



STATUTS

FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE
CONDITIONS DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
CONSEIL D'ADMINISTRATION

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

DISPOSITIONS GÉNÉRALES
CONSEIL D'ADMINISTRATION : ORGANISATION EN COMMISSIONS

CONTRAT MUTUALISTE

COTISATIONS
PRESTATIONS

Dans ce livret central a été regroupé l'ensemble des informations suivantes : les statuts, le règlement intérieur et le contrat mutualiste.

En tant qu'adhérent, il peut vous être utile d'en prendre connaissance, pour mieux connaître votre mutuelle, vos droits et vos obligations.

*Si à la lecture de ces éléments vous avez des questions à nous poser, n'hésitez pas à nous contacter au **09 77 401 410**.*

STATUTS

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION

CHAPITRE I

FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

• Article 1 Dénomination

Il est constitué une Mutuelle dénommée MUTUELLE DES CHAMBRES DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE (M.C.C.I.).

Cette Mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le Code de la Mutualité et relevant notamment des dispositions de son livre II.

La Mutuelle exerce ses activités dans le respect du principe de solidarité et dispose d'une gouvernance démocratique.

Elle est immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 784 718 355.

• Article 2 Objet

La Mutuelle a pour objet de mener dans l'intérêt de ses membres ou de leur famille, notamment au moyen des cotisations versées, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par les statuts et les règlements afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

La Mutuelle a également pour objet de réaliser des opérations d'assurance non-vie, et, notamment, de :

- a) couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;
- b) assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées dépendantes ou handicapées.

La Mutuelle peut accepter ces mêmes risques et engagements en coassurance ou réassurance et accomplir toute opération de substitution dans la limite de son objet social.

Elle peut céder tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue à un ou plusieurs organismes relevant du Code de la Mutualité ou, sur décision de l'Assemblée Générale extraordinaire, à tout organisme habilité pratiquant la réassurance.

La Mutuelle est agréée pour les branches d'activité suivantes :

1. Accidents.
2. Maladie.

La Mutuelle peut souscrire tout contrat ou convention auprès d'une mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurances, afin d'assurer au profit de ses membres participants la couverture des risques ou la constitution d'avantages mentionnés à l'article L111-1 du Code de la Mutualité, et, notamment, la couverture d'engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine.

La Mutuelle peut confier sa gestion à des organismes constitués à cette fin. Elle peut prendre en charge la gestion technique et administrative d'organismes régis par le Code de la Mutualité, par le livre IX du Code de la Sécurité sociale ou par le Code des Assurances.

La Mutuelle peut également, à la demande d'autres mutuelles ou d'unions, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut créer une ou plusieurs mutuelles, notamment pour gérer des œuvres sanitaires et sociales.

La Mutuelle peut adhérer à une ou plusieurs unions et participer à toute union de groupe mutualiste, ou union mutualiste de groupe ou tout groupement comprenant des organismes régis par le Code de la Mutualité, par le livre IX du Code de la Sécurité sociale ou par le Code des Assurances.

La Mutuelle peut également s'affilier à une Société de Groupe Assuratif de Protection Sociale conformément aux dispositions de l'article L931-2-2 du Code de la Sécurité sociale.

La Mutuelle peut développer, dans le respect de son objet social et des dispositions du Code de la Mutualité, ses activités en prenant une participation dans toute société, civile ou commerciale, par voie de création, d'apport en nature ou en numéraire, de souscription ou d'achat de titres ou de droits sociaux.

Dans cette hypothèse, l'apport fait à la société ne peut excéder le montant de son patrimoine libre. De même, les transferts financiers opérés au bénéfice de ladite société ne peuvent remettre en cause les exigences de solvabilité définies à l'article L 212-1 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance ou recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

La Mutuelle peut conclure des opérations de transfert de portefeuille.

• Article 3 Siège

Le siège social de la Mutuelle est fixé au 26, rue Fortuny – 75017 Paris. A compter du 1er janvier 2025, le siège de la mutuelle est fixé au 38-42, rue Cuvier 93100 Montreuil.

Il pourra être transféré à tout autre endroit par décision du Conseil d'Administration sous réserve de ratification de cette décision par l'Assemblée Générale la plus proche adoptée avec un quorum et une majorité renforcés.

• Article 4 Règlement intérieur

Un règlement intérieur est établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale.

Ce règlement détermine les conditions d'application des présents statuts. Tous les membres participants et tous les membres honoraires sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

Le Conseil d'Administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à l'Assemblée Générale la plus proche.

• **Article 5**
Règlements mutualistes

Des règlements mutualistes adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration définissent le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Ces règlements mutualistes pourront prendre comme dénomination « CONTRAT MUTUALISTE » ou « NOTICE D'INFORMATION ».

Les modifications des montants minimums de cotisations, des frais contractuels, des prestations et garanties décidées par le Conseil d'Administration sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants, aux souscripteurs de contrats collectifs et aux membres honoraires.

• **Article 6**
Sujet des délibérations

Les instances dirigeantes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers à l'objet défini par l'article L111-I du Code de la Mutualité.

