires en vigueur et à laquelle il a fait acte d'adhésion par la signature du bulletin d'adhésion y afférent.

Assuré* : Selon la formule retenue lors de la souscription, ont la qualité d'assuré les personnes indiquées ci-dessous **dès lors qu'elles résident en France* (telle que définie au Préambule) et qu'elles ont moins de 75 ans au jour de la souscription**. Le membre participant et l'assuré sont en principe la même personne, sauf stipulations particulières prévues sur le bulletin d'adhésion et portées au certificat d'adhésion.

Formule « solo » : Le **Membre participant**.

Formule « couple » :

- Le **Membre participant**,
- Son époux/épouse (non séparé de corps ou de fait) à défaut, son/sa partenaire de PACS, à défaut son/sa concubin(e)*.

Formule « mono parentale » :

- Le **Membre participant**,
- Ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs lorsqu'ils sont fiscalement à sa charge (au sens de l'article 196 du Code Général des Impôts).

Formule « Famille » :

- Le **Membre participant**,
- Son époux/épouse (non séparé de corps ou de fait) à défaut, son/sa partenaire de PACS, à défaut son/sa concubin(e).
- Leurs enfants légitimes, naturels ou adoptifs lorsqu'ils sont fiscalement à leur charge (au sens de l'article 196 du Code Général des Impôts).

Option « Couverture des petits enfants » ouverte à l'ensemble des formules :

En complément de la formule choisie, le Membre participant peut opter pour la couverture des petits enfants. Cette option permet aux petits enfants mineurs du Membre participant ou de son conjoint (ou, à défaut de son partenaire de pacs ou à défaut de son concubin) d'être assurés au titre du présent règlement dès lors qu'ils se trouvent sous leur garde lors de la survenance de l'accident garanti, et qu'ils ne sont pas couverts au titre d'un autre contrat accident corporel garantissant le même risque.

Article 3 Les bénéficiaires au titre du présent règlement

En cas d'accident entraînant pour l'Assuré un déficit fonctionnel permanent supérieur au seuil choisi dans le bulletin d'adhésion, celui-ci est le bénéficiaire des prestations garanties par le présent règlement.

En cas d'accident entraînant le décès de l'Assuré, les bénéficiaires sont son conjoint (ou à défaut son partenaire de PACS, ou à défaut son concubin) et les membres de la famille de l'assuré décédé jusqu'au 2ème degré (défini conformément à l'article 743 du Code civil) qui justifient avoir subi une perte de revenus, un préjudice d'affection* ou réglé des frais d'obsèques* résultant directement du décès, **à l'exception des personnes ayant causé volontairement les dommages à la victime assurée au titre du présent contrat**. En cas de pluralité de bénéficiaires, l'indemnisation se fera en priorité au profit des bénéficiaires suivants dans la limite du plafond visé à l'article 9 :

- 1/ Le conjoint,
- 2/ Les enfants,
- 3/ Les parents,
- 4/ Les petits enfants ;
- 5/ Les grands parents.
- 6/ Les frères et sœurs.

Aussi, les bénéficiaires de rangs subséquents ne seront indemnisés pour les préjudices garantis par le règlement que sous réserve que l'indemnisation des bénéficiaires des rangs précédents n'ait pas épuisé le plafond de garantie.

Article 4 Territorialité du règlement

Le Membre participant doit obligatoirement avoir sa résidence principale en France (soit : la France métropolitaine, les Départements d'Outre-Mer, Saint Barthélemy et Saint Martin). Les personnes résidant en Polynésie Française, en Nouvelle Calédonie et à l'étranger ne peuvent pas adhérer présent règlement.

La garantie s'exerce en France métropolitaine, dans les départements et collectivités d'outre-mer, dans les principautés d'Andorre et de Monaco, dans les pays membres de l'Union Européenne, en Suisse, en Islande, au Lichtenstein, à San Marin, au Vatican et en Norvège pendant la période de validité du règlement.

La garantie s'exerce dans le reste du monde lors de voyages et de séjours n'excédant pas une durée continue de trois mois.

Lorsque l'accident garanti survient à l'étranger, l'indemnisation des préjudices garantis est toujours effectuée selon les règles du droit français.

CHAPITRE II – VOS GARANTIES

SECTION 1 – Conditions de garantie des accidents

Article 5 Les accidents garantis

- **Les accidents de la vie privée** : L'assureur garantit les atteintes corporelles non intentionnelles de la part de l'assuré survenant dans le cadre de la vie privée et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure ou, de la maladresse de l'assuré. **Seuls les accidents survenant entre la prise d'effet de l'adhésion et sa cessation sont garantis.**
- **Les accidents dus à des événements exceptionnels (attentats, infractions, catastrophes naturelles et technologiques*)** : le règlement garantit les accidents résultants de faits volontaires ou non qui présentent le caractère matériel d'une infraction au sens du Code pénal français dès lors que l'assuré n'a pas participé à l'infraction à l'origine de l'accident. Le règlement garantit également les accidents ayant pour origine les catastrophes naturelles et technologiques. **Seuls les accidents survenant entre la prise d'effet de l'adhésion et sa cessation sont garantis.**
- **Les accidents médicaux** : L'assureur garantit les préjudices causés à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitement pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés à la quatrième partie du Code de la Santé publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés dans la nomenclature générale des actes professionnels.
Il y a accident médical lorsqu'un acte ou un ensemble d'actes de caractère médical a eu sur l'assuré des conséquences dommageables pour sa santé, anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état antérieur.
Le règlement couvre les dommages dont la première manifestation est intervenue entre le jour de prise d'effet de l'adhésion et sa résiliation, pour tout accident médical dont le fait générateur est postérieur au 01/01/2014 (date de prise d'effet du produit).

Article 6 Les exclusions

§ 1

Sont exclus :

- **Les dommages causés par des maladies (dont les affections cardio- vasculaires et vasculaires cérébrales, les affections tendineuses et musculaires, les pathologies disco-vertébrales et rhumatismales, les hernies de toutes natures), leurs suites et leurs conséquences, sauf si elles résultent directement de l'accident garanti ;**
- **Les affections résultant d'infections parasitaires telles que le chikungunya, la dengue, le paludisme et la trypanosomiase ;**
- **Les dommages subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales ou d'accidents de trajets tels que définis par le Code de la sécurité sociale ;**
- **Les dommages résultant d'un accident dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi- remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres.**

Par exception à cette exclusion, sous réserves que les véhicules soient utilisés conformément à leur destination, sont couverts au titre de la garantie les dommages résultant :

- de la pratique du Karting sur circuit dans le cadre des loisirs ;
 - de l'usage d'un véhicule pour enfant par un enfant (dont l'âge correspond à l'usage préconisé par le constructeur du véhicule) ;
 - de l'usage d'un engin de jardinage autoporteur ;
 - de l'usage d'un fauteuil roulant.
- Les dommages résultant des accidents causés par l'assuré qui ne respecte pas la réglementation impérative en cas de circulation avec un moyen autre qu'un véhicule terrestre à moteur ;
 - Les conséquences de tout dommage que l'assuré s'est causé intentionnellement (dont le suicide et la tentative de suicide) ;
 - Le dommage résultant de la participation de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel, ou à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
 - Les dommages provenant de la guerre civile ou étrangère ;
 - Les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules, à l'exception de ces mêmes effets lorsqu'ils sont subis ou provoqués dans le cadre d'une thérapeutique médicale ;
 - Les dommages résultant des expérimentations biomédicales.
 - Les dommages résultant de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur aux taux réglementaires en vigueur au jour du sinistre*, défini par l'article R.234-1 (alinéa 1er) du Code de la route français ;
 - Les dommages résultant de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ;
 - Les dommages résultant du fait d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme ou de sabotage quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
 - Les dommages résultant du risque de navigation aérienne, lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet pour l'appareil utilisé ou de licence valide, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
 - Les dommages résultant de tous sports pratiqués à titre professionnel ou donnant lieu à une rémunération ;
 - Les dommages résultant de la participation à des paris, défis, tentatives de records.

§ 2

Aucune prestation n'est due lorsque le sinistre entre dans l'un des risques exclus définis ci-dessus et aucun remboursement de cotisations ne peut intervenir.

SECTION 2 – Les prestations garanties

Article 7 Les formules proposées

Le Membre participant a le choix entre deux niveaux de garantie. Le niveau de garantie choisi dans le bulletin d'adhésion est reporté au certificat d'adhésion.

Option 1 : La garantie joue lorsque le déficit fonctionnel permanent imputable directement à l'accident est au moins égal à 5 %.

Option 2 : La garantie joue lorsque le déficit fonctionnel permanent imputable directement à l'accident est au moins égal à 30 %.

Article 8 Les préjudices indemnisés

En cas de survenance d'un accident garanti par le présent règlement, l'assureur indemnise :

- **En cas de dommages corporels**, l'assuré dont le déficit fonctionnel permanent imputable directement à l'accident est au moins égal au seuil fixé dans le certificat d'adhésion, pour les seuls préjudices listés ci-dessous (définis en Préambule) :
 - Le déficit fonctionnel permanent ;
 - Le préjudice esthétique permanent* ;

- Le préjudice d'agrément* ;
 - Les souffrances endurées* ;
 - L'assistance tierce personne* ;
 - L'incidence professionnelle* ;
 - Les frais de logement adaptés* ;
 - Les frais de véhicules adaptés* ;
 - Le préjudice scolaire, universitaire ou de formation*.
- **En cas de décès de l'assuré**, l'assureur indemnise les bénéficiaires pour les seuls préjudices listés ci-dessous (définis en préambule) :
 - La perte de revenus des proches* ;
 - Le préjudice d'affection ;
 - Les frais d'obsèques (sur justificatifs des frais réglés par les bénéficiaires), **dans la limite de 5.000 €.**

Article 9 Le plafond d'indemnisation

Le cumul des indemnités versées par l'organisme assureur au titre du règlement GPM Accidents de la Vie ne peut dépasser 1.000.000 d'euros (1 million d'euros) par an, quel que soit le nombre de sinistres et d'assurés au règlement.

- **Définition du plafond non consommé après sinistre**

Au cours d'une même année d'assurance, le plafond d'indemnisation annuel est diminué successivement des indemnités versées après chaque sinistre.

Si le plafond est atteint en cours d'année, les sinistres postérieurs ne donneront lieu à aucune indemnisation.

Le plafond non consommé au titre d'une année d'assurance n'est pas reporté sur l'année d'assurance suivante.

- **Répartition de l'indemnisation entre les assurés et/ou bénéficiaires**

Si plusieurs assurés et/ou bénéficiaires doivent être indemnisés au titre d'un même sinistre pour des préjudices estimés à un montant total supérieur au plafond de garantie, l'indemnisation maximale due pour chaque assuré, décédé ou dont le déficit fonctionnel permanent est supérieur au taux fixé au certificat d'adhésion, est égale au montant du plafond non consommé à la date de réalisation du sinistre divisé par le nombre d'assurés pris en charge au titre de ce sinistre, **dans la limite de leur préjudice.**

Si le plafond d'indemnisation ainsi réparti n'est pas totalement consommé pour l'un ou plusieurs des assurés, la part non consommée sera répartie par parts égales entre les différents assurés (ou leurs bénéficiaires) n'ayant pas été totalement indemnisés, **dans la limite de leur préjudice.**

- **Application du plafond en présence de sinistres non consolidés**

L'organisme assureur se réserve le droit d'attendre la consolidation* d'un assuré et l'évaluation définitive d'un sinistre avant de compléter l'indemnisation d'un autre assuré au titre du même sinistre ou de procéder à l'indemnisation d'un sinistre postérieur.

- **Exemple d'application du plafond d'indemnisation entre plusieurs assurés au règlement GPM Accidents de la Vie :**

Hypothèse : Souscription d'un contrat en formule Famille (4 assurés au total)

- L'assuré 1 est victime d'un premier accident garanti au cours de l'année d'assurance N (sinistre 1). Les préjudices indemnisés au titre du contrat sont évalués à 100.000 €. L'organisme assureur verse une indemnité de 100.000 € à l'assuré 1.
- Au cours de la même année d'assurance N, un second accident garanti impliquant l'assuré 1, l'assuré 2 et l'assuré 3 se produit (sinistre 2). L'indemnisation due par l'assureur pour chacun des assurés victime du sinistre 2 sera déterminée comme suit :

Le plafond d'indemnisation non consommé au titre de l'année d'assurance N est égal à :

1.000.000 € (plafond d'indemnisation par an et par contrat) - 100.000 € (indemnité versée pour le sinistre 1) = 900.000 €.

Chacun des assurés victime du sinistre 2 sera indemnisé à hauteur des sommes suivantes :

	Assuré 1	Assuré 2	Assuré 3
Montant des préjudices des assurés impliqués dans l'accident (ou de leurs bénéficiaires en cas de décès) Total = 1.300.000 €	800.000 €	400.000 €	100.000 €
1er versement de l'assureur pour chacun des assurés victimes du sinistre dans la double limite : - du plafond non consommé pour l'année N / nombre d'assurés victimes du sinistre (900.000 € / 3 = 300.000 €) - du préjudice de l'assuré (ou de ses bénéficiaires en cas de décès)	300.000 €	300.000 €	100.000 €
Versement complémentaire aux assurés 1 et 2 en raison de la non consommation de la totalité du plafond d'indemnisation prévu par le contrat suite au 1er versement. (900.000 € - 300.000 € - 300.000 € - 100.000 € = 200.000 € à répartir entre les assurés victimes du sinistre et n'ayant pas été indemnisés pour la totalité de leur préjudice)	100.000 €	100.000 €	-
Indemnisation totale	400.000 €	400.000 €	100.000 €

- Après la réalisation du sinistre 2, l'assuré 4 est lui aussi victime d'un accident garanti au cours de l'année d'assurance N (sinistre 3). **La totalité du plafond d'indemnisation prévu par le contrat pour l'année d'assurance N ayant été consommée, l'assureur ne versera aucune indemnité à l'assuré 4.**

SECTION 3 – L'exécution des prestations

Article 10 La déclaration d'accident

L'assuré ou le bénéficiaire doit déclarer l'accident auprès de AGMF Prévoyance, Service Sinistre (Accidents de la Vie), TSA 74433 – 77213 AVON Cedex par courrier dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les cinq jours ouvrés.

L'assuré ou le bénéficiaire doit, à cet effet, faire parvenir à l'organisme assureur :

- Une déclaration écrite mentionnant les nom, prénoms, âge et domicile de l'assuré ; les nom et coordonnées des témoins ; les circonstances précises, le lieu et la date de l'accident, accompagnée de tous documents justificatifs probants ;
- Un certificat médical, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'assureur, indiquant la nature des blessures ou lésions, les conséquences probables et, le cas échéant, la date approximative de la consolidation.
- Toute pièce complémentaire sollicitée par l'assureur pour apprécier les circonstances du sinistre et l'évaluation des préjudices.

La preuve de l'accident ainsi que celle de la relation directe de cause à effet entre l'accident garanti et le décès ou le déficit fonctionnel permanent de l'assuré incombent à ce dernier ou au(x) bénéficiaire(s). L'assureur peut par ailleurs faire procéder à tous contrôles et enquêtes administratives.

En cas de non-respect du délai pour déclarer le sinistre, sauf cas fortuit ou de force majeure, une indemnité proportionnelle au dommage que le retard aura causé à l'assureur pourra être mise à la charge de l'assuré ou du bénéficiaire. Cette indemnité viendra en déduction des indemnités dues à l'assuré ou au bénéficiaire au titre du sinistre garanti.

Toute déclaration frauduleuse ayant pour effet ou pour but d'induire en erreur l'assureur sur les circonstances ou les conséquences d'un accident, entraîne la perte de tous droits à garantie pour la totalité du sinistre. S'il y a eu règlement au titre de ce sinistre, le montant réglé devra être remboursé à l'organisme assureur.

Article 11 L'évaluation des préjudices et des indemnités

§ 1 - Détermination de l'indemnité en cas de déficit fonctionnel permanent de l'assuré

▪ **Fixation du taux de déficit fonctionnel permanent**

Le taux de déficit fonctionnel permanent subsistant après consolidation des blessures est fixé par un médecin spécialiste en indemnisation des dommages corporels désigné par la société d'assurances. L'expert se réfère au barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun* - concours médical - dernière édition parue à la date de l'expertise médicale. Lorsque le taux de déficit fonctionnel permanent est au moins égal au taux fixé dans le certificat d'adhésion, le médecin expert évalue également les différents postes de préjudices garantis au règlement.

L'expertise médicale a lieu, en tout état de cause, en France (même si l'accident est intervenu à l'étranger). L'assuré ne peut pas se soustraire à l'examen médical sous peine de non application de la garantie.

▪ **Evaluation des préjudices indemnisés**

Le médecin expert qualifie les différents préjudices subis par l'assuré et résultant directement de l'accident. L'indemnité est déterminée par référence au droit commun.

Le déficit fonctionnel permanent dont le taux est inférieur au seuil d'intervention indiqué au certificat d'adhésion de l'assuré ne donne lieu au versement d'aucune indemnité.

▪ **Aggravation des préjudices indemnisables**

L'évolution de l'état séquellaire de l'assuré, en relation directe et certaine avec l'accident garanti, de nature à modifier les conclusions médicales qui ont servi de base à l'indemnisation initiale, ouvre droit à indemnisation.

Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le plafond de garantie de l'année d'assurance au cours de laquelle l'accident garanti est survenu.

▪ **Litiges médicaux**

En cas de contestation portant sur les conclusions de l'expertise médicale, le différend peut être apprécié en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par l'organisme assureur et le médecin traitant de l'assuré. Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin serait désigné, sur la demande de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal judiciaire de Paris statuant par ordonnance de référé. Les honoraires du tiers expert sont à la charge de l'organisme assureur.

Toutefois, dans le cas où le tiers-expert confirmerait la décision prise par l'organisme assureur à l'égard de l'assuré, **les honoraires et frais de nomination seraient à la charge de ce dernier.**

§ 2 - Indemnisation en cas de décès de l'assuré

▪ **Pertes de revenus des bénéficiaires et préjudice d'affection des bénéficiaires**

L'indemnité versée aux bénéficiaires au titre de la perte de revenus et du préjudice d'affection est déterminée par référence au droit commun.

▪ **Les frais d'obsèques**

L'organisme assureur indemnise les bénéficiaires ayant avancé les frais d'obsèques occasionnés par le décès accidentel d'un assuré et non pris en charge au titre d'un autre contrat d'assurance. L'indemnisation est effectuée sur présentation des justificatifs originaux et **dans la double limite :**

- **des frais réels engagés par les bénéficiaires,**
- **de la somme de 5 000 € pour l'ensemble des frais d'obsèques engendrés par le décès de l'assuré (montant global maximum, quel que soit le nombre de bénéficiaires ayant participé à la prise en charge des frais d'obsèques).**

▪ **Non cumul incapacité permanente/décès**

Lorsque, postérieurement au versement de l'indemnité due au titre des dommages corporels, l'assuré décède des suites de l'accident garanti, **les indemnités dues aux bénéficiaires au titre du décès ne sont versées que déduction faite des sommes déjà réglées par l'organisme assureur à l'assuré.** Si les indemnités réglées au titre des dommages corporels sont supérieures à celles qui auraient été dues au titre du décès, elles restent acquises au patrimoine de l'assuré.