CHAPITRE II

CONDITIONS D'ADMISSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION I CONDITIONS D'ADMISSION

• **Article 7**
Admission

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

Les membres participants sont des personnes physiques qui bénéficient des prestations de la Mutuelle et en ouvrent le droit à leurs ayants droit en contrepartie du paiement de cotisations.

Les membres honoraires sont :

- soit des personnes physiques qui versent des cotisations, des contributions ou font des dons sans bénéficier de prestation ;
- soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

L'attribution de la qualité de membre honoraire personne physique est subordonnée à une décision du Conseil d'Administration.

• **Article 8**
Contrats d'adhésion

Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion et reçoit copie des statuts et des règlements de la Mutuelle ou le cas échéant de la notice correspondant au contrat auquel elle souscrit.

• **Article 8.1**
Adhésion à un contrat individuel

Acquièrent la qualité de membres participants les personnes qui adhèrent à la Mutuelle par la signature d'un bulletin d'adhésion emportant acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par les règlements mutualistes.

• **Article 8.2**
Adhésion à un contrat collectif

Opérations collectives facultatives :

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle formalisés notamment par la notice d'information.

L'employeur ou la personne morale souscriptrice acquiert la qualité de membre honoraire.

Opérations collectives obligatoires :

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion par le membre salarié et d'un contrat écrit souscrit par une personne morale et la Mutuelle, et ce en application des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

L'employeur ou la personne morale souscriptrice acquiert la qualité de membre honoraire.

• **Article 8.3**
Adhésion résultant d'un transfert de portefeuille

Acquièrent la qualité d'adhérent les personnes dont l'adhésion résulte d'un transfert de portefeuille.

• **Article 9**
Champ de recrutement

• **Article 9.1**
Limite d'âge

Aucune limite d'âge n'est fixée pour l'adhésion sous réserve des exceptions prévues aux règlements ou aux contrats et à leurs notices de la Mutuelle.

À leur demande, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants de la Mutuelle sans l'intervention de leur représentant légal.

• **Article 9.2**
Champ professionnel

Peut adhérer à la Mutuelle tout groupe, collectivité ou individu en contrepartie du paiement de ses cotisations et à condition de souscrire aux règlements de la MCCI.

• **Article 10**
Définition des ayants droit

Outre les membres participants, bénéficient des prestations leurs ayants droit pour lesquels le membre participant s'est acquitté d'une cotisation.

Par ayant droit, il faut entendre toute personne dont l'ouverture des droits aux prestations, en nature ou en espèces d'un régime légal d'Assurance Maladie Maternité, dépend de l'ouverture des droits au même régime du membre participant.

Peuvent être également ayants droit des membres participants et bénéficier des prestations de la Mutuelle les personnes identifiées comme telles par les règlements mutualistes, les contrats ou les notices.:

- le conjoint ;
- le concubin des participants célibataires, divorcés ou veufs, sur présentation d'un justificatif de domicile commun transmis chaque année ;
- les personnes ayant conclu avec des participants célibataires divorcés ou veufs un Pacte civil de solidarité régi par les articles 515-I à 515-7-I du Code civil ;
- les ascendants à charge au sens de la Sécurité sociale ;
- les enfants à charge au sens de la Sécurité sociale.

Sont également assimilés aux enfants à charge :

- jusqu'à 28 ans : les enfants qui poursuivent leurs études sans bénéficier du régime de Sécurité sociale des étudiants sous réserve de fournir chaque année un certificat d'inscription à un établissement d'enseignement supérieur ;
- jusqu'à 28 ans : les enfants justifiant de leur inscription au régime de Sécurité sociale des étudiants ;
- jusqu'à 28 ans : les enfants en formation professionnelle, en contrat à durée déterminée ou inscrits au chômage dont le revenu est inférieur ou égal au SMIC ;
- sans limite d'âge : les enfants handicapés.

Les ayants droit bénéficient des mêmes prestations et dans les mêmes conditions que les membres participants.

SECTION II

CONDITIONS DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

• **Article 11** **Démission**

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion dans le respect des conditions de l'article L221-10 du Code de la mutualité et selon modalités fixées par l'article L221-10-3 dudit code. Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

• **Article 12** **Radiation**

Sont radiés les membres ne remplissant plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission ainsi que les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L221-7, L221-8 et L221-17 du Code de la Mutualité.

La radiation est notifiée à l'adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception.

• **Article 13** **Exclusion**

Peuvent être exclus :

- 1) Les membres dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice à la Mutuelle.
- 2) Ceux qui auraient porté volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour l'un des motifs visés ci-dessus est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

S'il ne se présente pas le jour indiqué sur la convocation, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration sans autre formalité.

• **Article 14** **Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion**

En cas de démission, de radiation ou d'exclusion et à la date d'effet de cette décision, l'adhérent perd sa qualité de membre de la Mutuelle. Il ne peut plus être délégué à l'Assemblée Générale ni membre du Conseil d'Administration.

En cas d'exclusion, il ne peut pas souscrire de nouveaux contrats.

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

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I **COMPOSITION — ÉLECTIONS**

• **Article 15** **Composition de l'Assemblée Générale**

L'Assemblée Générale est composée de délégués élus ou désignés, répartis en deux collèges distincts :

- un « collège individuel », qui réunit les délégués élus représentant les membres participants couverts au titre de contrats individuels (actifs ou retraités) et les membres honoraires, personnes physiques ;
- un « collège collectif », qui réunit les délégués désignés représentant les membres participants couverts au titre de contrats collectifs et les délégués désignés représentant les membres honoraires, personnes morales ayant souscrit des contrats collectifs.

• **Article 16** **Élection des délégués du collège individuel**

Les membres participants couverts au titre des contrats individuels et les membres honoraires, personnes physiques, élisent parmi eux les délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle dans les conditions indiquées dans le protocole de renouvellement des délégués adopté par le Conseil d'Administration.

Les participants couverts par un contrat individuel sont répartis en sections de vote régionales. Il est procédé pour chaque section à l'élection d'un (1) délégué par tranche entière ou entamée de 300 membres participants jusqu'à 1800 participants ; au delà de 1800 participants, il est procédé à l'élection d'un (1) délégué par tranche entière ou entamée de 600 participants.

L'organisation des sections de vote ne peut conduire à ce qu'un membre participant relève de plusieurs sections.

Les modalités retenues par le protocole de renouvellement des délégués adopté par le Conseil d'Administration doivent garantir le secret et la liberté du vote ainsi que la sincérité des opérations électorales.

Tout recours relatif aux résultats des élections doit être précédé d'une réclamation formée devant le Conseil d'Administration. Cette réclamation doit, à peine de forclusion, être présentée par lettre recommandée avec accusé de réception au Président du Conseil d'administration dans un délai de trente jours francs à compter du jour de la proclamation des résultats. Le Conseil d'Administration statue dans les trente jours francs suivant la réception de la réclamation. La décision du Conseil est notifiée à l'intéressé, qui dispose d'un délai de quinze jours francs à compter de cette notification pour, éventuellement, contester cette décision devant les tribunaux.

• Article 17

Désignation des délégués du collège collectif

Peuvent être désignés délégués du collège collectif :

- les membres participants couverts au titre de contrats collectifs,
- les représentants des membres honoraires, personnes morales souscriptrices de contrats collectifs.

Il est procédé à la désignation d'un (1) délégué par tranche entière ou entamée de 250 membres participants jusqu'à 5 000 participants ; au-delà de 5 000 participants, il est procédé à la désignation d'un (1) délégué supplémentaire par tranche entière de 1 000 participants.

Une personne morale peut désigner tout au plus 2 délégués, 1 représentant des membres participants, 1 représentant du membre honoraire.

Les délégués représentant les membres honoraires sont, au plus, en nombre identique à ceux représentant les membres participants.

Les candidatures sont recueillies auprès des personnes morales souscriptrices des contrats collectifs, sollicitées à cette fin par la Mutuelle.

Les désignations sont prises en compte dans l'ordre de leur arrivée, jusqu'à l'atteinte du nombre maximum de délégués. Il est expressément convenu que les membres participants salariés de la Mutuelle ne prennent pas part à la désignation des délégués du collège collectif.

• Article 18

Mandat de délégué

Les candidats au mandat de délégué doivent, au 1er janvier de l'année du renouvellement des délégués, être majeurs et ne pas avoir fait l'objet de condamnations selon les dispositions de l'article L114-21 du Code de la Mutualité. Lorsqu'ils ont souscrit et/ou bénéficient d'un contrat auprès de la Mutuelle, ce dernier doit être à jour de ses cotisations et ne pas être résilié.

Les délégués doivent faire partie du collège et, le cas échéant, de la section de vote pour lesquels ils sont élus ou désignés. Si un délégué change de collège d'appartenance et, le cas échéant, de section de vote en cas de déménagement, il achève son mandat au titre du collège pour lequel il a été élu ou désigné.

La durée du mandat des délégués est de six ans. Le mandat prend effet à la date de la publication définitive des résultats de l'élection et des désignations. Les délégués sortants sont rééligibles ou reconductibles dans leur fonction lorsqu'ils sont désignés.

La perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire, personne physique, ainsi que la perte pour les délégués désignés du mandat de la personne morale entraînent la perte de la qualité de délégué.

Les fonctions de délégués sont gratuites. La Mutuelle rembourse cependant aux délégués, en leur qualité de mandataires mutualistes et conformément aux dispositions de l'article L114-37-1 du Code de la mutualité, les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants exposés dans le cadre de leur mandat, dans les conditions arrêtées par le Conseil d'Administration.

• Article 19

Délégués empêchés

I – Empêchement temporaire

Les délégués temporairement empêchés peuvent voter par procuration donnée à un délégué du même collège. Un délégué du collège individuel peut donner procuration à un délégué de la même section de vote régionale ou d'une autre section de vote régionale. Un délégué du collège collectif ne peut donner procuration qu'à un délégué du collège collectif appartenant à la même catégorie de délégués (représentant des membres participants ou bien représentant des personnes morales ayant souscrit un contrat collectif).