§ 3 - Non cumul des prestations

L'indemnité ne se cumule pas avec les prestations de caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par l'assuré ou ses bénéficiaires, d'un organisme de Sécurité sociale ou de tout autre régime de prévoyance, au titre des mêmes chefs de préjudice.

Toute prestation due ou perçue à ce titre doit être portée à la connaissance de l'organisme assureur par l'assuré ou ses bénéficiaires dès qu'elle leur est notifiée par l'organisme débiteur et a été acceptée par eux. Elles viennent en déduction de l'indemnité due au titre des préjudices indemnisés par le présent règlement : l'organisme assureur verse le complément à l'assuré ou ses bénéficiaires, s'il y a lieu.

§ 4 - Offre provisionnelle

Dans le cas où le médecin expert ne peut conclure de façon définitive, mais estime que le déficit fonctionnel permanent directement imputable à l'accident dépassera le seuil fixé au règlement, une offre provisionnelle sera faite dans le mois suivant la communication à l'organisme assureur du rapport de l'expertise médicale.

§ 5 - Offre définitive et délai de paiement

Lorsque la garantie est due, l'offre définitive d'indemnisation est faite dans un délai de cinq mois suivant la date à laquelle l'organisme assureur a été informé de la consolidation ou du décès de l'assuré, à condition que, dans ce délai, la victime ou les bénéficiaires lui aient communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir.

Le paiement des sommes convenues doit intervenir dans un délai d'un mois à partir de l'acceptation de l'offre. Le paiement des indemnités intervient en tout état de cause sous forme d'un capital versé au(x) bénéficiaire(s) du contrat (tel(s) que défini(s) à l'article 3).

Article 12 Recours subrogatoires

Concernant les prestations à caractère indemnitaire et conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, l'organisme assureur est subrogé de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers* responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce **dans la limite des dépenses que l'assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers.**

CHAPITRE III – LA VIE DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

SECTION 1 – Formation et prise d'effet de l'adhésion

Article 13 Adhésion au règlement

§1 - Modalités d'adhésion

Tout membre d'une mutuelle adhérente à AGMF Prévoyance, souhaitant adhérer à une garantie régie par le présent règlement, fait acte d'adhésion au présent règlement. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation par le signataire, des dispositions des statuts d'AGMF Prévoyance et des droits et obligations définis par le présent règlement.

Un certificat d'adhésion est délivré à chaque membre participant lors de son adhésion ou en cas de modification de sa garantie. Il devient alors membre participant de l'Union AGMF Prévoyance.

Le certificat d'adhésion précise notamment :

- L'identité du membre participant
- La nature et le montant ou niveau des garanties et options souscrites
- La date de prise d'effet de l'adhésion et des garanties
- Le montant des cotisations incluant, s'il y a lieu, les taxes, conformément à la réglementation en vigueur, ainsi que leur périodicité de paiement
- Le cas échéant, les conditions d'acceptation particulières.

Préalablement à l'adhésion, l'organisme assureur remet au postulant à l'assurance, les informations précontractuelles imposées par la réglementation en vigueur selon le mode d'adhésion et de communication choisi par ce dernier, ainsi que, le document d'information sur l'organisme Assureur, l'IPID, la fiche devoir de conseil, la fiche d'information sur la vente à distance, le présent Règlement Mutualiste émis par AGMF Prévoyance décrivant les garanties ainsi que les droits et obligations réciproques des parties et les statuts de celle-ci, ainsi que les documents visés ci-dessous.

§ 2- Formation de l'adhésion

L'adhésion est matérialisée par :

- la remise à l'organisme assureur du bulletin d'adhésion sur support papier signé de façon manuscrite, ou dématérialisé et signé électroniquement par le postulant à l'assurance ;
- la remise à l'organisme assureur, le cas échéant, du mandat de prélèvement SEPA rempli et signé par le postulant à l'assurance ;
- la notification, par l'organisme assureur, de l'acceptation de l'adhésion concrétisée par l'envoi du certificat d'adhésion et d'un premier avis d'appel de cotisation.

En cas d'adhésion à distance, les frais afférents à la vente à distance (coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents relatifs à l'offre par l'Assuré) sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

§ 3 - Dématérialisation des courriers et des documents précontractuels et contractuels

3.1 Dématérialisation

Le membre participant accepte expressément de recevoir les informations précontractuelles émanant des entités assurantielles de GPM par voie électronique. A défaut, ces informations précontractuelles lui sont remises au format papier.

Le membre participant est expressément informé que les informations, documents contractuels et l'ensemble des pièces y afférentes adressés au cours de l'exécution du contrat lui seront transmis par voie électronique, sauf opposition. Le membre participant est expressément informé qu'il peut s'opposer à l'utilisation de la voie électronique lors de la conclusion du contrat ou à tout moment au cours de son exécution.

Le membre participant est expressément informé qu'il peut, sans frais, à tout moment et par tout moyen, demander l'utilisation du support papier pour la transmission des informations et documents précités.

Le membre participant, qui a souscrit à un service fourni exclusivement par voie électronique par les entités assurantielles de GPM, est expressément informé qu'il ne peut pas s'opposer à l'utilisation de la voie électronique lors de la conclusion du contrat ou à tout moment au cours de son exécution, ni demander que le support papier soit utilisé pour la poursuite de la relation contractuelle.

Le membre participant est expressément informé de l'usage, dans le cadre de l'exécution du contrat souscrit avec des entités assurantielles de GPM, de lettres recommandées par voie électronique.

Si le membre participant et le payeur de primes utilisent la même adresse électronique, chacun déclare avoir un accès à ladite adresse électronique et lesdits membres participants et payeurs de primes se donnent pouvoir réciproque pour retirer la lettre recommandée électronique éventuelle.

Le membre participant reconnaît et garantit qu'il dispose de la maîtrise exclusive de l'adresse électronique qu'il a indiquée, tant pour son accès et sa gestion que la confidentialité et la sécurité des identifiants et mots de passe qui lui permettent d'y accéder. Le membre participant s'engage à notifier à l'organisme assureur sans délai toute perte ou usage abusif de ses identifiants et mots de passe. Jusqu'à la date de réception d'une telle notification, toute action effectuée par le membre participant au travers de son adresse électronique sera réputée effectuée par le membre participant et relèvera de la responsabilité exclusive de ce dernier.

Par suite, le membre participant reconnaît qu'il lui appartiendra de s'assurer, sous sa seule responsabilité, qu'il sera en mesure de recevoir, télécharger et éventuellement imprimer les pièces jointes des messages électroniques qui lui seront adressées sous format imprimable.

Chaque utilisation de son compte personnel par le membre participant constitue l'acceptation de la dernière version de la convention d'utilisation du site adhérent, disponible sur le compte personnel du membre participant en format imprimable.

3.2 Convention sur la preuve

Le membre participant reconnaît à l'écrit sur support électronique la même force et valeur probante que l'écrit sur support papier.

Le membre participant reconnaît expressément et accepte que la preuve des opérations réalisées sur le site adhérent soit rapportée par tout support durable constatant lesdites opérations. Le membre participant s'engage à reconnaître comme support durable, notamment : le papier, les clés USB, les cartes à mémoire,

les disques durs d'ordinateur, les courriels, ainsi que tout autre instrument permettant de conserver les informations d'une manière qui permet de s'y reporter aisément pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction identique desdites informations.

En conséquence, le membre participant reconnaît et accepte expressément que les informations, documents contractuels et l'ensemble des pièces y afférents puissent être établis et conservés sur tout support durable. Les informations précontractuelles et les documents contractuels dématérialisés sont disponibles dans son Espace Adhérent dans un délai de 24h.

Le membre participant reconnaît expressément et accepte :

- L'enregistrement de sa navigation sur l'Espace Adhérent, et notamment ses « clics » de souris ou autre périphérique, comme mode de preuve des obligations souscrites via l'Espace Adhérent ;
- Que ces enregistrements effectués par GPM ont pleine valeur probante à son égard ;
- Qu'en cochant la case libellée « J'accepte de recevoir les informations précontractuelles, émanant des entités assurantielles de GPM, par voie électronique. », il accepte la dématérialisation desdits documents ;
- Qu'en ne cochant pas la case libellée « Je n'accepte pas de recevoir les informations, courriers de gestion, documents contractuels et pièces y afférentes émanant des entités assurantielles de GPM par voie électronique » il accepte la dématérialisation desdits documents ;
- Que toute opération effectuée, après s'être authentifié avec son mot de passe sur son Compte Personnel accessible sur l'Espace Adhérent, est réputée effectuée par lui-même.

Article 14 Prise d'effet de l'adhésion et renonciation

§ 1 - Prise d'effet de l'adhésion

1.1 Adhésion sur support papier et sur tablette

L'adhésion produit ses effets à la date indiquée au certificat d'adhésion, et au plus tôt :

- au lendemain zéro heure de la date de signature du bulletin d'adhésion, sous réserve :
 - de la notification de l'acceptation par l'Assureur par la délivrance du certificat d'adhésion,
 - et du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.
- ou à une date ultérieure expressément indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Le règlement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique ou par chèque dans le cadre de l'adhésion sur support papier.

Faute pour l'Assuré d'avoir réglé le montant du premier appel de cotisation dans les trente jours suivant son émission, ou en cas de chèque rejeté, l'acceptation de l'adhésion est caduque et l'assurance de nul effet.

En aucun cas l'adhésion ne peut prendre effet à une date antérieure à celle de la signature du bulletin d'adhésion.

1.2 Adhésion via le site internet

L'adhésion produit ses effets à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, et au plus tôt :

- au lendemain zéro heure de la date de signature du bulletin d'adhésion, sous réserve :
 - de la réception de l'ensemble des pièces justificatives,
 - de la notification de l'acceptation de l'adhésion par l'organisme assureur par la délivrance du certificat d'adhésion,
 - et de l'encaissement de la première cotisation ou de la fraction convenue de celle-ci,
- ou à une date ultérieure expressément indiquée sur le bulletin d'adhésion.

L'Assuré peut demander que son adhésion prenne effet immédiatement, en cochant une case prévue à cet effet sur la demande d'adhésion. Dans ce cas, cette demande entraîne l'encaissement de la première cotisation mais ne le prive pas de sa faculté de renonciation.

En aucun cas l'adhésion ne peut prendre effet à une date antérieure à celle de la signature du bulletin d'adhésion.

Le règlement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique ou par chèque.

§ 2 - Délais de renonciation

2.1 Délai de renonciation en cas de vente à distance y compris en cas de démarchage téléphonique

Lorsque l'assuré adhère au contrat dans le cadre d'une vente à distance (sans avoir rencontré de conseiller de l'Assureur pour la souscription du contrat), il dispose d'un droit de renonciation.

2.1.1. Conditions d'exercice de la faculté de renonciation

À compter du jour où le contrat à distance a pris effet, l'Assuré dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception selon le modèle joint au présent règlement.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

Pendant le délai de renonciation, la prise d'effet de l'adhésion étant suspendue, les cotisations et les prestations ne sont exigibles qu'à l'expiration de ce délai au terme duquel elles devront être versées rétroactivement.

Toutefois, si l'Assuré a demandé expressément, dans le bulletin d'adhésion, l'exécution immédiate de son adhésion sans attendre la fin du délai de renonciation, les cotisations et les prestations sont dues dès la date d'effet de l'adhésion.

2.1.2. Effet de la renonciation

- En cas d'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus, le contrat sera considéré comme n'ayant jamais pris effet. Aucune cotisation ne sera due par l'Assuré, ni aucune prestation par l'organisme assureur.
- Toutefois, si à la demande expresse de l'Assuré, le contrat a produit ses effets immédiatement sans attendre l'expiration du délai de renonciation, il sera mis fin rétroactivement au contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

AGMF Prévoyance rembourse la quote-part de cotisation correspondant à la période postérieure à la renonciation, pendant laquelle l'Assuré n'a pas bénéficié de la couverture, au plus tard dans les 30 jours à compter de la date de réception de la renonciation de l'Assuré en utilisant le même moyen de paiement que celui utilisé par l'Assuré pour le paiement de la première cotisation. Toutefois, et sous réserve de son accord exprès un autre moyen de paiement pourra être utilisé dans la mesure où le remboursement n'occasionne pas de frais pour l'Assuré.

En contrepartie, l'Assureur conservera la quote-part des cotisations afférente à la période ayant couru entre la date d'effet de l'adhésion et la date de réception de la renonciation et correspondant à la couverture dont aura bénéficié l'Assuré durant la période d'exécution du contrat.

De même, l'Assuré devra, le cas échéant, restituer les prestations reçues pendant la période antérieure à la renonciation, dans les 30 jours suivant celle-ci.

Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

2.2 Délai de renonciation en cas de démarchage hors démarchage téléphonique

2.2.1. Conditions d'exercice de la faculté de renonciation

Lorsque l'Assuré adhère au contrat après avoir fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, il dispose de la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception selon le modèle joint au présent règlement.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

2.2.2. Effets de la renonciation

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception, par l'organisme assureur, de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'Assuré ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'organisme assureur conservera la quote-part des cotisations correspondant à la couverture dont aura bénéficié l'Assuré durant la période d'exécution du contrat. L'organisme assureur est tenu de rembourser le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de fin de l'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'organisme assureur si l'Assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

SECTION 2 - Cotisations

Article 15 Paiement de la cotisation

§ 1

1.1 Adhésion sur support papier en « face à face » ou dans le cadre d'une vente à distance

La cotisation annuelle et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont payables d'avance aux dates d'échéance mentionnées sur l'appel de cotisations lors de l'adhésion puis lors du renouvellement.

La première cotisation est calculée à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Le règlement s'effectue par prélèvement automatique ou par chèque.

1.2 Adhésion en ligne (via le site internet)

La cotisation annuelle et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont indiquées dans le récapitulatif de la demande lors de l'adhésion. Elles sont payables d'avance aux dates d'échéance mentionnées sur l'appel de cotisation lors du renouvellement. La première cotisation est calculée à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Le règlement s'effectue par prélèvement automatique ou par chèque.

1.3 Adhésion sur une tablette numérique en « face à face »

La cotisation annuelle et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont indiquées dans le formulaire tablette lors de l'adhésion. Elles sont payables d'avance aux dates d'échéance mentionnées sur l'appel de cotisations lors de l'adhésion puis lors du renouvellement.

La première cotisation est calculée à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Le règlement s'effectue par prélèvement automatique.

§ 2

Dans tous les cas susvisés, faute pour le Membre participant d'avoir réglé le montant du premier appel de cotisation dans les 30 jours suivant son émission, l'acceptation de l'adhésion est caduque et le contrat est de nul effet.

§ 3

La cotisation annuelle peut donner lieu à la demande du Membre participant et sous réserve d'opter pour le prélèvement automatique, à un paiement fractionné, semestriel, trimestriel ou mensuel.

§ 4

La cotisation peut être révisée lors du renouvellement annuel du contrat suite à la modification du tarif portée à la connaissance du Membre participant dans les conditions visées à l'article 20.

Article 16 Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, lorsque la cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'organisme assureur adresse au Membre participant une lettre recommandée l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue ainsi que les cotisations venues éventuellement à échéance entre temps, entraîne de plein droit la résiliation de l'adhésion.

SECTION 3 – Durée, renouvellement et dénonciation du contrat

Article 17 Durée, renouvellement et dénonciation de l'adhésion

L'adhésion est valable pour une durée expirant le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Elle est ensuite renouvelable annuellement par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année sauf dénonciation par le membre participant ou AGMF Prévoyance avant le 31 octobre pour prendre effet au 31 décembre selon les modalités précisées à l'article 18 ci-après.

La tacite reconduction ne peut en aucun cas être supérieure à un an.

Article 18 Dénonciation de l'adhésion

I - Cas de résiliation

§ 1 - L'organisme assureur procède à la résiliation de l'adhésion en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 16 ci-dessus.

L'organisme assureur peut également résilier l'adhésion, avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 31 décembre suivant.

La résiliation par l'organisme assureur s'opère par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La résiliation du règlement est sans effet sur les prestations à verser au titre des sinistres survenus antérieurement à la date d'effet de la résiliation.

§ 2 - Le membre participant peut dénoncer l'adhésion chaque année, dans les conditions définies ci-après, avant le 31 octobre pour prendre effet au 31 décembre suivant.

La dénonciation par le membre participant peut s'opérer au choix :

- soit par lettre adressée au siège social de l'organisme assureur, par mail à l'adresse gestion.des.contrats@gpm.fr ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Une confirmation écrite de la réception de demande de dénonciation lui est adressée par l'organisme assureur. De même, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 6 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, le contrat pourra être résilié à l'échéance annuelle en cas de résiliation par l'organisme assureur, opérée par courrier recommandé au moins deux mois avant la date d'échéance.

§ 3 – L'adhésion pourra être résilié immédiatement par l'organisme assureur en cas de fausse déclaration de l'assuré ou des bénéficiaires sur les circonstances et les conséquences de l'accident.

§ 4 - En cas de résiliation par l'organisme assureur d'un autre des contrats du Membre participant après sinistre, le Membre participant pourra dénoncer le présent règlement dans un délai de 30 jours suivant la notification de la résiliation de la police sinistrée selon les modalités précisées au §2 ci-dessus.

§ 5 - En cas de modification des garanties et/ou des tarifs du règlement par l'organisme assureur dans les conditions prévues à l'article 20 ci-dessous, le Membre participant a la faculté de dénoncer son adhésion au contrat dans un délai de 30 jours suivant la communication de cette information selon les modalités précisées au §2 ci-dessus.

§ 6 - En application de l'article L.221-17 du Code de la mutualité, en cas de survenance d'un des événements suivants :

- Changement de domicile,
- Changement de situation patrimoniale,
- Changement de régime matrimonial,
- Changement de profession,
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'en raison de la survenance de l'un des événements ci-dessus, les garanties souscrites antérieurement sont dépourvues de tout lien avec la situation nouvelle du membre participant.

La dénonciation de l'adhésion, qu'elle soit à l'initiative du membre participant ou de l'Union, ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

II - Effets de la dénonciation de l'adhésion

La dénonciation de l'adhésion met fin définitivement à l'assurance **et prive de tout droit à prestation l'assuré ou le bénéficiaire pour le décès ou le déficit fonctionnel permanent résultant d'un accident survenu postérieurement à la date de la résiliation. Aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir pour les périodes antérieures à la résiliation.**

SECTION 4 – Modification du Règlement Mutualiste

Article 19 Modification des garanties à la demande du membre participant

Le membre participant peut demander un aménagement de son contrat (modification des options de souscription), sous réserve d'en formuler la demande par lettre. **En cas de diminution des garanties, la nouvelle garantie ne peut prendre effet avant le 1er janvier suivant. En cas d'augmentation des garanties, la nouvelle garantie prendra effet le 1er du mois suivant la réception de la demande par l'organisme assureur.**

La modification apportée donne lieu à l'émission d'un avenant au certificat d'adhésion.

Article 20 Modification à la demande de l'assureur

- Modification de tarifs

Les modifications des tarifs applicables lors du renouvellement annuel du Règlement sont portées à la connaissance du membre participant et sont appliquées à la date du prochain renouvellement du contrat (1er janvier suivant).

Le souscripteur a la possibilité de refuser cette modification en dénonçant son contrat dans les trente jours suivant la communication de cette information selon les modalités précisées au §2 de l'article 18 ci-dessus.