II – Empêchement définitif

a) Empêchement définitif d'un délégué élu

Lorsqu'un poste de délégué élu devient vacant en raison du décès, de la démission ou de toute autre cause définitive :

- Si la section de vote comprend au moins un délégué, il n'est pas procédé au remplacement du délégué empêché ;
- Si la section de vote ne compte plus aucun délégué, il est procédé avant la prochaine Assemblée Générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué pour achever le mandat de son prédécesseur.

b) Empêchement définitif d'un délégué désigné

Lorsqu'un poste de délégué désigné devient vacant en raison du décès, de la démission ou de toute autre cause définitive, la personne morale l'ayant désigné procède sans délai à la désignation d'un remplaçant, appartenant à la même catégorie de délégués (représentant des membres participants ou bien représentant des membres honoraires), pour achever le mandat de son prédécesseur. Si la personne morale concernée notifie à la Mutuelle qu'elle n'est pas en mesure de désigner un remplaçant, l'ensemble des personnes morales souscriptrices de contrats collectifs est sollicité.

SECTION II

RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

• Article 20

Convocation

L'Assemblée Générale est composée des délégués de la Mutuelle présents ou représentés. Les délégués représentés devront donner une procuration à un autre délégué.

Chaque délégué ne peut détenir plus de deux procurations. L'Assemblée Générale se réunit en un lieu choisi par le Conseil d'Administration.

À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal judiciaire du siège social, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

- la majorité des Administrateurs composant le Conseil d'Administration,
- le ou les commissaires aux comptes,
- l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- un Administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- le ou les liquidateurs.

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

• Article 21

Modalités de la convocation

L'Assemblée Générale est convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion sur première convocation et six jours au moins avant la réunion sur deuxième convocation.

Une information de la tenue de l'Assemblée Générale sera portée à la connaissance des délégués dans les conditions prévues au règlement électoral.

Les membres composant l'Assemblée Générale reçoivent les documents dans les délais et modalités prévus par les textes.

À la convocation sont joints l'ordre du jour de la réunion, le texte et l'exposé des résolutions permettant d'en comprendre le contenu et la portée ainsi que les conditions de quorum et de majorité requises pour leur adoption.

SECTION III

ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

• Article 22

Ordre du jour

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par le Président du Conseil d'Administration ou fixé par l'auteur de la convocation.

L'Assemblée ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Toutefois, tout projet de résolution dont l'inscription à l'ordre du jour est demandée cinq jours avant l'Assemblée Générale par le quart au moins des délégués de la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Président du Conseil d'Administration est obligatoirement soumis au vote de l'Assemblée Générale.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale.

• Article 23

Objet des délibérations

L'Assemblée Générale procède à bulletin secret à l'élection des membres du Conseil d'Administration.

Chaque délégué reçoit à cet effet un curriculum vitae de chaque candidat au Conseil d'Administration.

Elle peut en toutes circonstances révoquer, à bulletin secret, 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 et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

Sauf pour les résolutions relatives à l'élection et la révocation des membres du Conseil d'Administration, et sauf si le vote à bulletin secret est demandé par un quart au moins des membres présents, représentés ou ayant fait usage du vote par correspondance et/ou du vote électronique, l'Assemblée Générale se prononce à main levée dans les conditions fixées à l'article 21 sur :

- les modifications des statuts ;
- les activités exercées ;
- le montant du fonds d'établissement ;
- la mise en place de droits d'adhésion et leur montant ;
- l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;
- l'émission des certificats mutualistes dans les conditions prévues à l'article L221-19 du Code de la Mutualité et selon les modalités prévues aux articles L114-44 et L114-45 du Code de la Mutualité ;

• l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L114-44 et L114-45 du Code de la Mutualité ;

• le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire ;

• le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;

• les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;

• le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L114-34 du Code de la Mutualité ;

• le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les livres II et III du Code de la Mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L114-39 du même code ;

• le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L 310-3 du Code de la Mutualité ;

• les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées à l'article L221-2 III du Code de la Mutualité ;

• les principes que doivent respecter les délégations de gestion accordées par la Mutuelle et le rapport du Conseil d'Administration sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L116-1 à L116-3 du Code de la Mutualité ;

• toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;

• la nomination des commissaires aux comptes ;

• la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;

• les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L111-3 et L111-4 du Code de la Mutualité.

• Article 24

Délibérations — Quorum

I. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives au III de l'article L221-2 du Code de la Mutualité, les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L221-2 du Code de la Mutualité, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de votants présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique est au moins égal à la moitié du total des délégués.

À défaut, une seconde Assemblée Générale sera convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents, représentés ou ayant fait usage du vote par correspondance et/ou du vote électronique atteint au moins le quart du total des délégués.

Les décisions ci-dessus visées sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués présents ou représentés ou des suffrages exprimés si le vote est effectué par correspondance et/ou par voie électronique.

II. Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I. ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique est au moins égal au quart du total des délégués.

À défaut, une seconde Assemblée Générale sera convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents ou si le vote est effectué par correspondance et/ou par voie électronique.

• **Article 25**
Respect des décisions par les membres participants

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité aux dispositions du Code de la Mutualité.

CHAPITRE II

CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I COMPOSITION — ÉLECTIONS

• **Article 26**
Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé de 10 à 26 membres. A compter de l'Assemblée appelée à statuer sur les comptes de l'exercice de l'année 2024, le nombre d'Administrateurs sera fixé à 17. Au cours de ladite Assemblée, il sera procédé à l'élection des nouveaux Administrateurs en remplacement de ceux dont le mandat a pris fin. Le nombre de postes à pourvoir sera déterminé de manière à ce que le nouveau conseil d'administration soit composé de 17 membres. Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'Administrateurs exerçant des fonctions d'Administrateurs, de dirigeant ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L212-7 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration est composé pour les trois quarts au moins de membres participants. La composition du Conseil tend à une représentation équilibrée des hommes et des femmes avec l'objectif que la proportion des Administrateurs de chaque sexe soit au moins de 40 % à l'issue de la première Assemblée Générale qui suivra le 1er janvier 2021.

• **Article 27**
Présentation des candidatures

Les déclarations de candidature aux fonctions d'Administrateur doivent être adressées au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception reçue quinze jours francs au moins avant la date de l'Assemblée Générale, la date de la première présentation faisant foi. Elles comportent le nom, le prénom et l'âge des candidats Administrateurs, ainsi que leur expérience professionnelle. Elles doivent être accompagnées d'une lettre de motivation.

• **Article 28**
Conditions d'éligibilité

Pour être éligible au Conseil d'Administration, il faut être membre participant et remplir les conditions suivantes :

- être âgé de 18 ans révolus et au plus de 75 ans à la date de l'élection ;
- être à jour de ses cotisations ;
- ne pas avoir exercé de fonction salariée au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection ;
- satisfaire aux conditions d'honorabilité, de compétence et d'expérience telles que définies par les articles L114-21 et R211-13 du Code de la Mutualité ;
- satisfaire aux obligations relatives au cumul de mandats telles que définies par l'article L114-23 du Code de la Mutualité.

• **Article 29**
Limite d'âge

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

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

• **Article 30**
Durée du mandat

Les Administrateurs sont élus pour une durée de six ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des Administrateurs.

• **Article 31**
Renouvellement du Conseil d'Administration

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu tous les trois ans en vue du remplacement des Administrateurs dont le mandat a pris fin.

Les membres sortants sont rééligibles sous réserve des conditions prévues à l'article 29.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions et sont déclarés démissionnaires d'office par le Conseil d'Administration :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ou cessent d'être à jour de leurs cotisations ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées dans les présents statuts ;
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul de mandats ;
- lorsqu'ils cessent de satisfaire aux exigences d'honorabilité fixées par l'article L114-21 du Code de la Mutualité ;
- lorsque l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution a estimé qu'ils ne remplissent pas les exigences de compétence et d'expérience fixées par l'article L114-21 du Code de la Mutualité ;
- lorsque l'Assemblée Générale les a révoqués selon les dispositions de l'alinéa 3 de l'article 23.

• **Article 32**
Vacance

En cas de vacance d'un poste d'Administrateur consécutive à un décès, à une démission, à la perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire, 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 L612-23-1 du Code monétaire et financier, 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 la 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 le nombre d'Administrateurs deviendrait inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale serait convoquée par le Président afin de procéder à la nomination de nouveaux Administrateurs.

• **Article 33**
Représentants des salariés

Le personnel de la Mutuelle est représenté au Conseil d'Administration par un ou deux salariés selon que l'effectif de ce personnel est inférieur ou supérieur à cinquante salariés.

Ce ou ces représentants des salariés qui assistent au Conseil d'Administration avec voix consultative sont désignés, pour un mandat d'une durée de deux ans, par la délégation du personnel du Comité social et économique qui les choisit parmi ses membres en s'attachant à assurer une représentation de chacun des deux collèges « employés » et « cadres et techniciens ».

Au cas où la Mutuelle ne disposerait pas de Comité social et économique, ce ou ces représentants des salariés au Conseil d'Administration seraient élus, directement, à bulletin secret, par les salariés de la Mutuelle ayant au moins six mois d'ancienneté, pour un mandat d'une durée de deux ans. Tout salarié de la Mutuelle justifiant d'une ancienneté d'au moins une année pourrait se porter candidat à cette élection qui se déroulerait au scrutin uninominal à un seul tour et à la majorité relative.

SECTION II STATUT DE L'ADMINISTRATEUR

• Article 34

Engagements de l'Administrateur

Avant d'accepter ses fonctions, l'Administrateur doit prendre connaissance des obligations générales et particulières de sa charge. Il doit, notamment, prendre connaissance de la loi applicable, des statuts de la Mutuelle et de ses règlements.

L'Administrateur se doit d'assumer, activement, ses responsabilités :

- en consacrant le temps nécessaire à l'exercice de son mandat et à l'étude des dossiers dont il est saisi,
- en s'assurant de sa disponibilité pour participer aux réunions et aux travaux des instances dont il est membre,
- en veillant à disposer, en permanence, des connaissances indispensables à ses fonctions et en n'hésitant pas à faire part de ses besoins en ce domaine au Président du Conseil d'Administration.