- Modification du Règlement

En cas de modification du présent règlement, l'Union AGMF Prévoyance s'engage à remettre à chaque membre participant, avant la date d'application prévue, une lettre d'information, spécifiant les aménagements décidés par le Conseil d'Administration dans le respect des règles générales relatives aux opérations individuelles fixées par son Assemblée Générale. Le nouveau règlement mutualiste sera mis à disposition des membres participants sur leur espace adhérent.

SECTION 5 – Fausse déclaration - Forclusion - Prescription – Réclamation - Médiation

Article 21 Fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque (article L.221-14 du Code de la mutualité).

Aucune prestation et aucun remboursement de cotisation ne peuvent intervenir. Le bénéficiaire est déchu de tout droit aux garanties.

Dans le cas où les faits délictueux ne sont constatés qu'après le versement de la prestation, l'organisme assureur en poursuit le recouvrement.

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant ou de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité des garanties prévues au certificat d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'organisme assureur a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, les garanties prennent fin dix jours après notification adressée par lettre recommandée, la portion de cotisation payée pour le temps où les garanties ne courent plus lui étant restituée.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Au titre des garanties décès, il est fait application des dispositions de l'article L.223-25 du Code de la mutualité (1).

(1) Reproduction de l'article L.223-25 du Code de la mutualité : "Par dérogation aux dispositions de l'article L.221-14, l'erreur sur l'âge du membre participant n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve, lors de l'adhésion ou de la signature du contrat collectif, en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les règlements de la mutuelle ou de l'union.

Dans tout autre cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable du membre participant. Si, au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge du membre participant, une cotisation trop forte a été payée, la mutuelle ou l'union est tenue de restituer la portion de cotisation qu'elle a reçue en trop sans intérêt."

Article 22 Forclusion

L'assuré, le Membre participant ou le bénéficiaire sont tenus de se conformer aux délais de déclaration de sinistre prévus pour chacune des garanties.

Article 23 Prescription

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité, toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

- Reconnaissance par une des parties du droit de l'autre partie,
- Demande en justice, même en référé,
- Acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après :

- Désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par AGMF-Prévoyance au membre participant en ce qui concerne le paiement de la prime ; par le membre participant à AGMF Prévoyance en ce qui concerne le règlement de la prestation).

Article 24 Réclamation – Médiation

Pour toute réclamation concernant l'application du présent contrat l'assuré peut écrire :

- par courrier à AGMF Prévoyance - Service Réclamation – TSA 74433 – 77213 AVON Cedex,
- ou par email à reclamation@gpm.fr.

L'assuré peut saisir la Médiation de l'Assurance 2 mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel la réclamation a été formulée et que l'assuré ait eu ou non une réponse. L'assuré peut à ce titre :

- envoyer un dossier écrit à « La Médiation de l'Assurance » TSA 50 110 - 75 441 Paris cedex 09, comportant les informations suivantes : le nom de l'assureur : « AGMF Prévoyance. », les dates des principaux événements à l'origine du différend et un bref résumé du litige, les décisions ou réponses de AGMF Prévoyance qui sont contestées, la photocopie des courriers échangés, le numéro du contrat d'assurance et celui du dossier en cas de sinistre.
- ou saisir en ligne le Médiateur en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediationassurance.org>.

L'avis motivé du Médiateur, rendu en droit ou en équité, est notifié dans les trois mois de sa saisine.

Cet avis ne lie pas les parties, l'assuré conserve le droit de saisir les tribunaux. Cet avis est également confidentiel, les parties s'interdisant d'en faire état devant les tribunaux.

Article 25 Autorité de contrôle

AGMF Prévoyance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest - CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

Article 26 Protection des données

Traitements conjointement mis en œuvre par l'Assureur et le Distributeur.

Les responsables conjoints du traitement sont l'Assureur et le Distributeur.

Finalités et bases légales. Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la passation, l'exécution du contrat, la gestion des adhésions et des relations avec les membres participants et, le cas échéant, avec leurs bénéficiaires ou ayants droit, la gestion des prestations, des réclamations, du recouvrement des cotisations, des procédures précontentieuses et contentieuses et du recours subrogatoire. Elles sont également utilisées (à l'exception du numéro de sécurité sociale), sauf opposition de la part du membre participant, pour lui adresser de la prospection commerciale sur des contrats d'assurance et services assurés ou distribués par les entités de Groupe Pasteur Mutualité sur la base de son intérêt légitime. Le membre participant peut s'opposer dès la conclusion de son contrat et à tout moment à la prospection commerciale réalisée par les distributeurs et les entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité.

Avec le consentement du membre participant, elles peuvent également être transmises (à l'exception du numéro de sécurité sociale) aux partenaires contractuels et institutionnels des distributeurs et des entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité pour recevoir des propositions commerciales, informations ou animations de leur part.

Les données relatives à la santé recueillies seront exclusivement traitées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat et ce, avec le consentement du membre participant.

Dans le cadre de leurs obligations légales, l'Assureur et le Distributeur mettent également en œuvre des traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité :

- 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 de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

L'adresse postale et l'adresse électronique du membre participant sont traitées à des fins de normalisation et de fiabilisation. L'adresse postale du membre participant est également traitée à des fins de géocodage et de calcul des distances et durées de trajets. Ce traitement est basé sur les intérêts légitimes de l'Assureur et du Distributeur d'optimiser la prise de rendez-vous des conseillers ainsi que les déplacements de ces derniers.

Caractère obligatoire des données. Les données à caractère personnel dont la communication est obligatoire à la gestion du contrat et des prestations associées sont indiquées comme telles. Le membre participant est informé que sans ces données à caractère personnel, l'Assureur et le Distributeur ne seront pas en mesure d'exécuter le contrat.

Durées de conservation des données. Les données recueillies sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle. Au terme de celle-ci, les données personnelles permettant d'établir la preuve d'un droit ou d'un contrat ou conservées au titre du respect d'une obligation légale sont archivées conformément aux dispositions en vigueur (prescriptions légales). Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans à compter du terme de la relation commerciale.

Destinataires des données. Les destinataires des données sont les conseillers du Distributeur et les équipes internes de l'Assureur en relation avec le membre participant et, le cas échéant, les bénéficiaires ou ayants-droits, les collaborateurs en charge de l'actuariat ainsi que les partenaires contractuels et institutionnels, les mandataires (Caisse de Sécurité Sociale, etc.) et réassureurs qui interviennent dans la réalisation des finalités définies aux présentes.

Seuls ont accès aux données relatives à la santé le médecin conseil de l'Assureur, le personnel expressément habilité à cet effet ainsi que, le cas échéant, le médecin conseil du réassureur.

En fonction des choix exprimés et modifiables sur demande à tout moment, les distributeurs et les entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité, ainsi que le cas échéant, leurs partenaires contractuels et institutionnels peuvent accéder aux données à caractère personnel.

Les données de santé à caractère personnel sont hébergées conformément à l'article L. 1111-8 du Code de la santé publique au sein de notre établissement ou d'un établissement dûment autorisé (agrée ou certifié).

Dans la limite de leurs attributions et des prestations confiées, les collaborateurs des prestataires techniques qui concourent à la mise en œuvre des finalités décrites au présent article ont accès aux données à caractère personnel.

Droits des membres participants et modalités d'exercice. Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, les membres participants et leurs bénéficiaires ou ayants droit bénéficient, dans les conditions définies par celle-ci, d'un droit d'accès, d'un droit de rectification, d'un droit à l'effacement (droit à l'oubli), d'un droit d'opposition, d'un droit à la limitation du traitement et d'un droit à la portabilité. Il est toutefois rappelé que l'exercice du droit d'opposition peut empêcher la souscription ou

l'exécution des présentes garanties. Les membres participants peuvent également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Ils peuvent exercer leurs droits en s'adressant à AGMF Prévoyance, Délégué à la protection des données - TSA 74433 – 77213 AVON Cedex- dpo@gpm.fr, sur justification de l'identité (en cas de doute raisonnable sur votre identité, une pièce d'identité pourra vous être demandée).

En cas de réclamation, ils peuvent choisir de saisir la CNIL.

Pour le traitement relatif à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) - 3 place Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

Ils disposent, en outre, d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique qu'ils peuvent exercer sur www.bloctel.gouv.fr.

MODELE DE LETTRE-TYPE DE RENONCIATION A L'ADHESION AU CONTRAT

À compléter et à adresser par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception au plus tard dans le respect des délais mentionnés à l'article 14 du présent règlement à AGMF Prévoyance : TSA 74433 – 77213 AVON Cedex.

« Monsieur le Président,

Je soussigné(e),.....
domicilié(e) à :

vous prie de bien vouloir prendre note, qu'usant de la faculté qui m'est conférée par l'article 14 du règlement, je désire renoncer à mon adhésion au règlement GPM Accidents de la Vie n° souscrit auprès de votre organisme.

(A indiquer uniquement en cas d'adhésion à distance et si vous avez expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin de souscription :)

Ayant expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion, je demande le remboursement des cotisations correspondant à la période postérieure à la renonciation et m'engage à vous rembourser le montant des prestations perçues pendant la période antérieure à la renonciation.

(A indiquer uniquement en cas de renonciation en cas de démarchage hors démarchage téléphonique :)

Je n'ai connaissance de la survenance d'aucun événement susceptible de déclencher la mise en œuvre des prestations assurées par le présent règlement ».

Fait à, le
(Signature du membre participant)

**CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT
NOTICE D'INFORMATION
CONTRAT COLLECTIF n° 000002065 /GAC14SAN0500
ASSOCIATION GENERALE DES MEDECINS DE FRANCE (AGMF)
PREVOYANCE ACCIDENT DE LA VIE**

COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE

Téléphone	09 77 40 70 46 (depuis la France)
	+33 9 77 40 70 46 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Courriel	assistance.personnes@filassistance.fr

DISPOSITIONS GENERALES

ASSOCIATION GENERALE DES MEDECINS DE FRANCE (AGMF) PREVOYANCE, Union de mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° SIREN 775 666 340, dont le siège social est situé au 1 Boulevard Pasteur 75015 Paris, a souscrit le contrat collectif n° **000002065 /GAC14SAN0500**, au profit de ses Adhérents et auprès de **FILASSISTANCE**, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, Identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

1.1. BENEFICIAIRES

Toute personne physique assurée par le contrat « GPM Accidents de la Vie » souscrit auprès de AGMF Prévoyance.

1.2. VALIDITE TERRITORIALES

Les garanties sont valables :

- pour les prestations 2.1., 2.2., 2.3, 2.4. : au domicile* en France* telle que définie au 1.4;
- pour les prestations 2.5. et 2.6.: en France* **à plus de 50 Km du domicile*** du bénéficiaire et dans le reste du Monde (**hors pays en état de guerre civile ou étrangère**).

La franchise kilométrique est abrogée dès lors que le bénéficiaire se trouve en pays frontalier même si ce rayon kilométrique n'est pas franchi.

A l'Etranger*, les garanties sont acquises à l'occasion de déplacements d'une durée maximum de 90 jours consécutifs.

1.3. PRISE D'EFFET ET DUREE

Pendant toute la durée de validité du contrat collectif n° 000002065/GAC14SAN05000 et au plus tôt **le 15 Septembre 2014**, les assurés d'un contrat « GPM Accidents de la Vie » **garanti** par GPM Assurance SA puis transféré à **AGMF Prévoyance** sont couverts par les présentes Conditions Générales en cas de survenance d'un évènement garanti au cours de leur adhésion.

Les garanties prennent fin :

- à la fin du contrat « GPM Accidents de la Vie » **garanti par AGMF Prévoyance** ;
- à la date de résiliation du contrat collectif n° 000002065/GAC14SAN05000, **AGMF Prévoyance** informera les Bénéficiaires du changement de la société d'assistance chargée de garantir et fournir les prestations d'assistance équivalentes.

1.4. DEFINITIONS

Pour l'application du présent Contrat, on entend par :

ACCIDENT : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure ou de la maladresse de l'assuré.

CONJOINT : le conjoint proprement dit du preneur, ou son concubin ou son partenaire lié par Pacte Civil de Solidarité.

DOMICILE : le lieu de résidence principale et habituelle de l'assuré et des bénéficiaires, situé en France* telle que définie ci-dessous, mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

ENFANT : l'enfant âgé de moins de 25 ans à charge de l'assuré et/ou de son conjoint*.

ETRANGER : l'ensemble des états et territoires situés géographiquement hors de France telle que définie ci-dessous.

EVENEMENT : accidents* médicaux et de la vie privée, accidents* dus à des attentats ou à des infractions, accidents* dus aux catastrophes naturelles ou technologiques.

FRAIS DE SEJOUR : frais d'hôtel, petit-déjeuner continental inclus.

FRANCE : France Métropolitaine, Département d'Outre-Mer, Saint Barthélemy et Saint Martin, Principautés d'Andorre et de Monaco.

FILA : la société FILASSISTANCE.

HOSPITALISATION : tout séjour dans un établissement de santé supérieur à 24 heures (sauf stipulation contraire), effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un accident*. L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité(e) à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

IMMOBILISATION : toute immobilisation temporaire au domicile* supérieure à 5 jours (sauf stipulation contraire), médicalement prescrite et consécutive à un accident*.

TRAUMATISME : état psychologique du bénéficiaire consécutif à un accident* qui nécessite l'aide extérieure d'un professionnel pour lui permettre de surmonter cet état qui se manifeste par un stress aigu, des insomnies, une anxiété, des symptômes dépressifs, d'agitation ou d'angoisse.

NB : Les termes définis ci-dessus sont signalés par un astérisque (*) dans les conditions générales.

1.5. RISQUE COUVERT

Evènements* garantis survenus dans le cadre de la vie privée uniquement et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure ou de la maladresse de l'assuré.

1.6. ENGAGEMENT FINANCIER – MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

1.6.1. NECESSITE DE L'APPEL PREALABLE

Pour que les prestations d'assistance ci-après exposées soient acquises, FILA* doit avoir été prévenue au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable :

FILASSISTANCE

N° Téléphone : 09 77 40 70 46

de l'Etranger : +33 9 77 40 70 46

N° Télécopie : 09 77 40 17 88

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de FILA*.

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire (ou toute autre personne agissant en son nom) doit :

- Contacter FILA* sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant) ;
- Fournir les renseignements suivants :
 - ✓ le numéro du contrat d'assurance ou d'adhésion,
 - ✓ son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté, la nature des difficultés motivant l'appel,
 - ✓ les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que FILA* puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, servir les prestations garanties adaptées à la situation.

1.6.2. ENGAGEMENTS FINANCIERS

Sans préjudice des règles exposées au 1.6.1, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à FILA* devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

En cas de prise en charge des frais de séjour* à l'hôtel, FILA* ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-après, et à l'exclusion de tout autre frais.

1.6.3. AVANCE DE FRAIS

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente Convention, FILA* peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

1.6.3.1. CONDITIONS PREALABLES AU VERSEMENT DE L'AVANCE PAR FILA *

À titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance consentie, FILA* adressera un certificat d'engagement au bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à FILA*. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par FILA*.

Le bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à FILA* un chèque certifié ou un chèque de banque.

1.6.3.2. DELAI DE REMBOURSEMENT DE L'AVANCE A FILA*

Le bénéficiaire s'engage à rembourser à FILA* la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

1.6.3.3. SANCTIONS

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et FILA* pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

1.6.4. TITRES DE TRANSPORT

En cas de transport organisé par FILA* en application de l'une des garanties d'assistance, le bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

A défaut de modification ou d'échange, le bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à reverser les sommes correspondantes à FILA*, et ce dans les 90 jours qui suivent son retour.

Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le bénéficiaire pour son retour au domicile* seront pris en charge par FILA*.

1.7. RECLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) doit être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande soit par téléphone au numéro indiqué au 1.6.1, soit à assistance.personnes@filassistance.fr, qui veillera à répondre dans les meilleurs délais (maximum 15 jours).

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le bénéficiaire peut adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante : **FILASSISTANCE** Service Réclamations, 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX ou à qualite@filassistance.fr.

Une réponse est formulée dans un délai de 15 (quinze) jours à compter de la réception du courrier de réclamation. Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, FILA* envoie un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse.

1.8. LOI APPLICABLE

Le présent Contrat est soumis à la Loi française.

Toutes contestations relatives à l'interprétation ou l'exécution des présentes Conditions Générales seront soumises aux tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile* du défendeur.

1.9. PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des Assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement* qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires (citation en justice, commandement ou mesure d'exécution forcée) d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les Parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

1.10. SUBROGATION

FILA* est subrogée, dans les termes de l'article L.121-12 du Code des Assurances jusqu'à concurrence des sommes payées par elle, dans les droits et actions du bénéficiaire contre tout responsable.

Si la subrogation ne peut, du fait de l'Assuré*, s'opérer en faveur de **FILA***, la garantie de celle-ci cesse d'être engagée dans la mesure même où la subrogation aurait pu s'exercer.

FILA* peut renoncer, moyennant stipulation expresse aux Conditions Particulières, à l'exercice d'un recours. Toutefois, si le responsable est assuré, **FILA*** peut malgré sa renonciation exercer son recours dans la limite de cette assurance.

1.11. CONTROLE

FILA* est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution {ACPR} située 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

1.12. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire lors de l'adhésion aux présentes Conditions Générales puis lors du traitement d'une demande d'indemnisation font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement informatique.

Dans ce cadre, le bénéficiaire est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises aux partenaires liés contractuellement à **FILA*** intervenant pour l'exécution des prestations d'assistance.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n° 2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à **FILASSISTANCE**, 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX. Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

1.13. EXCLUSIONS

FILA* ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur en France*.

Sont exclus des garanties d'assistance, dans tous les cas, les sinistres ayant pour origine :

- Les dommages causés par des maladies (dont les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales, les affections tendineuses et musculaires, les pathologies disco-vertébrales et rhumatismales, les hernies de toutes natures), leurs suites et leurs conséquences, sauf si elles résultent directement de l'accident* garanti ;
- les affections résultant d'infections parasitaires telles que le chikungunya, la dengue, le paludisme et la trypanosomiase ;
- Les dommages subis à l'occasion d'activités professionnelles ou de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales ou d'accidents* de trajets tels que définis par le Code de la sécurité sociale ;
- les dommages résultant d'un accident* dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi- remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres ;
- Par exception à cette exclusion, sous réserves que les véhicules soient utilisés conformément à leur destination, sont couverts au titre de la garantie les dommages résultant :
 - de la pratique du karting sur circuit dans le cadre des loisirs ;
 - de l'usage d'un véhicule pour enfant par un enfant* {dont l'âge correspond à l'usage préconisé par le constructeur du véhicule) ;
 - de l'usage d'un engin de jardinage autoporteur ;
 - de l'usage d'un fauteuil roulant.
- Les dommages résultant des accidents* causés par l'assuré qui ne respecte pas la réglementation impérative en cas de circulation avec un moyen autre qu'un véhicule terrestre à moteur ;
- Les conséquences de tout dommage que l'assuré s'est causé intentionnellement (dont le suicide et la tentative de suicide) ;
- Le dommage résultant de la participation de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel, ou à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- Les dommages provenant de la guerre civile ou étrangère ;
- Les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules, à l'exception de ces mêmes effets lorsqu'ils sont subis ou provoqués dans le cadre d'une thérapeutique médicale ;
- Les dommages résultant des expérimentations biomédicales ;
- Les dommages résultant de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur aux taux réglementaires en vigueur au jour du sinistre*, défini par l'article R.234-1 (alinéa 1er) du Code de la route ;
- Les dommages résultant de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- Les dommages résultant du fait d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme ou de sabotage quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- Les dommages résultant du risque de navigation aérienne, lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet pour l'appareil utilisé ou de licence valide, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- Les dommages résultant de tous sports pratiqués à titre professionnel ou donnant lieu à une rémunération ;
- Les dommages résultant de la participation à des paris, défis, tentatives de records.