L'Administrateur doit informer immédiatement le Conseil d'Administration de toute situation de conflit d'intérêts, même potentiel, et s'abstenir de participer au vote de la délibération correspondante.

• Article 35

Responsabilité de l'Administrateur

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

Si plusieurs Administrateurs ont coopéré aux mêmes faits, le tribunal détermine la part contributive de chacun dans la réparation du dommage.

• Article 36

Gratuité des fonctions

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites. Toutefois, les Administrateurs bénéficient de la prise en charge des frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfant qu'ils exposent pour l'exercice de leur mandat dans le respect des modalités et des limites fixées, chaque année, par le Conseil d'Administration.

Les Administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par les textes réglementaires.

• Article 37

Interdictions liées à la fonction d'Administrateur

Il est interdit aux Administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou tous avantages autres que ceux prévus par le Code de la Mutualité.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des présents statuts. Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations ne peut leur être allouée à quelque titre que ce soit.

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

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

SECTION III RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

• Article 38

Organisation des réunions

Le Conseil d'Administration se réunit au moins quatre fois par an sur convocation du Président. Il peut aussi se réunir à la demande du quart au moins de ses membres.

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage égal des voix, la voix du Président du Conseil d'Administration est prépondérante.

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

Le Conseil d'Administration vote à bulletin secret pour l'élection du Président et sur les propositions de délibération qui concernent, directement, un Administrateur.

Le Président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration cinq jours francs au moins avant la date de la réunion, sauf cas d'urgence.

Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration, qui délibère alors sur cette présence en début de séance.

Le Dirigeant opérationnel participe aux réunions du Conseil d'Administration avec voix consultative, sauf si sa situation est en cause.

Les Administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration sont tenus à une obligation de confidentialité s'opposant à la divulgation d'informations sur les questions traitées et présentées comme confidentielles par le Président ou par le Dirigeant opérationnel.

• Article 39

Procès-verbal

À l'issue de chaque réunion du Conseil d'Administration, il est établi un procès-verbal signé par le Président de séance et soumis à l'approbation du Conseil lors de sa réunion suivante.

• Article 40

Assiduité au Conseil d'Administration

Dans tous les cas où un Administrateur n'aurait pas justifié de motifs réels et sérieux de son absence à trois réunions consécutives du Conseil d'Administration, ce dernier pourrait proposer à la prochaine Assemblée Générale de procéder à la révocation dudit Administrateur, conformément aux dispositions de l'article L114-9 du Code de la Mutualité.

SECTION IV ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

• Article 41 Compétences

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns en s'assurant, en particulier, de la maîtrise par la direction effective de la Mutuelle des risques auxquels cette dernière est exposée dans l'accomplissement de ses activités.

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

Ainsi, sans que cette énumération soit limitative, le Conseil d'Administration :

- nomme et révoque le Dirigeant opérationnel de la Mutuelle conformément aux dispositions de l'article L211-14 du Code de la Mutualité ; il approuve, en application du même article, les éléments de son contrat de travail ;
- définit, pour le cas où les dirigeants effectifs sont absents ou empêchés, les modalités de continuité de la direction effective ;
- entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins annuellement, les responsables des fonctions clés ;
- approuve les politiques écrites de la Mutuelle qu'il réexamine au moins une fois par an ;
- fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L221-2 du Code de la Mutualité dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Le Conseil d'Administration 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 au Dirigeant opérationnel ;
- adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L221-2 du Code de la Mutualité dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière ;
- donne son autorisation préalable aux conventions réglementées visées à l'article L114-32 du Code de la Mutualité ;
- arrête les comptes annuels établis selon les normes et les modalités fixées par la réglementation qu'il présente à l'Assemblée Générale, à la clôture de chaque exercice, et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L114-17 du Code de la Mutualité ;
- établit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte des activités de la Mutuelle, des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion ;
- approuve, avant transmission à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, chaque année, les rapports prévus par la réglementation, en particulier le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR), le rapport régulier au contrôleur (RSR) et le rapport sur l'évaluation propre des risques et de la solvabilité (ORSA) et, selon la périodicité fixée par le contrôleur, les états quantitatifs prévus par la réglementation ;
- approuve, chaque année, le rapport actuariel tenu à la disposition de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution ;
- prend connaissance, chaque année, des conclusions et recommandations de l'audit interne ainsi que des propositions d'actions qui en découlent et qui lui sont communiquées par le Dirigeant opérationnel.

• Article 42 Délégations d'attributions par le Conseil d'Administration

Dans le cadre des textes législatifs et réglementaires, le Conseil d'Administration délègue, sous sa responsabilité et son contrôle, au Président et au Dirigeant opérationnel les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle. Il peut par ailleurs déléguer, sous son contrôle et sa responsabilité, certaines de ses attributions à un ou plusieurs Administrateurs ou à un ou plusieurs comités ou commissions temporaires ou permanents créés en son sein.

Les délégations consenties sont établies par une délibération du Conseil d'Administration, qui précise la durée pour laquelle elles sont consenties.