1.14. EXONERATION DE RESPONSABILITE

FILA* est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties. Toutefois :

- la responsabilité de **FILA*** est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports, etc.) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes ou des biens sur un territoire ou entre deux états donnés ;
- la responsabilité de **FILA*** ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif à l'insuffisance des disponibilités locales ;
- **FILA*** ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
 - ✓ soit, de cas de force majeure,
 - ✓ soit, d'évènements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du Code des Assurances),
 - ✓ soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
 - ✓ soit, des interdictions officielles,
 - ✓ soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats
 - ✓ soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage, soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

2. GARANTIES ACCORDEES

2.1. ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT*

2.1.1. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Cette prestation s'applique à la suite d'un accident* d'un bénéficiaire ayant entraîné un traumatisme* psychologique fort.

FILA*, sur simple appel téléphonique et selon l'avis médical du médecin traitant du bénéficiaire, est à la disposition du bénéficiaire pour mettre en relation ce dernier avec un psychologue qui déterminera avec lui le contenu de son intervention. Cette prestation est assurée en toute confidentialité.

Si nécessaire, **FILA*** prend en charge le coût des consultations en cabinet pendant toute la durée de l'intervention à hauteur de **12 heures d'intervention maximum** auprès d'un spécialiste désigné par le bénéficiaire.

Aucune prise en charge ne sera acceptée par FILA* dans les situations suivantes :

- ✓ si l'évènement* ayant causé le traumatisme* n'est pas fortuit,
- ✓ si l'évènement* fortuit n'est pas la cause du traumatisme*,
- ✓ en cas d'états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement,
- ✓ les conséquences d'un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique tel que visé à l'article R.234-1 du Code de la route ou tout texte équivalent dans le pays dans lequel l'évènement* survient,
- ✓ en cas d'états résultant d'une tentative de suicide,
- ✓ en cas d'évènements* résultant de la pratique d'un sport exercé à titre professionnel dans le cadre d'une compétition.

2.1.2. ASSISTANCE « SERVICE INFO »

FILA* recherche et communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines mentionnés ci-après. Toute demande d'information du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; **FILA*** s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et, en tout cas, dans un délai ne dépassant pas 48 heures. Dans ce dernier cas, **FILA*** se chargera alors de rappeler le bénéficiaire demandeur.

FILA* fournit des renseignements exclusivement d'ordre privé dans les domaines suivants :

A/ RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES : Habitation, logement, impôt, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense, recours, salaires, contrats de travail, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, succession, affaires sociales.

B/ RENSEIGNEMENTS VIE PRATIQUE : Formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles, logement.

Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971.

Les prestations ci-dessus sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées par les spécialistes de FILA* ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, avoués, huissiers, etc. En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

La responsabilité de FILA* ne pourra en aucun cas être recherchée en cas de :

- interprétation inexacte du ou des renseignement(s) que le bénéficiaire aura obtenu(s) ;
- difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le bénéficiaire, des informations communiquées.

2.1.2. RECHERCHE ET ENVOI D'UN MEDECIN (EN FRANCE METROPOLITAINE)

En l'absence du médecin traitant habituel, **FILA*** aide le bénéficiaire à rechercher un médecin pour une visite à domicile* en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

Les frais et honoraires du médecin restent à la charge exclusive du bénéficiaire.

L'indisponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de FILA*.

2.2. ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION* DU BENEFICIAIRE SUPERIEURE A 24H, A LA SUITE D'UN ACCIDENT*

Ces prestations sont mises en place au domicile* du bénéficiaire pendant et/ou à la suite immédiate de l'hospitalisation*.

2.2.1. GARDE D'ENFANT DE MOINS DE 16 ANS EN CAS D'HOSPITALISATION* DE L'ASSURE

La garantie énoncée ci-après ne se substitue en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

FILA* se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'évènement* motivant la demande de garanties (certificat médical descriptif adressé au Médecin Conseil de FILA*, bulletin d'hospitalisation, etc.).

Si, **durant l'hospitalisation*** de l'assuré ses enfants* de moins de 16 ans ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de son entourage, **FILA* organise et prend en charge par évènement*** :

- ✓ soit leur garde par une personne qualifiée au domicile* du bénéficiaire **dans la limite de 7 jours consécutifs maximum dans un délai de 1 mois à compter de la date d'admission ou de sortie de l'hôpital**. Cette personne qualifiée pourra éventuellement assurer la garde des enfants* à son domicile*;
- ✓ soit leur transfert aller-retour **en avion classe économique ou en train 1ère classe** chez un proche résidant en France*;
- ✓ soit le transfert **aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe** au domicile* de l'assuré d'un proche résidant en France*;
- ✓ soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile* à concurrence de **5 allers-retours maximum sur une semaine et dans un rayon de 25 km du domicile***.

2.2.2. GARDE DE L'ENFANT DE MOINS DE 16 ANS IMMOBILISE AU DOMICILE APRES HOSPITALISATION*

Si à la suite d'un accident* ayant entraîné son hospitalisation*, l'un des enfants* est immobilisé* au domicile* et nécessite la présence d'un adulte à son chevet, et si l'assuré et son conjoint* ou leur entourage ne peuvent pas s'occuper de l'enfant* convalescent, **FILA*** organise et prend en charge les prestations décrites au **2.2.1** ci-dessus sous les mêmes conditions et dans les mêmes limites.

2.2.3. ASSISTANCE AUX ANIMAUX DOMESTIQUES DE COMPAGNIE

Pendant l'hospitalisation*, **FILA*** organise et prend en charge la garde à l'extérieur, ou l'entretien à domicile*, des petits animaux domestiques, à la condition qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires.

Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge avec un maximum de **250 EUR TTC**.

Sont exclus :

- ✓ **tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa., les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull »,**
- ✓ **tout animal appartenant à la catégorie dite « Nouveaux animaux de compagnie » et notamment à l'une des espèces suivantes : reptiles, amphibiens, arachnides, scorpions, félins, primates, insectes,**
- ✓ **tout chat, chien ou furet ne remplissant pas les obligations d'identification, de vaccination et de détention de passeport fixées par la réglementation européenne,**
- ✓ **les animaux détenus par le bénéficiaire dans le cadre d'un élevage, d'une exploitation agricole et d'une manière générale dans le cadre d'une activité professionnelle,**
- ✓ **le toilettage et les soins vétérinaires.**

2.3. ASSISTANCE EN CAS D'IMMOBILISATION* DU BENEFICIAIRE A SON DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS, A LA SUITE D'UN ACCIDENT*

Ces prestations sont mises en place au domicile* du bénéficiaire en France*.

2.3.1. SOUTIEN PEDAGOGIQUE A DOMICILE*

Si l'immobilisation* au domicile* de l'enfant* bénéficiaire entraîne une absence scolaire de **plus de 15 jours calendaires** (un certificat médical pourra être sollicité).

La garantie d'assistance est valable **à compter du 1er jour calendaire d'absence scolaire de l'enfant***.

Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Education Nationale. **Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires.**

FILA* recherche et envoie au domicile* de l'enfant* un répétiteur scolaire qui lui permettra, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les principales matières suivantes : **Français, mathématiques, langues étrangères (première et seconde langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.**

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.

FILA* prend en charge, par évènement*, les coûts occasionnés à concurrence de 1 mois civil et à raison de 15 heures maximum de cours par semaine, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine.

Sous réserve des limitations exposées ci-dessus, la prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire et cesse dès que l'enfant* a repris normalement ses cours. **Elle cesse en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.**

Tout répétiteur scolaire possède les diplômes nécessaires à son activité et a fait l'objet d'une sélection particulièrement attentive de **FILA***.

Il est autorisé par les parents à prendre contact, si cela s'avère nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant*, afin d'examiner avec son instituteur ou ses professeurs habituels l'étendue du programme à étudier.

Lorsque l'enfant* est hospitalisé*, les cours seront effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

Conditions médicales nécessaires à la mise en œuvre de la garantie : vous devrez justifier votre demande en présentant un certificat médical indiquant la nature de l'accident* et précisant que l'enfant* ne peut, compte tenu de cet accident*, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation*. Le certificat médical sera adressé à l'équipe médicale de FILA*.

Délai de mise en place : dès réception de votre appel, FILA* mettra tout en œuvre afin qu'un répétiteur scolaire débute les cours au domicile* de l'enfant* le plus rapidement possible.

2.3.2. AIDE A DOMICILE

Si l'état de santé de l'assuré le nécessite et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, **FILA*** organise la mise en œuvre d'une aide à domicile pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, à compter de la date du certificat médical ordonnant une immobilisation* de l'assuré de plus de 5 jours à son domicile*, sur une période d'un mois civil **à concurrence d'un maximum de 21 heures de travail effectif avec un minimum de 3 heures par jour.**

Cette garantie fonctionne de 8h00 à 19h00 tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés. Le nombre d'heures allouées et leur répartition sur la période définie ci-dessus sont dans tous les cas du seul ressort du service médical de **FILA***.

Les garanties énoncées ci-avant ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

FILA* se réserve le droit de demander, préalablement au missionnement, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'évènement* générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical descriptif adressé au Médecin-Conseil de FILA*, etc.).

2.3.3. RECHERCHE DE MEDICAMENTS

Si le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer et qu'il est détenteur d'une ordonnance prescrivant l'achat urgent de médicaments, **FILA*** fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au bénéficiaire ses médicaments.

FILA* fait l'avance du coût des médicaments, qui seront remboursés par le bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés. **FILA* ne pourra intervenir que dans la limite des disponibilités locales (pharmacie ouverte, etc.).**

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par FILA*.

2.3.4. PRESENCE D'UN PROCHE

Si le bénéficiaire est seul (pas de proche dans un rayon de 50 Km) lors de son immobilisation* à son domicile* d'une durée supérieure à 5 jours, **FILA*** organise et prend en charge par événement* :

- ✓ le **voyage aller-retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France*, à concurrence d'un billet de train 1ère classe ou d'un billet d'avion classe économique** pour se rendre au chevet du bénéficiaire,
- ✓ le séjour* à l'hôtel de ce proche pendant **2 nuits à concurrence de 70 EUR TTC maximum par nuit.**

2.3.5. GARDE-MALADE

Si l'état de santé de l'assuré le nécessite et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, **FILA*** organise la mise en œuvre d'un(e) garde-malade (sous réserve qu'elle soit prescrite par le médecin traitant) au chevet du bénéficiaire à son domicile* **sur une période d'un mois civil à concurrence 21 heures maximum de travail effectif avec un minimum de 3 heures par jour.**

Le nombre d'heures allouées et leur répartition sur la période définie ci-dessus sont dans tous les cas du seul ressort du service médical de **FILA***.

Les garanties énoncées ci-avant ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

FILA* se réserve le droit de demander, préalablement au missionnement, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'évènement* générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical descriptif adressé au Médecin-Conseil de FILA*, etc.).

2.3.6. ORGANISATION DE SERVICES A DOMICILE*

Lorsque le bénéficiaire a subi un accident* et qu'il est immobilisé* à son domicile*, **FILA*** propose l'organisation et la coordination de services au quotidien.

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi (hors jours fériés), de 7h00 à 20h00, **FILA*** recherche et met en relation le bénéficiaire avec le prestataire qui pourra l'aider dans la vie courante pour :

- ✓ le transport/accompagnement (ex: visite chez le médecin, à l'hôpital, chez le coiffeur, à la Poste ou à la banque, chez le vétérinaire, au supermarché, à la gare, à l'aéroport, etc.);
- ✓ la livraison de courses ;
- ✓ le portage de repas à domicile*, service de linge, coiffeur, pédicure, kinésithérapeute à domicile*;
- ✓ la présence d'une dame de compagnie : personne venant faire la lecture, jouer aux cartes, discuter, aider à classer ou remplir des documents ; les petits dépannages (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie, etc.) ;
- ✓ le petit bricolage (changer les fusibles, ampoules électriques, etc.) ; le petit jardinage (tondre la pelouse, couper une haie, etc.).

Les frais de transport, la réalisation des courses, les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il y a lieu, main d'œuvre et déplacement) seront réglés directement par le bénéficiaire au prestataire concerné.

2.4. ASSISTANCE EN CAS DE DÉPENDANCE (PERTE D'AUTONOMIE) DU BÉNÉFICIAIRE CONSECUTIVE A UN ACCIDENT*

Les prestations du 2.4, sont mises en œuvre si, à la suite d'un accident*, le bénéficiaire est dans un état consolidé de dépendance. L'évaluation de la dépendance est fondée sur le barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires et du taux de DFP (Déficit Fonctionnel Permanent) retenu par l'assureur.

Pour l'application des présentes garanties, le niveau de dépendance consolidé du bénéficiaire doit correspondre à un taux de **DFP** supérieur ou égal à 30 %.

2.4.1. RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS SPECIALISES

Si le bénéficiaire ne peut être maintenu à son domicile*, **FILA*** l'informe des démarches à suivre et des établissements susceptibles de l'accueillir pendant sa convalescence.

FILA* lui communique les coordonnées des différents établissements se trouvant dans sa région et de leurs caractéristiques.

2.4.2. LIVRAISON /INSTALLATION DE MATERIEL MEDICAL

FILA* contacte si nécessaire, des prestataires de matériel médical (lit médicalisé, déambulateurs, etc.) et organise la livraison et l'installation du matériel.

Les frais de transport, la réalisation des courses, les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il y a lieu, main d'œuvre et déplacement) seront réglés directement par le bénéficiaire au prestataire concerné.

2.4.3. ADAPTABILITE DU DOMICILE*

Si l'état de dépendance du bénéficiaire* l'empêche de se déplacer et d'accéder seul à toutes les pièces de son domicile*, à la demande de ce dernier, **FILA*** recherche les solutions techniques, administratives et financières susceptibles de permettre le maintien du bénéficiaire* à son domicile*.

Afin de déterminer au mieux les impératifs d'adaptation du domicile* aux besoins du bénéficiaire en perte d'autonomie de déplacement*, **FILA*** missionne un ergothérapeute chargé d'élaborer et proposer une solution de maintien du bénéficiaire à son domicile*.

A. AUDIT D'ADAPTABILITE DU DOMICILE*

A cette fin, l'ergothérapeute :

- ✓ réalise un diagnostic technique du caractère fonctionnel du logement : évaluation de l'accessibilité du logement (étages, escaliers, couloirs, etc.) et de son adaptabilité éventuelle (possibilités d'aménagement des pièces et du mobilier, etc.) au regard de la perte définitive d'autonomie de déplacement* ;
- ✓ soumet le bénéficiaire à des tests d'évaluation de sa mobilité au sein de son logement. Cette aptitude à se déplacer, seul et en toute sécurité, est déterminée en tenant compte des équipements adaptés dont dispose le bénéficiaire lors de la réalisation du bilan (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, prothèses). Au besoin, l'ergothérapeute s'entretient, pour avis, avec le médecin traitant du bénéficiaire de la situation de ce dernier et de son évolution probable ;
- ✓ dresse un audit de la situation financière et administrative du bénéficiaire.

B. SOLUTION DE MAINTIEN AU DOMICILE*

A l'issue de ces opérations, l'ergothérapeute adresse au bénéficiaire un avis sur la possibilité de maintien au domicile* comportant les renseignements suivants :

- ✓ une solution chiffrée d'aménagements immobiliers et/ou d'agencement mobilier accompagnée des coordonnées des professionnels susceptibles de les réaliser ;
- ✓ l'indication chiffrée des matériels susceptibles de faciliter les déplacements intérieurs et les coordonnées de professionnels commercialisant ce type de matériels ;
- ✓ les possibilités d'aides au financement des travaux d'adaptation de son domicile* et la mention des interlocuteurs appropriés dans ces démarches (A.N.A.H. par exemple).

Si le bénéficiaire accepte la solution suggérée par l'ergothérapeute, il retourne à **FILA*** la solution de maintien datée et signée. A réception de l'accord écrit du bénéficiaire, **FILA*** organise :

- ✓ la réalisation des travaux : **FILA*** missionne, dans les meilleurs délais, les prestataires recommandés par l'ergothérapeute pour procéder à la réalisation des aménagements et agencements préconisés ;
- ✓ la commande, la livraison et l'installation des matériels médicaux spécifiques mentionnés dans la solution de maintien au domicile* rédigé par l'ergothérapeute.

FILA* prend en charge la prestation de l'ergothérapeute, à l'exclusion de tous les autres frais.

2.5. ASSISTANCE AU BENEFICIAIRE EN CAS D'UN ACCIDENT* AU COURS D'UN DEPLACEMENT EN FRANCE* A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE* ET A L'ETRANGER* DE MOINS DE 90 JOURS CONSECUTIFS

2.5.1. CONSEIL MEDICAL

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de **FILA*** donne au bénéficiaire lorsqu'il est blessé à la suite d'un accident* survenu au cours d'un déplacement.

Les médecins de **FILA*** sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de **FILA*** se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins au bénéficiaire et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation du bénéficiaire.

Le médecin de **FILA*** propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à l'état du bénéficiaire.

La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès que le bénéficiaire ou son représentant l'a approuvé, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de **FILA***.

2.5.2. RAPATRIEMENT MEDICAL

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de **FILA*** propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- ✓ la poursuite du traitement, un rapatriement pouvant être effectué ultérieurement ;
- ✓ le transfert vers un centre hospitalier mieux adapté, le retour au domicile* étant organisé ultérieurement ; le rapatriement par le moyen de transport qui paraît le plus adapté.

Selon l'état du bénéficiaire, les transferts et les rapatriements sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- ✓ en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi ; en avion de ligne régulière ;
- ✓ en train ;
- ✓ en avion sanitaire ;
- ✓ en utilisant le véhicule du bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par **FILA ***.

Cette liste n'est pas limitative.

FILA * se charge:

- ✓ de l'organisation du transfert ou du rapatriement,
- ✓ de la réservation d'un lit auprès du service hospitalier choisi, de l'accueil à l'arrivée,
- ✓ de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son rapatriement sanitaire éventuel.

Les frais correspondants sont intégralement pris en charge par **FILA***.

Toutefois, aucun transport ne peut être pris en charge par FILA*, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de FILA*.

Ainsi, FILA* ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de recherche et de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception :

- ✓ des frais d'évacuation sur pistes de ski à concurrence de **160 EUR TTC** (frais de recherche exclus),
- ✓ des frais de transport non-urgents en ambulance ou taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessure légère ne nécessitant ni un rapatriement, ni un transport médicalisé.

Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite de l'urgence vitale du transfert.

Conditions applicables aux interventions liées à un évènement* d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de FILA* après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation*.

IMPORTANT : tout refus de la solution proposée par la Direction médicale de FILA*, en collaboration avec les différents médecins concernés, entraîne décharge pleine et entière de la responsabilité de FILA* qui ne prendra pas en charge les frais engagés par le bénéficiaire.