SECTION V PRÉSIDENT, VICE-PRÉSIDENTS ET COMITÉ D'AUDIT

• Article 43 Président

Au cours de la première réunion qui suit le renouvellement du Conseil d'Administration par l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration élit, au scrutin uninominal à un tour et à bulletin secret son Président parmi les Administrateurs satisfaisant aux exigences de compétences requises par la législation et justifiant d'une expérience d'au moins deux années d'exercice en qualité d'Administrateur d'une mutuelle. Le Président peut être révoqué à tout moment par le Conseil.

En cas d'égalité des voix entre plusieurs candidats, c'est l'Administrateur ayant la plus grande ancienneté en qualité d'adhérent à la Mutuelle qui sera proclamé élu.

En cas de décès, de démission, de perte de la qualité d'adhérent à la Mutuelle du Président ou en cas d'opposition de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution à la nomination du Président ou à la poursuite de son mandat en application de l'article L612-23-1 du Code monétaire et financier, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration, qui procède à une nouvelle élection.

Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-Président le plus ancien dans le poste qui, dans l'intervalle, assure les fonctions de Président.

• Article 44 Vice-Présidents

Le Conseil d'Administration peut élire de 1 à 3 Vice-Présidents dont la mission est d'assister le Président. Le ou les vice-présidents sont élus dans les mêmes conditions que le Président.

En cas de vacance du poste de Président, le Vice-Président remplace provisoirement le Président dans l'attente de l'élection d'un nouveau Président.

En cas de pluralité de Vice-Présidents, c'est le Vice-Président le plus ancien en qualité d'adhérent à la Mutuelle qui remplace, provisoirement, le Président.

• Article 45 Le Comité d'Audit

En application de l'article L114-17-1 du Code de la Mutualité, un comité spécialisé dénommé Comité d'Audit, agissant sous la responsabilité du Conseil d'Administration, est mis en place. Il est composé de quatre membres choisis pour au moins deux d'entre eux parmi les Administrateurs de la Mutuelle, à l'exclusion du Président du Conseil d'Administration, qui peuvent s'adjoindre le concours de deux membres extérieurs au Conseil et désignés par lui, pour une durée définie dans leur mandat, en raison de leur compétence en matière financière ou comptable et de leur indépendance au regard des critères fixés par le Conseil d'Administration.

Le Comité d'Audit assure le suivi du processus d'élaboration de l'information financière, de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques, du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant, des comptes consolidés par les commissaires aux comptes, de l'indépendance des commissaires aux comptes.

Il émet une recommandation sur les commissaires aux comptes proposés à la désignation par l'Assemblée Générale.

Il peut, par délégation du Conseil d'Administration, entendre directement et de sa propre initiative, et au moins annuellement, les responsables de fonctions clés ou entendre ces derniers lorsqu'ils le sollicitent en raison de la survenance d'événements de nature à le justifier.

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

CHAPITRE III

DIRECTION EFFECTIVE

• Article 46 Composition

La direction effective de la Mutuelle est assurée par le Président du Conseil d'Administration et par le Dirigeant opérationnel au sens de l'article L211-14 du Code de la Mutualité.

• Article 47 Attributions de la direction effective

La direction effective élabore et conduit, dans le cadre des orientations arrêtées par le Conseil d'Administration et sous le contrôle de celui-ci, la stratégie de développement de la Mutuelle en s'attachant à mettre en œuvre une gestion saine, prudente et efficace garantissant le respect et la pérennité de ses engagements vis-à-vis de ses assurés et de leurs ayants droit.

À cette fin, le Conseil d'Administration lui délègue, dans le respect des attributions propres de chacun de ses deux membres, les pouvoirs leur permettant d'agir en toutes circonstances dans l'intérêt de la Mutuelle et de ses membres.

• Article 48 Attributions du Président du Conseil d'Administration

Outre les pouvoirs et responsabilités visés aux chapitres I et II du Titre II des présents statuts, le Président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

Le Président veille au bon fonctionnement des instances de la Mutuelle; il s'assure en particulier que les Administrateurs sont en mesure de remplir, effectivement, leurs attributions en disposant, dans des délais suffisants à leur étude, des informations nécessaires au contrôle de la direction effective de la Mutuelle.

Le Président de la Mutuelle représente la Mutuelle en justice dans tous les actes de la vie civile sous réserve des délégations consenties au Dirigeant opérationnel.

Il informe le Conseil des procédures engagées en application des articles L612-30 et suivants du Code monétaire et financier.

Il appartient au Président du Conseil d'Administration de proposer au Conseil d'Administration, qui en décide, la nomination d'un candidat aux fonctions de Dirigeant opérationnel ainsi que les éléments de son contrat de travail dont la signature lui incombe.

De même, il appartient au Président du Conseil d'Administration de proposer au Conseil d'Administration, qui en décide, de mettre un terme aux fonctions du Dirigeant opérationnel. Il lui incombe alors de conduire la procédure de rupture du contrat de travail de l'intéressé dans le respect de la législation du travail.