2.5.3. RAPATRIEMENT DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

Si, à la suite d'un accident*, personne n'est en mesure de s'occuper des enfants* de moins de 16 ans du bénéficiaire resté sur place :

- ✓ **FILA*** met à disposition une personne résidant en France* désignée par le bénéficiaire ou un membre de sa famille, et prend en charge **un billet aller-retour de train 1ère classe ou d'avion classe économique**, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour prendre les enfants* en charge et les ramener à leur domicile* ou chez un proche* résidant en France*, désigné par le bénéficiaire.
- ✓ S'il est impossible de joindre une des personnes désignées par le bénéficiaire, ou si celles-ci sont dans l'impossibilité d'effectuer le voyage, **FILA*** envoie une hôtesse pour prendre les enfants* en charge et les ramener à la garde de la personne désignée par le bénéficiaire.

2.5.4. PRESENCE AUPRES DU BENEFICIAIRE HOSPITALISE

2.5.4.1. HOSPITALISATION* INFÉRIEURE OU ÉGALE À 10 JOURS

Si le bénéficiaire est hospitalisé* pour une durée inférieure ou **égale à 10 jours** et si son état ne justifie pas ou empêche un rapatriement ou un retour immédiat, **FILA*** organise le séjour* à l'hôtel d'un membre de sa famille ou d'une personne qu'il désigne se trouvant déjà sur place et qui reste à son chevet, et prend en charge ces frais imprévus réellement exposés jusqu'à un maximum de **70 EUR TTC par nuit**.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser **700 EUR TTC**.

FILA * prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

2.5.4.2. HOSPITALISATION* SUPÉRIEURE À 10 JOURS

Si l'hospitalisation* sur place doit dépasser **10 jours** et si personne ne reste à son chevet, **FILA*** met à la disposition d'un membre de sa famille ou d'une personne qu'il désigne, **un billet aller-retour de train 1ère classe ou d'avion classe économique**, afin de se rendre auprès de lui, ceci uniquement au départ de France*.

FILA* organise le séjour* à l'hôtel de cette personne et prend en charge ces frais réellement exposés, jusqu'à un maximum de **70 EUR TTC par nuit**. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser **700 EUR TTC**.

2.5.5. FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER*

Dans le cadre de déplacements de moins de 90 jours consécutifs à l'Etranger*, **FILA*** prend en charge la partie des frais médicaux qui excède les sommes remboursées par la Sécurité Sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance, déduction faite d'une franchise de **30 EUR TTC** par dossier. Cette prise en charge complémentaire couvre les frais définis ci-dessous à condition qu'ils concernent des soins reçus en territoire Etranger* à la suite d'un accident* survenu sur ce même territoire.

Pour les sinistres survenus dans un état de l'union européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège, la mise en œuvre de la présente garantie est subordonnée à la détention par le bénéficiaire de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (ce document est délivré, sur demande de l'assuré social, par la Caisse primaire d'assurance maladie. La demande doit être formulée au moins 2 semaines avant le départ). Il appartient donc au bénéficiaire de procéder, avant son départ en voyage, à l'ensemble des démarches nécessaires en vue d'obtenir cette carte.

Le montant maximum de prise en charge complémentaire de frais médicaux est de 4 500 EUR TTC par bénéficiaire, dès l'instant où ils sont engagés à l'Etranger* sur ordonnance médicale.

Sont couverts les frais médicaux suivants :

- ✓ honoraires médicaux,
- ✓ coûts des médicaments prescrits,
- ✓ coûts des soins dentaires à concurrence de **150 EUR TTC**,
- ✓ frais d'hospitalisation,
- ✓ frais chirurgicaux.

Pour donner lieu à prise en charge, toutes hospitalisation* et intervention chirurgicale doivent être déclarées à FILA* dans les 48 heures.

A) Cette prise en charge peut faire l'objet d'une avance dans la limite de ces **4 500 EUR TTC**. Le bénéficiaire ou ses ayants droit s'engagent alors à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié et à respecter les conditions du paragraphe **1.6.3**.

B) Le remboursement des sommes engagées s'effectue sur présentation des pièces justificatives soumises préalablement à la Sécurité Sociale, à toute caisse d'assurance maladie et à tout organisme de prévoyance, déduction faite des prestations réglées directement par ces caisses et des avances consenties par **FILA*** et non encore remboursées. Dans tous les cas, il sera retenu une franchise de **30 EUR TTC** par dossier, si aucun remboursement n'a été octroyé par une caisse de prévoyance ou d'assurance maladie.

Nota : la prise en charge des frais d'hospitalisation* à l'Etranger* cesse à dater du jour où FILA* est en mesure d'effectuer le rapatriement en France*.

2.5.6. EXCLUSIONS AU REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX

Ne donnent pas lieu au remboursement :

- ✓ les frais médicaux inférieurs à 30 EUR TTC,
- ✓ les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation* consécutifs à un accident* constaté médicalement avant la date de garantie,
- ✓ les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,
- ✓ les frais de soins dentaires supérieurs à 150 EUR TTC,
- ✓ les frais engagés en France* qu'ils soient ou non consécutifs à un accident* survenu à l'Etranger*,
- ✓ les frais de rééducation,
- ✓ les frais consécutifs aux tentatives de suicide,
- ✓ les frais occasionnés par les conséquences physiques et psychiques de l'usage de stupéfiants ou drogues assimilées non ordonnées médicalement,
- ✓ les frais de transport primaire d'urgence, de recherche en montagne et de secours en mer,
- ✓ les frais engagés à l'Etranger* par une personne n'ayant pas sa résidence principale en France*.

2.5.7. PROLONGATION DE SEJOUR* A L'HOTEL POUR LE BENEFICIAIRE

En France* comme à l'Etranger*, si son état ne justifie pas une hospitalisation* ou un transport sanitaire et qu'il ne peut entreprendre son retour à la date initialement prévue, **FILA*** prend en charge, s'il y a lieu, ses frais réellement exposés de prolongation de séjour* à l'hôtel, ainsi que ceux d'une personne demeurant à son chevet jusqu'à un maximum de **70 EUR TTC par nuit**. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser **350 EUR TTC par personne**.

Lorsque son état de santé le permet, **FILA*** organise et prend en charge son retour et, éventuellement, celui de la personne qui est restée près de lui, si elle ne peut rentrer par les moyens initialement prévus.

2.6. ASSISTANCE EN CAS DE DECES A LA SUITE D'UN ACCIDENT*

2.6.1. ASSISTANCE CONSEIL TELEPHONIQUE

En cas de décès d'un bénéficiaire, la famille de celui-ci peut, sur simple appel téléphonique, accéder à notre service d'informations pour toute question relative aux démarches et formalités administratives, informations pratiques (notamment coût et disponibilité des concessions dans les cimetières, les modes de sépultures, le don d'organe et de corps, etc.) ainsi que toute demande d'information portant sur les règles de droit français relatives aux successions.

Toute demande d'information est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; nous nous engageons à fournir une réponse, si possible immédiatement, et dans tous les cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures.

Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971. Notre responsabilité ne pourra pas être recherchée en cas de mauvaise utilisation ou d'interprétation inexacte par le bénéficiaire des renseignements communiqués.

2.6.2. RAPATRIEMENT DE CORPS EN CAS DE DECES

En cas de décès d'un bénéficiaire survenant en France* ou à l'Etranger*, à la demande de son entourage, **FILA*** organise et prend en charge le transport du corps (ou des cendres) du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation en France*.

FILA* prend également en charge les frais annexes et nécessaires à ce transport (frais de cercueil modèle simple, frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement nécessaires au transport et conformes à la législation locale).

La prise en charge de ce transport et des frais annexes est effectuée **dans la limite de 1 500 EUR TTC maximum pour un décès survenu en France* et 4 500 EUR TTC maximum pour un décès survenu à l'Etranger***.

Si les circonstances (notamment de refus d'autorisation de transporter le corps ou les cendres ou non délivrance du permis d'inhumer) imposent d'inhumation dans le pays du décès, **FILA*** prend en charge le transport de corps du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation et les frais annexes nécessaires à ce transport dans la limite des plafonds mentionnés ci-dessus. **FILA*** ne prend pas en charge :

- ✓ les frais d'inhumation ou de crémation,
- ✓ les frais d'embaumement,
- ✓ les frais de cérémonie et d'accessoires.

Le choix des Sociétés intervenant dans le traitement du rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort de **FILA***. Toutefois, en fonction de la volonté exprimée du défunt ou de son entourage, **FILA*** peut accepter, à titre exceptionnel, de modifier l'un des éléments de la prestation garantie ou ses modalités de mise en œuvre. Dans ce cas, la prise en charge financière ne pourra pas dépasser le montant qui aurait été engagé si la prestation avait été intégralement organisée par **FILA***.

3. SYNOPTIQUE DES GARANTIES ASSISTANCES AGMP Prévoyance ACCIDENT DE LA VIE

EN CAS DE D'ACCIDENT*	
▪ Accompagnement Psychologique ▪ Assistance « Service Info » ▪ Recherche et envoi d'un médecin	12 heures de consultation - Assistance téléphonique - Recherche et mise en relation
ASSISTANCE AU DOMICILE* EN CAS D'HOSPITALISATION* DU BENEFICIAIRE SUPERIEURE A 24H, A LA SUITE D'UN ACCIDENT*	
▪ Garde à domicile* des enfants de moins de 16 ans	7 jours consécutifs sur 1 mois
▪ Transfert des enfants chez un proche ou présence d'un proche ✓ Aller-retour - ou ✓ Accompagnement à l'école	- Billet train 1ère classe ou Billet d'avion classe économique 5 A/R sur 1 semaine à 25 Km maxi
▪ Garde de l'enfant de moins de 16 ans Immobilisé* au domicile* ✓ Présence d'un proche	Billet train 1ère classe ou billet d'avion classe éco
▪ Assistance aux animaux domestiques de compagnie	250 € TTC maxi frais de garde et de nourriture

ASSISTANCE AU DOMICILE* EN CAS D'IMMOBILISATION* DU BENEFICIAIRE A SON DOMICILE* SUPERIEURE A 5 JOURS, A LA SUITE D'UN ACCIDENT*	
▪ Soutien pédagogique à domicile*	15 heures par semaine sur 1 mois maxi
▪ Aide à domicile	21 heures maxi
▪ Recherche de médicaments	Avance des frais
▪ Présence d'un proche ✓ Aller-Retour en train ✓ Séjour* à l'hôtel	Billet de train 1ère classe ou billet d'avion classe économique 2 nuits (70 € TTC maxi par nuit)
▪ Garde malade	21 heures maxi
▪ Services à domicile*	Recherche et mise en relation
ASSISTANCE EN CAS DE DEPENDANCE (PERTE D'AUTONOMIE) DU BENEFICIAIRE CONSECUTIVES A UN ACCIDENT*	
▪ Recherche d'établissements spécialisés	Frais de recherche
▪ Livraison / installation de matériel médical	Organisation sans prise en charge
▪ Adaptabilité du domicile*	Prise en charge et recherche d'un ergothérapeute
▪ Audit d'adaptabilité du domicile*	Prise en charge et recherche d'un ergothérapeute
▪ Solution de maintien au domicile*	Organisation sans prise en charge
ASSISTANCE AU BENEFICIAIRE EN CAS D'ACCIDENT* AU COURS D'UN DEPLACEMENT DE MOINS DE 90 JOURS CONSECUTIFS	
▪ Conseil médical	Service d'information téléphonique
▪ Rapatriement médical	Frais réels
▪ Frais d'évacuation sur piste de ski	160 € TTC maxi
▪ Rapatriement des enfants* de moins de 16 ans ✓ Aller - Retour	Billet de train 1ère classe ou billet d'avion classe économique
✓ Hôtesse	Frais réels
▪ Présence auprès du bénéficiaire hospitalisé* ✓ Aller- Retour	Billet de train 1ère classe ou billet d'avion classe économique
✓ Prise en charge des nuits d'hôtel	70 €TTC par nuit / 700 € TTC maxi
▪ Frais médicaux à l'Etranger*	Franchise = 30 € TTC/dossier 4 500 € TTC maxi / bénéficiaire
▪ Soins dentaires	150 € TTC maxi
▪ Prolongation de séjour à l'hôtel pour le bénéficiaire	70 € TTC par nuit avec maxi de 350 €TTC/ personne
ASSISTANCE EN CAS DEDECES A LA SUITE D'UN ACCIDENT*	
▪ Assistance conseil téléphonique	Service d'assistance téléphonique
▪ Rapatriement de corps en cas de décès ✓ Transport du corps en France + frais annexes	1 500 € TTC maxi
✓ Transport du corps à l'Etranger* + frais annexes	4 500 € TTC maxi

Statuts AGMF PREVOYANCE
Statuts applicables à compter du 1^{er} janvier 2026

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE L'UNION

CHAPITRE 1^{er} : FORMATION ET OBJET

ARTICLE 1^{ER} - DÉNOMINATION ET SIÈGE

Une Union de Mutuelles appelée "Association Générale des Médecins de France - Prévoyance" est établie à PARIS 15^{ème}, 1 Boulevard Pasteur.

Toutefois, dans la correspondance courante et pour l'exécution des opérations postales, il pourra être fait usage des appellations abrégées Association Générale des Médecins de France, AGMF ou AGMF Prévoyance.

L'Union est régie par le Code de la mutualité. Elle est immatriculée sous le N° 775 666 340 et inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 612-21 du Code monétaire et financier.

ARTICLE 2 – OBJET

I L'Union a pour objet de réaliser, à titre individuel ou collectif, au profit des personnes physiques susceptibles de bénéficier légalement de ses prestations, les opérations d'assurance suivantes :

- la couverture des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;
- la contraction d'engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine ;
- la couverture à titre accessoire des besoins liés au mariage ou à la naissance d'enfants par le versement d'un capital lors de ces événements ;
- la réalisation d'opérations faisant appel à l'épargne en vue de la capitalisation et impliquant des engagements déterminés.

Elle accepte les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance.

Elle peut également, à la demande d'autres mutuelles ou Unions, se substituer entièrement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II du Code de la mutualité pour la délivrance de ces engagements.

II - Les branches d'assurance qu'elle peut garantir ou accepter en réassurance, sous réserve de l'obtention des agréments prévus par la législation, sont les suivantes :

- 1) Accidents (prestations forfaitaires, indemnitaires et combinaison)
- 2) Maladie (prestations forfaitaires, indemnitaires et combinaison)
- 20) Vie-décès

III. L'Union peut, à titre accessoire, assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, dans les conditions et limites définies par l'article L.111-1-III du Code de la mutualité.

IV - L'Union peut souscrire des contrats collectifs auprès d'une autre Union, d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurances, dans les conditions prévues à l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, en vue de faire bénéficier les membres participants des mutuelles adhérentes ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires.

V - L'Union peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance dans les conditions prévues à l'article L. 116-2 du Code de la mutualité.

VI - L'Union peut déléguer de manière totale ou partielle la gestion d'un contrat collectif, dans les conditions prévues à l'article L. 116-3 du Code de la mutualité.

VII - L'Union peut présenter à titre accessoire des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, dans les conditions prévues à l'article L. 116-1 du Code de la mutualité.

VIII- L'Union peut adhérer ou créer une Union de Groupe Mutualiste (UGM) conformément à l'article L..111-4-1 du Code de la mutualité.

IX - L'Union peut adhérer ou créer une Union Mutualiste de Groupe (UMG) conformément à l'article L. 111-4-2 du Code de la mutualité.

X - L'Union peut adhérer à une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM) conformément à l'article L. 322-1-3 du Code des assurances.

ARTICLE 3 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur, adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, détermine en tant que de besoin les conditions d'application des présents statuts.

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

ARTICLE 4- RÈGLEMENTS DES GARANTIES

Des règlements des garanties, adoptés par le Conseil d'Administration dans le respect des règles générales relatives aux opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale, déterminent, par branche d'assurance, le contenu des engagements contractuels entre l'Union et les membres participants des groupements adhérents et les membres honoraires.

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives définies à l'article L. 221-2-III du Code de la mutualité sont le cas échéant déterminés par un contrat écrit entre le souscripteur et l'Union.

Les régimes d'assurance proposés par l'Union mais garantis par d'autres organismes sont détaillés dans des contrats ou notices d'information remis aux adhérents concernés.

ARTICLE 5 REGLEMENT PREVENTION

Un ou plusieurs règlements « prévention » adoptés par le Conseil d'Administration déterminent, le contenu des engagements réciproques entre l'Union et les membres participants et les groupements adhérents en matière d'actions et/ou prestations de prévention.

Le Conseil d'Administration détermine en accessoire de quelle(s) garanties d'assurance individuelle(s) et/ou collective(s) sont proposées les actions et/ou prestations de prévention.

ARTICLE 6 RESPECT DE L'OBJET SOCIAL

Les instances dirigeantes de l'Union s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de l'Union.

CHAPITRE 2 - CONDITIONS D'ADMISSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION I - CONDITIONS D'ADMISSION

ARTICLE 7 – CONDITIONS D'ADMISSION

Peuvent adhérer à l'Union les mutuelles et Unions régies par le Code de la mutualité, ainsi que toutes les personnes morales qui, en application dudit Code, peuvent avoir vocation à adhérer à une Union mutualiste. Ne peuvent adhérer que les groupements qui souhaitent faire bénéficier des garanties proposées par l'Union leurs membres participants ou les membres participants de leurs mutuelles.

Peuvent être admis comme membres honoraires les personnes morales qui souscrivent un ou plusieurs contrats collectifs auprès de l'Union.

L'admission de nouveaux groupements adhérents est prononcée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 8 - ASSURÉS, BÉNÉFICIAIRES, AYANTS-DROIT

Les membres participants des groupements adhérents peuvent s'assurer pour eux-mêmes ou pour ceux qu'ils désignent dans le contrat, dans les limites qui résultent de la loi et des règlements des garanties.

Sont regardés comme ayants-droit, pour les prestations dues au titre de l'assuré : l'assuré lui-même ou la personne désignée au contrat ; en cas de décès de l'assuré : ses successibles dans l'ordre fixé par le Code civil ou, si la loi l'autorise, la personne spécialement désignée par le contrat.

Pour les prestations en nature d'assurance maladie, sont regardés comme ayants-droit de l'assuré, si le contrat le prévoit : son conjoint, son partenaire dans le cadre d'un PACS, son concubin, ses enfants à charge selon la définition retenue par le contrat d'assurance et toute personne regardée comme ayant-droit au sens du Code Général des Impôts ou du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 9 – LOGO DU GROUPE

Toute adhésion à l'Union implique pour les organismes adhérents le droit d'utiliser son logo dans les conditions définies par celle-ci, sans préjudice des conventions d'usage pouvant être passées avec les autres organismes membres de Groupe Pasteur Mutualité.

ARTICLE 10 - FUSION OU SCISSION DES MEMBRES ADHÉRENTS

Lorsque deux ou plusieurs groupements mutualistes adhérents à l'Union fusionnent entre eux, l'organisme résultant de la fusion est de plein droit adhérent de l'Union. Il en va de même lorsqu'un groupement mutualiste adhérent absorbe un autre groupement mutualiste non adhérent.

Lorsqu'un groupement mutualiste adhérent est absorbé par un autre groupement mutualiste non adhérent, l'organisme issu de la fusion doit solliciter son admission auprès du Conseil d'Administration. Lorsqu'un groupement mutualiste adhérent se scinde en plusieurs groupements mutualistes, les organismes issus de la scission sont de plein droit adhérents à l'Union, sauf à présenter leur démission dans les conditions énoncées à l'article 11.

SECTION II - DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 11 - DÉMISSION

La démission est notifiée à l'Union par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Président du Conseil d'Administration.

ARTICLE 12 - RADIATION

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration.

Sont également radiés les membres qui n'ont pas payé la contribution visée à l'article 69 ci-après au 31 décembre de l'exercice écoulé. En ce cas, la radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée. La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de quinze jours à compter de sa réception. Il peut toutefois être sursis par le Conseil à l'application de cette mesure pour les membres participants qui établissent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

Peuvent aussi être radiés les membres de l'Union dont les membres participants ne font plus appel aux services de l'Union. Le membre dont la radiation est envisagée pour ce motif est invité à présenter ses observations sur la mesure envisagée par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée quinze jours au moins avant que la mesure soit décidée.

ARTICLE 13 - EXCLUSION

Peuvent être exclus les membres de l'Union qui auraient causé volontairement à ses intérêts un préjudice dûment constaté ou qui refusent de se soumettre aux obligations prévues par les présents statuts.

Le membre de l'Union dont l'exclusion est proposée pour l'un de ces motifs est convoqué devant le Conseil d'Administration, par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée quinze jours au moins avant la date prévue, pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée pour le plus prochain conseil.

S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 14 - CONSÉQUENCES DE LA CESSATION D'ADHÉSION

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations et subventions versées.

CHAPITRE 3 – DISSOLUTION VOLONTAIRE

ARTICLE 15 - CONDITIONS DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE

La dissolution volontaire ne peut être décidée que si les conditions de quorum et de majorité prévues à l'article 23 sont réunies. Tout projet de dissolution inscrit à l'ordre du jour est accompagné d'un rapport de son auteur exposant les raisons de cette dissolution et les dispositions qu'il est proposé de prendre conformément à la loi et aux présents statuts.

ARTICLE 16 - CONSÉQUENCES DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE

L'Assemblée Générale qui vote la dissolution désigne un ou plusieurs liquidateurs. Si aucun liquidateur n'est désigné par l'Assemblée, le Président en fonction saisit sans délai le Président du Tribunal de Grande Instance en référé pour qu'il en désigne un ou plusieurs.

Les fonctions des Administrateurs cessent avec la désignation du ou des liquidateurs.

Les liquidateurs ont tous les pouvoirs qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale pour procéder aux opérations de liquidation. Ils se conforment aux exigences de l'article L. 212-14 du Code de la mutualité et rendent compte de leurs opérations au Commissaire aux comptes.

Les liquidateurs convoquent une Assemblée Générale chargée d'approuver les comptes de la liquidation. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par l'Assemblée Générale dans les conditions énoncées à l'article L. 113-4 du Code de la mutualité à d'autres mutuelles, unions ou fédérations, ou le fonds de solidarité et d'action mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 dudit code, ou le fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1. A défaut de dévolution, par l'Assemblée Générale ayant prononcé la dissolution, de l'excédent de l'actif net sur le passif, celui-ci est affecté au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 susvisé.

TITRE II – ADMINISTRATION DE L'UNION

CHAPITRE 1^{er} - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTIONS

ARTICLE 17 - COMPOSITION

L'Assemblée Générale est composée des délégués des groupements mutualistes adhérents. Les délégués sont élus ou désignés par le groupement mutualiste qu'ils représentent dans les conditions fixées par les statuts de ces groupements.

Chaque délégué ne dispose que d'une seule voix.

ARTICLE 18 - NOMBRE DE DÉLÉGUÉS

Chaque groupement est représenté à l'Assemblée Générale par un délégué pour 0,314% du chiffre d'affaires prévoyance et complémentaire santé des contrats individuels et collectifs d'AGMF Prévoyance (hors acceptations) généré par ses membres participants. Pour les membres en situation de multiple appartenance, l'assiette ainsi définie est répartie à part égale entre les mutuelles d'appartenance.

Le chiffre d'affaires retenu est celui de l'exercice précédent.

Le calcul du nombre de délégués est arrondi à l'entier le plus proche avec un minimum de 2 délégués et un maximum de 20. Le nombre de délégués ainsi obtenu ne peut toutefois être inférieur à celui calculé à raison d'un délégué pour 1000 membres participants titulaires d'un ou plusieurs contrats individuels ou collectifs souscrits auprès d'AGMF Prévoyance arrondi à l'entier le plus proche et excéder un maximum de 20 délégués.

L'effectif pris en compte est celui du 31 décembre précédent.

Deux mois au moins avant l'Assemblée Générale Ordinaire, le Président du Conseil d'Administration notifie à chacun des organismes membres le nombre de délégués appelés à les représenter. Le nombre de délégués ainsi calculé reste valable jusqu'à la prochaine Assemblée Générale Ordinaire. L'Assemblée Générale ordinaire est celle qui est appelée à statuer sur les comptes de l'exercice précédent.

Les groupements adhérents élisent ou désignent leurs délégués.

Un mois au moins avant la date prévue pour l'Assemblée Générale Ordinaire, chaque groupement adhérent notifie à l'Union, selon les modalités déterminées par le Président ou le Secrétaire Général le nom et l'adresse de ses délégués. Il incombe au Président de chaque groupement adhérent de s'assurer de la bonne réception par l'Union de cette notification.

En cas de regroupement de mutuelles par voie de fusion ou de dissolution avec dévolution de l'actif et du passif à une autre mutuelle membre de l'Union, le nombre de délégués issus de ce regroupement ne pourra pas être inférieur au nombre total de délégués auquel chacune des mutuelles avait droit à l'Assemblée Générale précédant le regroupement. Cette disposition transitoire s'appliquera jusqu'à la tenue de la troisième Assemblée Générale d'approbation des comptes qui suivra le regroupement. À l'expiration de ce délai, il sera fait application des alinéas 1 à 4 du présent article.

SECTION II - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 19 - CONVOCATIONS

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration, ou dans les conditions prévues à l'article L. 114-8 du Code de la mutualité.

Sauf refus exprès du membre de l'Assemblée, la convocation aux Assemblées générales est réalisée par l'envoi d'un courriel à l'adresse électronique transmise par ledit membre.

Les membres de l'Assemblée refusant d'être convoqués par courriel ou n'ayant pas communiqué d'adresse électronique à l'Union seront convoqués par l'envoi d'un courrier simple.

L'Union met, selon les mêmes modalités, à la disposition des membres de l'Assemblée Générale tout document requis.

ARTICLE 20 - ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est fixé par l'auteur de la convocation. Il est joint à celle-ci.

Les délégués peuvent demander l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolutions dans les conditions déterminées comme suit conformément aux articles L. 114-8- III et D. 114-6 du Code de la mutualité : tout projet de résolution adressé par lettre recommandée avec accusé de réception au Président du Conseil

d'Administration cinq jours au moins avant la date de la réunion de l'Assemblée Générale, par le quart au moins des délégués, est obligatoirement inscrit à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de l'Union et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

ARTICLE 21 – MODALITES DE TENUE DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée Générale se tient en présentiel. Toutefois, les délégués de l'Assemblée Générale peuvent participer à celle-ci par des moyens de visioconférence ou de télécommunication, lorsque la convocation à l'Assemblée Générale prévoit de tels moyens. De même, les délégués de l'Assemblée Générale peuvent recourir au vote électronique lorsque la convocation à l'Assemblée Générale prévoit un tel procédé.

Dans l'hypothèse de recours au vote électronique, AGMF Prévoyance s'assure que le dispositif de vote électronique mis à disposition des délégués garantit :

- le secret du vote.

A ce titre, le dispositif électronique de vote mis en place garantit que l'identité de l'électeur ne peut pas être mise en relation avec l'expression de son vote, et cela à tout moment du processus de vote, y compris après le dépouillement.

- et la sincérité du scrutin.

A ce titre, le dispositif électronique de vote mis en place garantit :

- o le caractère personnel et libre du vote,
- o que les résultats du vote soient l'exact reflet de la volonté exprimée par les votants.

Dans l'hypothèse de recours à des moyens de visioconférence et/ou de télécommunication, AGMF Prévoyance s'assure que le ou les moyens mis à disposition des délégués de l'Assemblée Générale transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations. Les délégués de l'Assemblée Générale sont alors réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité.

ARTICLE 22 - PROCÈS-VERBAUX

Il est établi sous la responsabilité du Secrétaire Général un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale. Ce procès-verbal est signé par le Secrétaire Général et le Président.

ARTICLE 23 - QUORUM ET MAJORITÉ

1/ Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales en matière d'opérations individuelles, la fusion, la scission, la dissolution de l'Union, la création d'une nouvelle Union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si les délégués présents, réputés présents au sens du code de la mutualité ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique, sont en nombre au moins égal à la moitié du nombre des délégués.

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 les délégués présents, réputés présents au sens du code de la mutualité ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique, sont en nombre au moins égal au quart du nombre des délégués.

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

2/ Autres délibérations de l'Assemblée Générale

Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées au § 1/ ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si les délégués présents, réputés présents au sens du code de la mutualité ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique, sont en nombre au moins égal au quart du nombre des délégués. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée, qui délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents, réputés présents au sens du code de la mutualité ou ayant fait usage de la de vote électronique.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

SECTION III - ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 24 - COMPÉTENCES RÉSERVÉES À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale de l'Union procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle est seule compétente pour statuer sur :

- 1°) la modification des statuts ;
 - 2°) la dissolution de l'Union, sa scission ou sa fusion avec une autre Union ;
 - 3°) l'adhésion à une Union, à une fédération ou à une SGAM ;
 - 4°) la création d'une autre Union ;
 - 5°) les activités exercées ;
 - 6°) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles ;
 - 7°) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives ;
 - 8°) la conclusion d'une convention de substitution ;
 - 9°) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
 - 10°) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'Union agisse comme cédante ou cessionnaire ;
 - 11°) la ratification de toute décision de souscription d'un contrat collectif dans les conditions prévues par l'article L. 221-3 du Code de la mutualité ;
 - 12°) l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations ;
 - 13°) la désignation des Commissaires aux comptes ;
 - 14°) les principes que doivent respecter les délégations de gestion des contrats collectifs prévues à l'article L116-3 du Code de la mutualité et à l'article 2 VI des présents statuts ;
 - 15°) le montant des indemnités allouées aux administrateurs ayant des attributions permanentes, et/ou le montant ou les modalités de calcul des indemnités compensatrices de la perte de gains allouées aux administrateurs ayant la qualité de travailleurs indépendants ;
- et plus généralement sur toutes les matières pour lesquelles la loi impose la consultation de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 25 - COMPÉTENCES À EXERCER CHAQUE ANNÉE

L'Assemblée Générale statue chaque année sur :

- 1°) Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
 - 2°) Les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe auquel elle appartient, dès lors qu'elle en aurait l'obligation réglementaire ;
 - 3°) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité ;
 - 4°) les indemnités à attribuer aux Administrateurs, dans les conditions prévues à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité et le rapport spécial sur les indemnités versées au cours de l'année écoulée, certifié par le Commissaire aux comptes, tel qu'il est prévu par l'article L. 114-17 du Code de la mutualité ;
 - 5°) le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre l'Union et d'autres groupements mutualistes, auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu par l'article L. 114-39 du Code de la mutualité ;
 - 6°) le rapport présenté par le Conseil d'Administration sur les opérations d'intermédiation et les délégations de gestion, mentionné à l'article L 116-4 du code de la mutualité ;
- et plus généralement sur toutes les matières pour lesquelles la loi impose un vote annuel de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 26 - CLAUSE GÉNÉRALE DE COMPÉTENCE

L'Assemblée Générale peut valablement délibérer sur toute autre question inscrite à son ordre du jour. Les membres et les organes de l'Union se conforment à ses décisions.

CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 27 - COMPOSITION

1/ L'Union est administrée par un Conseil d'Administration de 45 membres élus parmi les délégués à l'Assemblée Générale de l'Union, dans les conditions fixées aux articles 28 à 30.

Les sièges sont répartis en quatre collèges dans les conditions suivantes :

- collège des médecins : 36 sièges ;
- collège des professions médicales autres que médecins : 4 sièges ;
- collège des auxiliaires médicaux : 3 sièges ;
- collège des autres professions : 2 sièges.

2/ À compter du renouvellement du tiers sortant 2016, les 45 postes seront répartis entre chaque collège en proportion du chiffre d'affaires généré par les membres participants dudit collège, arrondi à l'entier le plus proche. Le Conseil d'Administration déterminera à chaque renouvellement du tiers sortant le nombre de postes à pourvoir dans chaque collège en fonction de l'évolution du critère ci-dessus, pour autant que la variation constatée impacte la répartition du chiffre d'affaires par collège d'au moins trois points pour au moins un collège.

Pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires retenu est celui défini à l'article 18 ci-dessus.

ARTICLE 28 - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Nul ne peut être élu au Conseil d'Administration :

- s'il n'est âgé de dix-huit ans révolus au jour de l'élection ;
- s'il a exercé, dans les trois années précédant le jour de l'élection, des fonctions salariées au sein de l'Union, de l'un des groupements membres de l'Union, ou de la fédération à laquelle appartient l'Union ;
- s'il est inéligible à raison de l'une des condamnations mentionnées à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité ;
- s'il n'a pas participé aux formations qui pourraient être proposées par l'Union avant l'élection

ARTICLE 29 - DÉCLARATIONS DE CANDIDATURES

Les formulaires de candidature aux fonctions d'Administrateur sont adressés par tout moyen par le Président ou le Secrétaire Général du Conseil d'Administration aux délégués désignés dans les conditions fixées à l'article 18.

Les formulaires de candidature doivent parvenir à l'Union 21 jours francs au moins avant la date de l'Assemblée Générale dans les conditions suivantes :

- par pli recommandé avec accusé de réception ou déposés contre récépissé au siège de l'Union.
- ou par courrier électronique à l'adresse électronique indiquée à cet effet.

Les candidats doivent s'assurer de la bonne réception de leurs candidatures.

ARTICLE 30 - MODALITÉS DE L'ÉLECTION

Au moins 8 jours avant la date de l'Assemblée Générale, le Président ou le Secrétaire Général du Conseil d'Administration met par tout moyen à disposition des délégués les professions de foi des candidats aux fonctions d'Administrateur et éventuellement le matériel de vote.

L'élection a lieu au scrutin plurinominal majoritaire à un tour. Les membres du Conseil d'administration sont élus au scrutin secret par l'Assemblée Générale.

Sont élus les candidats qui ont réuni la majorité simple des suffrages exprimés.

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

ARTICLE 31 - LIMITE D'ÂGE

Le Conseil d'Administration ne peut comprendre plus d'un tiers de membres âgés de soixante-dix ans ou plus. 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.

ARTICLE 32 - DURÉE NORMALE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour six ans. Leur mandat expire le jour de la réunion du Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle il a été pourvu à leur remplacement.

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection. Il est procédé de la même manière entre les nouveaux élus à chaque fois que sont pourvus des sièges qui n'étaient pas antérieurement pourvus.

ARTICLE 33 - FIN ANTICIPÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration perdent leur mandat :

- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, conformément aux dispositions de l'article 31 ;
- lorsqu'ils perdent leur qualité de délégué à l'Assemblée Générale par suite d'une décision du groupement mutualiste auquel ils appartiennent. Dans cette hypothèse, la démission de l'Administrateur intervient au plus tard au jour de la perte de la qualité de délégué. Au-delà, la démission est considérée comme automatique ;
- en cas de démission, radiation ou exclusion du groupement mutualiste dont ils sont délégués. Dans cette hypothèse, la démission de l'Administrateur intervient au plus tard au jour de la prise d'effet de la démission, radiation ou exclusion dudit groupement. Au-delà, la démission est considérée comme automatique ;
- lorsqu'ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office en application de l'article L. 114-23 du Code de la mutualité.
- lorsqu'ils sont frappés d'une quelconque incapacité d'exercer des fonctions d'Administrateur par application de la loi, et notamment de l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,
- dans le délai visé par la réglementation suite à une décision d'opposition de l'autorité en charge du contrôle des mutuelles prise en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier.

ARTICLE 34 - VACANCE

En cas de vacance d'un siège d'Administrateur en cours de mandat liée à un décès, à une démission ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier, et à la condition que cette vacance n'ait pas pour effet de faire tomber le nombre d'Administrateurs en dessous du nombre minimum prévu par l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il peut être procédé à la cooptation d'un Administrateur par le Conseil d'Administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée Générale.

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée Générale. La non-ratification par celle-ci de la nomination faite par le Conseil d'Administration entraîne la cessation du mandat de l'Administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

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

Dans le cas où la vacance a pour effet de faire tomber le nombre d'Administrateurs en dessous du nombre minimum prévu par l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il est procédé sans délai à la convocation d'une Assemblée Générale.

ARTICLE 35 - REPRÉSENTATION DES SALARIÉS

Conformément aux dispositions du code de la mutualité, sous réserve que l'Union emploie au moins 50 salariés et moins de 1000 salariés, deux représentants des salariés de l'Union assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration. Ils sont élus de la manière indiquée ci-après.

L'élection se déroule :

- au scrutin de liste à la représentation proportionnelle au plus fort reste et sans panachage selon les modalités définies par l'article L. 114-16-2 III du code de la mutualité,
- ainsi que selon les autres modalités suivantes :

les représentants du personnel sont élus par collèges : un pour le collège des cadres, un pour le collège des employés ainsi qu'un suppléant par collège. Les agents d'encadrement font partie du collège des cadres. Les agents de maîtrise font partie du collège des employés. Peuvent participer au vote tous les salariés de l'Union, à temps complet ou partiel, ayant au moins 3 mois d'ancienneté au jour du scrutin. Le mandat des représentants du personnel est soumis à élection à chaque renouvellement du Conseil d'Administration de l'Union. Les élections des représentants du personnel ont lieu le premier jour ouvrable de la semaine précédant la date de l'Assemblée Générale. L'appel de candidatures a lieu 20 jours avant cette date et est clos 14 jours avant. Les représentants ainsi élus siègeront lors du premier Conseil qui suivra l'Assemblée Générale. Les salariés votent à scrutin secret. Le scrutin comprend un tour. Sont élus en qualité de titulaires, dans chaque collège, le candidat qui a eu le plus de voix et, en qualité de suppléant, le candidat immédiatement placé ensuite.

Pour la réalisation de cette élection, il est possible d'avoir recours au vote électronique si cette modalité est prévue par l'appel à candidatures. Dans l'hypothèse de recours au vote électronique, le dispositif de vote électronique utilisé garantit le secret du vote et la sincérité du scrutin.

SECTION II - RÉUNIONS

ARTICLE 36 – CONVOCATIONS

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins trois fois par an. Sauf en cas d'urgence, la convocation est adressée aux membres du Conseil d'Administration, au dirigeant opérationnel et aux représentants des salariés dix jours francs au moins avant la date prévue pour la réunion. L'ordre du jour, établi par le Président, est joint à la convocation. Le Président est tenu de convoquer le Conseil d'Administration lorsque cela lui est demandé par le quart au moins des membres du Conseil. Le Président du Conseil d'Administration détermine au sein de la convocation les modalités de tenue des réunions du Conseil d'Administration : tenue en présentiel et/ou par des moyens de visioconférence et/ou de télécommunication.

ARTICLE 37 – DÉLIBÉRATIONS

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les membres du Conseil ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance. Le Conseil peut décider d'entendre à titre consultatif, les personnes dont il lui paraîtrait utile de recueillir les avis en raison de leur compétence. Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents. Sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité, les membres du Conseil d'Administration qui participent au Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

ARTICLE 38 - PROCÈS- VERBAUX

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est signé par le Président et le Secrétaire Général et approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

SECTION III - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 39 – ATTRIBUTIONS DE PLEIN DROIT

Le Conseil dispose, pour l'administration et la gestion de l'Union, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale par le Code de la mutualité et les présents statuts. Il veille scrupuleusement à accomplir toutes les missions qui lui sont confiées par les lois et règlements, spécialement par l'article L. 114-17 du Code de la mutualité. Le Conseil d'Administration fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives, dans le respect des règles générales relatives aux opérations collectives fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, au Dirigeant opérationnel. Le Conseil d'Administration adopte et modifie les règlements mutualistes et fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations relatifs aux opérations individuelles dans le respect des règles générales relatives aux opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière. Le Conseil d'Administration adopte et modifie le(s) règlement(s) « prévention ». Il fixe chaque année le budget annuel consacré aux actions et/ou prestations de prévention.

ARTICLE 40 – DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS

Le Conseil d'Administration peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses attributions soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs Administrateurs, soit au dirigeant opérationnel. Seules peuvent être ainsi déléguées des attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'Administration par le Code de la mutualité. Les décisions par lesquelles le Conseil d'Administration délègue ses attributions doivent être réitérées à chaque renouvellement partiel du Conseil d'Administration. Elles peuvent être révoquées à tout moment.

ARTICLE 41 - COMMISSIONS

Des commissions temporaires ou permanentes, dont les membres sont choisis parmi les Administrateurs, peuvent être chargées d'examiner certains aspects du fonctionnement de l'Union et de faire des propositions au Conseil d'Administration.

CHAPITRE 3 - PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION I - ÉLECTION, COMPOSITION

ARTICLE 42 – COMPOSITION DU BUREAU

Le Bureau est composé de la façon suivante :

un Président, un Premier Vice-président, six Vice-présidents dont trois issus de chacun des trois collèges hors médecins, un Secrétaire Général, un Secrétaire Général Adjoint, un Trésorier Général, un Trésorier Général Adjoint.

L'ordre des six Vice-présidents est déterminé en fonction du nombre de suffrages obtenus ; en cas d'égalité, la priorité est donnée au plus ancien dans la fonction et, en cas d'égalité d'ancienneté, au plus âgé.

ARTICLE 43 – DURÉE DU MANDAT

Les membres du Bureau sont élus pour deux ans par le Conseil d'Administration parmi ses membres au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle a eu lieu le renouvellement total ou par tiers du Conseil d'Administration. Leur mandat expire le jour de la première réunion du Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle il a été procédé à un nouveau renouvellement total ou par tiers du Conseil d'Administration.

Ils peuvent à tout moment être révoqués de leurs fonctions par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 44 - MODALITÉS D'ÉLECTION AU BUREAU

Les membres du Bureau sont élus au scrutin secret, à l'issue d'un scrutin uninominal à deux tours.

Est élu au premier tour le candidat qui a réuni la majorité des suffrages exprimés. Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative.

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

Les candidatures doivent parvenir à l'Union, selon les cas :

- huit jours francs avant la date prévue pour le premier Conseil d'Administration suivant l'Assemblée Générale au cours de laquelle a eu lieu le renouvellement total ou par tiers du Conseil d'Administration ;
- huit jours francs avant la date prévue pour la réunion du Conseil d'Administration appelé à pourvoir un siège devenu vacant.

Elles peuvent être adressées par pli recommandé avec accusé de réception ou être déposées contre récépissé au siège de l'Union.

Elles peuvent être également adressées par courrier électronique à l'adresse indiquée à cet effet. Les candidats doivent s'assurer de la bonne réception de leurs candidatures.

ARTICLE 45 – VACANCE D'UN POSTE DU BUREAU

I - En cas de vacance du poste de Président en cours de mandat suite à une démission, à un décès ou à la cessation de son mandat consécutivement à une décision d'opposition prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier, le premier Vice-président convoque sans délai le Conseil d'Administration aux fins de procéder à une nouvelle élection. Le Président élu au poste vacant achève le mandat de celui qu'il remplace.

Le premier Vice-président exerce toutes les attributions du Président, y compris celles qui avaient été déléguées à celui-ci par le Conseil d'Administration, jusqu'à ce qu'un nouveau Président soit élu.

À défaut, pour le premier Vice-président, de convoquer le Conseil d'Administration, tout Administrateur peut saisir le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, aux fins d'être autorisé à procéder à cette convocation.

II - Si un autre poste devient vacant il est pourvu à son remplacement par le plus prochain Conseil d'Administration. L'Administrateur élu au poste vacant achève le mandat de celui qu'il remplace.

SECTION II - RÉUNIONS DU BUREAU

ARTICLE 46 - CONVOCATIONS

Le Bureau se réunit sur convocation du Président et au moins trimestriellement. Le dirigeant opérationnel assiste aux réunions du Bureau sans voix délibérative.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par la moitié au moins des membres du Bureau.

Sauf en cas d'urgence, la convocation est adressée aux membres du Bureau et au dirigeant opérationnel cinq jours au moins avant la date prévue pour la réunion. L'ordre du jour, établi par le Président, est joint à la convocation.

Les réunions du Bureau peuvent être tenues par des moyens de visioconférence ou de télécommunication. Le Président détermine au sein de la convocation les modalités de tenue des réunions du Bureau : tenue en présentiel et/ou par des moyens de visioconférence ou de télécommunication.

ARTICLE 47 - DÉLIBÉRATIONS

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

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

Le Bureau peut décider d'entendre à titre consultatif les personnes dont il lui paraîtrait utile de recueillir les avis en raison de leur compétence.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents.

Sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité, les membres du Bureau qui participent au Bureau par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions visées au règlement intérieur.

ARTICLE 48 – PROCÈS-VERBAUX

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Bureau lors de la séance suivante.

SECTION III - ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU

ARTICLE 49 - ATTRIBUTIONS DU PRÉSIDENT

Le Président veille à la régularité du fonctionnement de l'Union, conformément au Code de la mutualité et aux statuts.

Il représente l'Union en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut décider d'agir en justice, soit en demande soit en défense, au nom de l'Union.

Il exerce les attributions qui lui sont confiées par le Conseil d'Administration.

Il dispose du pouvoir d'engager les dépenses.

Il préside les réunions du Bureau, du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales.

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et déléguer sa signature au dirigeant opérationnel et/ou à des salariés de l'Union ou de l'une des entités du périmètre de combinaison comptable auquel elle appartient, pour des objets nettement déterminés.

Seules peuvent être ainsi déléguées les attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Président du Conseil d'Administration par le Code de la Mutualité.

ARTICLE 50 - ATTRIBUTIONS DES VICE-PRÉSIDENTS

Les Vice-présidents secondent le Président, qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions, dans l'ordre de leur élection (Premier Vice-président, autres Vice-présidents).

ARTICLE 51 - ATTRIBUTIONS DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ET DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT

Le Secrétaire Général est responsable de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.

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

ARTICLE 52 - ATTRIBUTIONS DU TRÉSORIER GÉNÉRAL ET DU TRÉSORIER GÉNÉRAL ADJOINT

Le Trésorier Général assure le suivi des opérations financières ainsi que des opérations comptables de l'Union. Conformément à la politique de placements et à l'allocation d'actifs arrêtées par le Conseil d'Administration, il assure le suivi de l'achat, la vente et, d'une façon générale, toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Le Trésorier Général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et déléguer sa signature au dirigeant opérationnel et/ou à des salariés de l'Union ou de l'une des entités du périmètre de combinaison comptable auquel elle appartient, pour des objets nettement déterminés.

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

CHAPITRE 4 - DIRIGEANT OPERATIONNEL ET DIRIGEANTS EFFECTIFS

ARTICLE 53 – DIRIGEANT OPERATIONNEL

Le dirigeant opérationnel, qui ne peut être un Administrateur, est nommé par le Conseil d'Administration, sur proposition du Président du Conseil d'Administration. Il est mis fin aux fonctions du dirigeant opérationnel dans les mêmes conditions.

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 l'Union. 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 du Code de la mutualité. Le dirigeant opérationnel assiste à toutes les réunions du Conseil d'Administration.

Le dirigeant opérationnel veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation. Le dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet social de l'Union, de la délégation mentionnée au deuxième alinéa du présent article et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément à l'Assemblée Générale, au Président et au Conseil d'Administration.

Le dirigeant opérationnel peut, sous sa responsabilité et son contrôle, confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et déléguer sa signature à des salariés de l'Union ou de l'une des entités du périmètre de combinaison comptable auquel elle appartient, pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 54 – DIRIGEANTS EFFECTIFS

Conformément à l'article R. 211-15 du code de la mutualité, le Président du Conseil d'Administration et le dirigeant opérationnel dirigent effectivement l'Union au sens de l'article L. 211-13 du code de la mutualité.

Le Conseil d'Administration peut également, sur proposition de son Président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques, autres que le Président du Conseil d'Administration et le dirigeant opérationnel.

Ces personnes doivent disposer d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de l'Union, faire preuve d'une disponibilité suffisante au sein de l'Union pour exercer ce rôle, et être impliquées dans les décisions ayant un impact important sur l'union, 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.

Les dirigeants effectifs sont tenus d'informer l'Union des poursuites pénales ou administratives diligentées contre eux pour l'un des faits mentionnés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

CHAPITRE 5 - STATUT DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPERATIONNEL

SECTION I - DISPOSITIONS COMMUNES AUX ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANT OPERATIONNEL

ARTICLE 55 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPERATIONNEL

Les Administrateurs et le dirigeant opérationnel sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles au cours des Conseils d'Administration et des Bureaux et, plus largement, au respect du secret professionnel tel qu'il est entendu par le Code pénal.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de l'Union ou des organismes mutualistes adhérents ne peut être allouée à un Administrateur ou à un dirigeant opérationnel.

Les Administrateurs et le dirigeant opérationnel sont tenus d'informer l'Union des poursuites pénales ou administratives diligentées contre eux pour l'un des faits mentionnés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

ARTICLE 56 - CONVENTIONS INTERDITES OU RÉGLEMENTÉES

Toute convention envisagée entre d'une part l'Union ou un organisme appartenant au même groupe que l'Union et, d'autre part, un Administrateur ou un dirigeant opérationnel ne peut être passée que dans les conditions prévues aux articles L. 114-32 à L. 114-37 du Code de la mutualité.

Il en est de même des conventions auxquelles un Administrateur ou un dirigeant opérationnel est directement ou indirectement intéressé, de celles dans lesquelles il traite par personne interposée et de celles passées avec une personne morale dont il est propriétaire, associé indéfiniment responsable, dirigeant de droit ou de fait.

Les conventions courantes, telles que définies à l'article L. 114-33 du Code de la mutualité, ne sont pas régies par les dispositions des deux alinéas qui précèdent. Elles sont toutefois soumises aux règles énoncées à l'article L. 114-33 et au décret pris pour son application.

Les Administrateurs et dirigeant opérationnel ne peuvent contracter des emprunts auprès de l'Union, sauf dans les conditions mentionnées à l'article L. 114-37 du Code de la mutualité.

SECTION II - STATUT SPÉCIFIQUE DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 57 - INDEMNISATION DES ADMINISTRATEURS

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites.

L'Union peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L. 114-26 à L. 114-28 du code de la mutualité.

Il leur est interdit de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage qui ne serait pas spécialement prévu par le Code de la mutualité.

Sans préjudice du bénéfice des dispositions de l'alinéa 2 de l'article L. 114-26 du code de la mutualité, les administrateurs ayant la qualité de travailleurs indépendants ont droit à des indemnités ayant pour objet de compenser les pertes de gains consécutives à leur participation, sur leur temps d'activités professionnelles, aux formations proposées par le Conseil d'Administration, aux réunions du Conseil d'Administration, du Bureau et/ou des commissions ou comités mentionnés au sein des statuts et/ou du règlement intérieur de l'Union. L'Assemblée Générale approuve et fixe chaque année le montant des indemnités ainsi allouées et/ou les modalités de calcul de celles-ci.

ARTICLE 58 - ACTIVITÉS INTERDITES AUX ADMINISTRATEURS

Les Administrateurs ne peuvent exercer de fonctions salariées au sein de l'Union, d'un des groupements membres de l'Union ou de la Fédération à laquelle adhère l'Union avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'achèvement de leur mandat.

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

ARTICLE 59 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

Sitôt leur prise de fonction, les Administrateurs font connaître à l'Union les mandats d'Administrateurs qu'ils exercent dans une autre Union, dans une mutuelle ou dans une fédération. Ils l'informent également de tout mandat de cette nature qui vient à leur être ultérieurement confié.

ARTICLE 60 - HONORARIAT

Le Conseil d'Administration peut conférer aux anciens membres du Conseil d'Administration qui ont rendu des services signalés à l'Union l'honorariat de leur fonction.

Les Administrateurs honoraires peuvent être invités aux séances, où ils ont voix consultative.

SECTION III - STATUT SPÉCIFIQUE DU DIRIGEANT OPERATIONNEL

ARTICLE 61 - DÉCLARATIONS

Le dirigeant opérationnel fait connaître à l'Union, avant sa nomination, les activités professionnelles et les mandats électifs qu'il entend conserver. Il est de même tenu, lorsqu'il est en fonction, de faire connaître à l'Union les activités professionnelles nouvelles ou les mandats électifs nouveaux qu'il souhaite exercer.

Il appartient au Conseil d'Administration de décider si ces activités ou mandats sont ou non compatibles avec les fonctions de dirigeant opérationnel de l'Union.

TITRE III – ORGANISATION FINANCIERE

CHAPITRE 1^{er} - PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 62 - PRODUITS

Les produits de l'Union comprennent :

- 1°) Les contributions annuelles des groupements adhérents à l'Union,
- 2°) Les produits résultant de l'activité de l'Union telle que définie à l'article 2 des présents statuts,
- 3°) Plus généralement toutes autres recettes non interdites par la loi.

ARTICLE 63 - CHARGES

Les charges de l'Union comprennent :

- 1°) Les diverses prestations dues dans le cadre des activités définies à l'article 2 des présents statuts.
- 2°) Les dépenses nécessitées par l'activité de l'Union,
- 3°) Plus généralement toutes autres dépenses non interdites par la loi et conformes à l'objet de l'Union.

ARTICLE 64 - ENGAGEMENT, PAIEMENT ET CONTRÔLE DES DÉPENSES

Les dépenses de l'Union sont engagées par le Président et payées par le Dirigeant Opérationnel ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux articles 49 et 53 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 statuts de l'Union et les délibérations de ses instances.

CHAPITRE 2 - RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

ARTICLE 65 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement de l'Union est fixé à 1.000.000 Euros.

ARTICLE 66 - RÈGLES PRUDENTIELLES

L'Union veille à se conformer scrupuleusement aux règles prudentielles, comptables et financières fixées par la loi.

ARTICLE 67 - RÉASSURANCE DES RISQUES

Conformément aux prévisions de l'article L. 211-4 du Code de la mutualité, l'Union peut se réassurer contre les risques qu'elle couvre.

L'Union peut se réassurer auprès d'un organisme non régi par le présent Code, à la condition que cet organisme dispose d'un agrément pour la couverture du risque en cause. Lorsqu'il ne les a pas spécialement approuvés préalablement, le Conseil d'Administration est informé au plus tôt des contrats souscrits auprès de ces organismes.

ARTICLE 68 - COMMISSAIRE AUX COMPTES

Un Commissaire aux comptes et, le cas échéant, lorsque les conditions définies à l'article L.823-1 du Code de commerce sont réunies, un suppléant sont nommés pour 6 ans par l'Assemblée Générale sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce. L'Assemblée Générale peut librement décider de désigner un deuxième Commissaire aux comptes pour la même durée.

Le Commissaire aux comptes est chargé d'effectuer l'ensemble des missions de contrôle qui lui sont dévolues par le Code de la mutualité. Il reçoit toutes les informations et les documents prévus par la loi et est convoqué aux Assemblées Générales.

TITRE IV – OBLIGATION DE L'UNION ET DE SES ORGANISMES ADHÉRENTS

CHAPITRE 1^{er} - OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS L'UNION

ARTICLE 69 - CONTRIBUTIONS DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS

Les groupements adhérents sont astreints au paiement d'une contribution annuelle exprimée en pourcentage des cotisations versées à l'Union au titre des membres qui leur sont affiliés dans le cadre des contrats santé et prévoyance, individuels et collectifs et des traités de réassurance.

Pour les membres en situation de multiple appartenance, l'assiette ainsi définie est répartie à part égale entre les mutuelles d'appartenance.

Les cotisations prises en compte sont celles comptabilisées au titre de l'exercice précédent.

Le taux de la contribution et, le cas échéant, son montant minimum sont fixés par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 70 - INFORMATIONS DONNÉES À L'UNION

Les groupements adhérents doivent adresser chaque année à l'Union toute documentation utile sur leur activité et en particulier un état de leurs effectifs au 31 décembre.

Le fichier des souscripteurs et bénéficiaires des contrats de garanties proposés par l'Union est sa propriété.

Les groupements adhérents doivent informer l'Union de toute mesure de radiation ou d'exclusion d'un de leurs adhérents.

ARTICLE 71 - ADHÉSION À AGMF ACTION SOCIALE

Les organismes admis à AGMF Prévoyance, autres que les membres honoraires, s'engagent à adhérer à l'Union AGMF Action Sociale.

ARTICLE 72 – ADHÉSION À UNE AUTRE UNION

Un groupement adhérent ne peut souscrire un contrat collectif auprès d'un organisme extérieur à l'Union sans avoir préalablement obtenu l'accord du Conseil d'Administration de l'Union.

Les groupements adhérents à AGMF Prévoyance s'engagent à n'adhérer à aucune autre Union régie par le Livre II du Code de la mutualité sans avoir préalablement obtenu l'accord du Conseil d'Administration de l'Union.

CHAPITRE 2 - OBLIGATIONS DE L'UNION ENVERS LES ADHÉRENTS

ARTICLE 73 - DROIT À L'ACCÈS AUX PRESTATIONS

Les services apportés par l'Union sont ceux visés à l'article 2 des présents statuts.

Les membres participants des groupements adhérents peuvent, dès l'adhésion de ces groupements, souscrire aux garanties d'assurance proposées par l'Union.

Les membres participants des groupements adhérents ayant souscrit une ou plusieurs garanties d'assurance proposées par l'Union bénéficient, le cas échéant, des actions et/ou prestations de prévention accessoires à la (aux) garantie(s) d'assurance souscrite(s).

ARTICLE 74 - INFORMATION DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS

Chaque groupement adhérent reçoit un exemplaire des statuts et règlements. Les modifications statutaires sont portées à sa connaissance.

Il est informé des garanties et des services proposés par l'Union.

Il est également informé des organismes auxquels l'Union adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

AGMF Prévoyance

Union de Mutuelles régie par le Livre II du code de la mutualité

Immatriculée au répertoire Sirène sous le n°775 666 340

dont le Siège social est sis 1 boulevard Pasteur 75015 Paris

www.groupepasteurmutilite.fr



RÈGLEMENT INTÉRIEUR D'AGMF PRÉVOYANCE

Modifié par l'Assemblée Générale du 14 juin 2025

et applicable au 1^{er} janvier 2026

ARTICLE 1 *(cf. Article 3 des Statuts de l'Union)*

Le présent Règlement Intérieur, prévu à l'article 3 des statuts, détermine les conditions d'application de ceux-ci.

SECTION I : LES ORGANES DE DÉCISION *(Cf. Articles 17 à 52 des Statuts de l'union)*

CHAPITRE 1 - L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE *(Cf. Articles 17 à 26 des Statuts de l'union)*

ARTICLE 2

Le Conseil d'Administration fixe la date et le lieu de réunion des Assemblées Générales. Le Président qui convoque l'Assemblée sollicite l'avis du Conseil sur l'ordre du jour de celle-ci. La convocation à l'Assemblée Générale est accompagnée des informations nécessaires aux délégués pour l'accomplissement de leur mandat.

ARTICLE 3

Chaque groupement a la possibilité d'émettre des demandes à l'occasion de l'Assemblée Générale. Le Secrétaire Général détermine chaque année la date limite d'envoi des demandes par les groupements. Cette date leur est communiquée à l'avance. Le Secrétaire Général répond aux demandes des groupements mutualistes, en séance d'Assemblée Générale.

ARTICLE 4

Le Secrétaire Général est chargé de l'organisation pratique de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 5

À l'entrée de la salle, sont disposées les listes d'émargement sur lesquelles sont indiqués l'intitulé du groupement et les noms des délégués désignés ou élus par le groupement. Deux membres au moins de la Commission des Statuts et de la Vie Mutualiste désignés par le Secrétaire Général sur proposition de la Commission régleront les litiges éventuels relatifs aux listes d'émargement ainsi qu'aux votes. Les délégués émargent la liste de présence.

Chaque délégué reçoit alors :

- son matériel de vote ;
- une fiche de demande de remboursement de frais qu'il devra adresser au Siège, dans un délai maximum d'un mois après l'Assemblée Générale, avec les pièces justificatives originales.

Le Président de l'Union prononce son allocution.

Au nom du Conseil d'Administration le Secrétaire Général et le Trésorier Général présentent à l'Assemblée Générale le rapport de gestion et les comptes annuels prévus à l'article 25 des statuts, ainsi que les documents, états et tableaux qui s'y rattachent.

Le Commissaire aux Comptes présente son ou ses rapports avant le vote d'approbation des comptes.

Les votes doivent se faire à bulletins secrets si la majorité des délégués en fait la demande dans les conditions prévues à l'article 22 des statuts.

Les élections se font à bulletins secrets.

Si les Administrateurs soumis à élection ont des mandats de durée différente, les candidats ayant obtenu le plus de voix bénéficient des mandats les plus longs, et en cas d'égalité, le mandat le plus long est acquis au plus jeune des candidats.

Les scrutateurs, choisis en dehors des candidats, sont proposés par le Secrétaire Général, notamment parmi les membres de la Commission des Statuts et de la Vie Mutualiste, puis parmi les Administrateurs et délégués et nommés par l'Assemblée ; ils sont chargés du dépouillement des votes.

ARTICLE 6

Les Administrateurs honoraires visés à l'article 59 des statuts et n'ayant pas la qualité de délégué peuvent assister à l'Assemblée Générale à titre d'auditeur.

Il en est de même de toute personne invitée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 7 *(cf article 22 des Statuts de l'Union)*

L'Assemblée Générale suivante adopte le procès-verbal définitif. Le procès-verbal est signé suite à cette adoption.

CHAPITRE 2 : LE CONSEIL D'ADMINISTRATION *(Cf. Articles 27 à 41 des Statuts de l'Union)***ARTICLE 8**

Tout délégué sollicitant un poste d'Administrateur doit, dans sa lettre de candidature, faire notamment mention de ses activités, des fonctions qu'il exerce et préciser la nature des actions qu'il compte mener au sein du Conseil.

L'Administrateur est soumis à l'obligation de respecter le secret des délibérations de toutes les instances de l'Union auxquelles il est amené à participer.

Il s'interdit d'avoir une activité en faveur d'une Mutuelle ou de tout autre organisme pouvant concurrencer directement ou indirectement l'Union.

Après son élection, chaque nouvel Administrateur dispose, entre autres documents, du texte de la Charte de l'Administrateur et de la liste des membres du Conseil d'Administration avec leurs adresses, leurs coordonnées et la date de la fin de leur mandat.

ARTICLE 9

Le Conseil d'Administration délègue au Dirigeant Opérationnel dénommé Directeur Général dans le cadre de sa mission la possibilité de recruter et de licencier les salariés de l'Union. Il délègue également au Dirigeant Opérationnel dénommé Directeur Général la faculté de nommer et licencier les Directeurs après accord du Bureau ou sur proposition de celui-ci.

ARTICLE 10

Le Conseil d'Administration peut nommer un rapporteur ou une Commission pour l'étude de questions particulières avant discussion en séance plénière.

Les conclusions du rapporteur ou de la Commission sont adressées au Conseil 10 jours au moins avant la date de la réunion au cours de laquelle elles doivent être examinées.

ARTICLE 11

Le registre de présence aux séances du Conseil d'Administration devra mentionner la participation par moyen de visioconférence ou de télécommunication des administrateurs concernés.

ARTICLE 12

Sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité relatifs aux réunions du Bureau, les membres du Bureau qui participent au Bureau par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective.

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

Le registre de présence aux séances du Bureau devra mentionner la participation par moyen de visioconférence ou de télécommunication des membres du Bureau concernés.

ARTICLE 13

Lorsque, à propos d'un point à l'ordre du jour, aucun membre ne demande plus la parole, le Président déclare clos le débat sur ledit point.

Après la clôture des débats, le Président présente les propositions sur lesquelles le Conseil est appelé à voter et fixe l'ordre des votes.

Sauf pour les élections, les votes ont lieu à main levée, à moins que le Président ou la majorité des membres du Conseil présents ne demandent un vote à bulletins secrets.

ARTICLE 14

Le projet de procès-verbal est établi sous la responsabilité du Secrétaire Général. Il résume les débats. Il est signé par le Président et le Secrétaire Général et est adressé aux membres du Conseil d'Administration au moins 10 jours avant la séance suivante.

Le Conseil d'Administration suivant adopte le procès-verbal définitif.

CHAPITRE 3 : LE BUREAU *(Cf. Articles 42 à 52 des statuts de l'Union)*

ARTICLE 15

Le Bureau sortant expédie les affaires courantes jusqu'à la prise de fonction effective du nouveau Bureau.

Le Conseil d'Administration se réunit dès que possible et au plus tard dans les trois mois suivant son élection par l'Assemblée Générale, sous la présidence du doyen d'âge des membres du Conseil d'Administration présents. Il procède à l'élection de son Bureau.

Un appel à candidatures est adressé à chaque membre du Conseil par le Président sortant en vue de pourvoir aux différents postes du Bureau. Cet appel est fait au moins 15 jours francs avant la date prévue pour cette élection. Il précise le nombre et la nature des postes à pourvoir. Le postulant indique le ou les postes auxquels il est candidat.

ARTICLE 16

Le Conseil d'Administration procède à l'élection du Bureau dans les conditions suivantes :

Le doyen d'âge appelle l'élection du Président.

Le Président élu entre immédiatement en fonction.

L'élection des autres membres du Bureau a lieu sous l'autorité du Président élu dans l'ordre suivant :

- Secrétaire Général ;
- Trésorier Général ;
- Premier Vice-président ;
- Vice-présidents ;
- Secrétaire Général Adjoint ;
- Trésorier Général Adjoint.

ARTICLE 17

Le Bureau adopte le procès verbal définitif de la réunion précédente, qui est signé par le Président et le Secrétaire Général.

ARTICLE 18

Le Bureau prépare les décisions du Conseil d'Administration et prend toute décision utile au fonctionnement de l'Union, dans la limite des pouvoirs accordés au Conseil d'Administration, conformément à l'article 39 des statuts de l'Union.

SECTION II : LES COMMISSIONS *(Cf. Article 41 des Statuts de l'Union)*

ARTICLE 19

Le Président est membre de droit de toutes les Commissions.

Toutes les Commissions peuvent décider d'entendre à titre consultatif les personnes dont il leur paraîtrait utile de recueillir les avis en raison de leurs compétences.

Le Dirigeant opérationnel de l'Union dénommé Directeur Général ou son représentant participe à titre consultatif à toutes les Commissions.

Un même Administrateur peut participer à plusieurs commissions. Les Commissions se réunissent à la diligence de leur Président et sur convocation de celui-ci.

ARTICLE 20 LA COMMISSION DES STATUTS ET DE LA VIE MUTUALISTE

La Commission des Statuts et de la Vie Mutualiste a pour vocation :

- 1) d'étudier les textes des statuts et des règlements de l'Union et leurs propositions d'évolutions en fonction de l'évolution de la législation et des orientations qui sont données par le Conseil d'Administration.
- 2) de mesurer le volume et le rythme des souscriptions enregistrées par l'Union et d'examiner les comptes de résultats des différents risques proposés ou assurés par elles.
- 3) d'examiner toute question relative à la vie mutualiste de l'Union, y compris d'éventuelles propositions et questions d'un groupement.

ARTICLE 21

La Commission des Statuts et de la Vie Mutualiste est composée du Président, du Secrétaire Général, du Secrétaire Général Adjoint et de 10 Administrateurs élus tous les deux ans par le Conseil d'Administration suivant l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement partiel dudit Conseil, chaque collège prévu à l'article 27 des statuts y étant représenté.

Elle est présidée par le Secrétaire Général.

Elle se réunit aussi souvent que nécessaire et en principe avant chaque réunion du Conseil d'Administration.

Les membres du Bureau sont invités à ses réunions.

ARTICLE 22 LA COMMISSION DES FINANCES ET DE L'IMMOBILIER

La Commission des Finances et de l'Immobilier a pour vocation chaque année :

- d'examiner pour avis les projets de budget, comptes sociaux, comptes combinés et d'allocation d'actifs préalablement à leur soumission pour approbation ou arrêté par le Conseil d'Administration de l'Union,
- d'assurer, en lien avec le Trésorier Général et son adjoint, le suivi de l'exécution du budget de l'Union approuvé par le Conseil d'Administration de l'Union,
- d'assurer, en lien avec le Trésorier Général et son adjoint, le suivi du respect de l'allocation d'actifs approuvée par le Conseil d'Administration de l'Union,
- d'assurer le suivi du patrimoine immobilier de l'Union.

ARTICLE 23

La Commission des Finances et de l'Immobilier est composée du Président, du Trésorier Général, du Trésorier Général Adjoint et de 10 Administrateurs élus tous les deux ans par le Conseil d'Administration suivant l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement partiel dudit Conseil, chaque collège prévu à l'article 27 des statuts y étant représenté.

Elle est présidée par le Trésorier Général.

Elle se réunit aussi souvent que nécessaire et en principe avant chaque réunion du Conseil d'Administration. Les membres du Bureau sont invités à ses réunions.

SECTION III : LE COMITÉ D'AUDIT ET DES RISQUES

ARTICLE 24

24-1 Missions du Comité d'Audit et des Risques

Le Comité d'Audit et des Risques est chargé, sous la responsabilité exclusive du Conseil d'Administration, des missions qui lui sont conférées par les textes en vigueur et de toute autre qui pourrait lui être confiée par le Conseil d'Administration.

Il rend compte régulièrement au Conseil d'Administration de l'exercice de ses missions et l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

24-2 Composition du Comité d'Audit et des Risques

Le Comité d'Audit et des Risques est composé de huit Administrateurs.

Le Comité d'Audit et des Risques ne peut comprendre que des membres du Conseil d'Administration d'AGMF Prévoyance en fonction, à l'exclusion de ceux exerçant des fonctions de direction.

Un membre au moins du Comité doit présenter des compétences particulières en matière financière, comptable ou de contrôle légal des comptes et être indépendant au regard de critères précisés et rendus publics par le Conseil d'Administration.

Le Comité d'Audit et des Risques comprend deux sections :

- une section « audit »,
- une section « risques ».

Le Conseil d'Administration désigne :

- le Président du Comité d'Audit et des Risques qui ne peut en aucun cas être un membre du Bureau,
- deux vice-présidents (un premier vice-président et un second vice-président) chargés, en cas d'empêchement du Président du Comité, de suppléer le Président avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

En outre, l'un des vice-présidents seconde le Président du Comité d'Audit et des Risques sur les missions du Comité relatives aux audits. L'autre vice-président seconde le Président du Comité d'Audit et des Risques sur les missions du Comité relatives aux risques.

Les membres du Comité d'Audit et des Risques s'engagent à participer aux formations proposées par le Conseil d'Administration.

24-3 Nomination des membres du Comité d'Audit et des Risques

Les membres du Comité d'Audit et des Risques sont désignés pour deux ans par le Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle a eu lieu le renouvellement total ou par tiers du Conseil d'Administration.

Leurs mandats expirent le jour de la première réunion du Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle il a été procédé à un nouveau renouvellement total ou par tiers du Conseil d'Administration.

Chaque candidat au poste de membre du Comité d'Audit et des Risques, doit pouvoir justifier le suivi de formations utiles à l'exercice de son mandat.

Les membres du Comité d'Audit et des Risques sont désignés à la majorité relative. Dans le cas où deux personnes obtiendraient un nombre égal de suffrages, la plus jeune des deux serait désignée.

24-4 Cessation des fonctions

Les membres du Comité d'Audit et des Risques peuvent à tout moment être révoqués de leurs fonctions par le Conseil d'Administration.

En cas de vacance d'un siège de membre du Comité d'Audit et des Risques, il est pourvu par le prochain Conseil d'Administration à la nomination d'un membre du Comité d'Audit et des Risques au siège devenu vacant. Le nouveau membre du Comité d'Audit et des Risques achève le mandat de son prédécesseur.

24-5 Convocations et modalités d'organisation du Comité d'Audit et des Risques

Le Comité d'Audit et des Risques se réunit sur convocation de son Président :

- en séance plénière,
- en section « audit »,

La section « audit » est composée :

- du Président du Comité d'Audit et des Risques
- du vice-président en charge de seconder le Président sur les questions relatives aux audits,
- de 3 ou 4 membres du Comité désignés par le Conseil d'Administration,
- de 2 membres de la section « risques » délégués par cette dernière.
- ou en section « risques ».

La section « risques » est composée :

- du Président du Comité d'Audit et des Risques,
- du vice-président en charge de seconder le Président sur les questions relatives aux risques,
- de 3 ou 4 membres du Comité désignés par le Conseil d'Administration,
- de 2 membres de la section « audit » délégués par cette dernière.

Les membres de la section « audit » n'ayant pas été délégués pour participer aux réunions de la section « risques » assistent en qualité d'invités (avec voix consultative) aux réunions de la section « risques » et inversement.

Hormis le Président du Comité d'Audit et des Risques et les deux membres délégués par chacune des sections, un même membre du Comité ne peut pas être membre des deux sections du Comité.

La convocation du Comité en séance plénière est obligatoire quand elle est demandée par la moitié au moins des membres du Comité d'Audit et des Risques.

Sauf en cas d'urgence, la convocation est adressée par tous moyens aux membres du Comité d'Audit ou, le cas échéant, de la section concernée dix jours au moins avant la date prévue pour la réunion. L'ordre du jour, établi par le Président, est joint à la convocation.

Le Président détermine au sein de la convocation les modalités de tenue de la réunion : tenue en présentiel et/ou par des moyens de visioconférence ou de télécommunication et/ou de consultation écrite.

24-6 Délibérations du Comité d'Audit et des Risques

Le Comité d'Audit et des Risques ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ou, le cas échéant, des membres de la section concernées sont présents physiquement ou par des moyens de visioconférence. Les membres du Comité d'Audit et des Risques ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance, sauf hypothèse de consultation écrite visée au 24-7

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents du Comité ou, le cas échéant, de la section concernée. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Le Comité d'Audit et des Risques peut décider d'entendre à titre consultatif les personnes dont il lui paraîtrait utile de recueillir les avis en raison de leur compétence.

Il est établi un projet de procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Comité d'Audit et des Risques ou, le cas échéant, la section concernée lors de la séance suivante.

24-7 Consultation écrite

Sur décision de son Président, le Comité d'Audit et des Risques ou, le cas échéant, l'une de ses sections peut également délibérer par voie de consultation écrite sur tout ou partie des points de l'ordre du jour.

Dans cette hypothèse, les échanges entre les membres du Comité ou, le cas échéant, de la section concernée se font par tous moyens écrits selon les modalités fixées par le Président du Comité d'Audit et des Risques. Ces échanges sont retranscrits dans le procès-verbal de la réunion. Les délibérations rendues dans le cadre d'une consultation écrite doivent pour être valables réunir les conditions de quorum et de majorité visées au 24-6.

SECTION IV : AIDE AUX GROUPEMENTS

ARTICLE 25

Une convention conforme à un modèle-type approuvé par le Conseil d'Administration pourra intervenir entre l'AGMF et les groupements adhérents afin de déterminer les modalités de financement de leurs obligations définies à l'article 69 des statuts et de leurs frais de fonctionnement.

SECTION V – DIVERS

ARTICLE 26

Le nombre d'administrateurs honoraires susceptibles d'être désignés par le Conseil d'Administration est limité à 20.

Le Président du Conseil d'Administration peut convier à assister, avec voix consultative et non délibérative, à une réunion du Conseil d'Administration au maximum 4 administrateurs honoraires.

Le titre d'administrateur honoraire est un titre honorifique ne se confondant pas avec le mandat d'administrateur de l'Union.

ARTICLE 27

Le Conseil d'Administration peut conférer :

- aux anciens administrateurs de l'Union n'ayant pas la qualité d'administrateurs honoraires,
- aux anciens administrateurs ou délégués des mutuelles membres de l'Union n'ayant pas été titulaires par le passé d'un mandat d'administrateur de l'Union et ayant rendu des services signalés à leur Mutuelle, *le titre honorifique de membre d'honneur de l'Union*.

ARTICLE 28

Les critères ESG que l'Union respecte aux termes de sa politique des placements reposent sur une analyse extra-financière de l'Union permettant d'évaluer la prise en compte du développement durable dans le cadre de son activité et de sa stratégie long terme.

Ils intègrent trois dimensions :

- 1) Critères environnementaux :
 - Changement climatique
 - Utilisation des ressources naturelles
 - Biodiversité
 - Prévention des risques environnementaux
- 2) Critères sociaux
 - Education
 - Capital Humain
 - Relation sociale
 - Egalité homme/femme
- 3) Critères de qualité de gouvernance
 - Ethique
 - Indépendance de la gouvernance
 - Lutte contre la corruption
 - Féminisation de la gouvernance

AGMF Prévoyance

Union de Mutuelles régie par le Livre II du code de la mutualité
Immatriculée au répertoire Sirène sous le n°775 666 340
dont le Siège social est sis 1 boulevard Pasteur 75015 Paris
www.groupepasteurmutilite.fr