En sa qualité de Dirigeant effectif, le Président du Conseil d'Administration s'attache, dans l'élaboration de la stratégie de développement de la Mutuelle et dans la conduite des actions qui en découlent, à la préservation de ses valeurs et engagements mutualistes.

• Article 49 Le Dirigeant opérationnel

Le Dirigeant opérationnel est nommé et révoqué, sur proposition du Président du Conseil d'Administration, par le Conseil d'Administration dans les conditions fixées à l'article 42 des statuts.

Conformément aux dispositions de l'article L211-14 du Code de la Mutualité, le Dirigeant opérationnel est investi, lors de sa nomination, des pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle par le Conseil d'Administration.

En sa qualité de Dirigeant opérationnel, il a autorité sur les services de la Mutuelle dont il dirige et contrôle l'action en sanctionnant les éventuels manquements.

En particulier, les responsables des fonctions clés au sens de l'article L211-12 du Code de la Mutualité sont placés sous son autorité conformément aux dispositions de l'article L211-13 dudit code, sans qu'il puisse subdéléguer cette responsabilité à un collaborateur.

Il appartient au Dirigeant opérationnel de présenter au Conseil d'Administration l'état d'avancement des actions visant à remédier aux faiblesses qui ont pu être détectées en matière de gestion des risques.

De même, il appartient au Dirigeant opérationnel de présenter au Conseil d'Administration les conclusions et recommandations de l'audit interne ainsi que les propositions d'actions qui en découlent ; il lui incombe de veiller à l'exécution de ces actions et d'en rendre compte au Conseil d'Administration.

CHAPITRE IV

CONVENTIONS CONCLUES ENTRE LA MUTUELLE ET UN ADMINISTRATEUR ET/OU AVEC LE DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

• Article 50 Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du Conseil d'Administration

Sous réserve des dispositions des présents statuts, toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses Administrateurs ou le Dirigeant opérationnel, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration. Il en va de même des conventions auxquelles un Administrateur ou le Dirigeant opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée, ainsi que des conventions intervenant entre la Mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des Administrateurs de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, Administrateur, Directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un Administrateur ou le Dirigeant opérationnel et toute personne morale appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L212-7 du Code de la Mutualité.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L114-35 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisation qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

• Article 51 Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses Administrateurs ou le Dirigeant opérationnel, telles que définies par un décret pris en application de l'article L114-33 du Code de la Mutualité, sont communiquées par ce dernier au Président du Conseil d'Administration.

La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée Générale dans les conditions de l'article L114-33 du Code de la Mutualité.

• **Article 52**
Conventions interdites

Il est interdit aux Administrateurs et au Dirigeant opérationnel de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'Administrateur ou de Dirigeant opérationnel, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la Mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Cette interdiction ne s'applique pas au Dirigeant opérationnel lorsque celui-ci est susceptible d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la Mutuelle.

Dans tous les cas, le Conseil d'Administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des Administrateurs et au Dirigeant opérationnel.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants des Administrateurs et des Dirigeants opérationnels ainsi qu'à toute personne interposée.

TITRE III

GROUPES PROFESSIONNELS

• **Article 53**
Composition des groupes professionnels

Compte tenu du nombre des adhérents, de leur dispersion géographique, de leur appartenance à une catégorie socioprofessionnelle, et afin de permettre aux adhérents de participer à la vie de la Mutuelle, des groupes professionnels peuvent être institués par décision du Conseil d'Administration.

Le fonctionnement d'un groupe professionnel fait l'objet d'un règlement adopté par le Conseil d'Administration.

TITRE IV

DISPOSITIONS FINANCIÈRES ET COMPTABLES

• **Article 54**
Commissaires aux comptes

L'Assemblée Générale nomme un ou des commissaires aux comptes titulaires et un ou des commissaires aux comptes suppléants pour une durée de six ans, choisis sur la liste mentionnée au I de l'article L 822-1 du Code de Commerce. Le Président du Conseil d'Administration informe, dans les meilleurs délais, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution de cette nomination.

Le Président convoque le(s) commissaire(s) aux comptes à toute Assemblée Générale.

Le(s) commissaire(s) aux comptes exerce(nt) sa (leur) mission dans les conditions fixées par les articles L822-9 à L822-18 du Code de Commerce et les dispositions du Code de la Mutualité qui lui (leur) sont applicables.

• **Article 55**
Fonds d'établissement

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

• **Article 56**
Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale ;
- les cotisations des membres participants et des membres honoraires ;
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers ;
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi et conformes à l'objet social de la Mutuelle.

• **Article 57**
Charges

Les charges comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- les versements faits aux unions et fédérations ;
- les cotisations éventuelles versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
- les cotisations éventuelles versées au Système fédéral de Garantie prévu à l'article L111-6 du Code de la Mutualité ;
- la redevance prévue par l'article L612-20 du Code monétaire et financier affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution pour l'exercice de ses missions ;
- plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes de la Mutuelle.

• **Article 58**
Provisions

La Mutuelle constitue des provisions techniques et détient des actifs conformément aux dispositions de l'article L212-1 du Code de la Mutualité. Elle constitue des provisions suffisantes pour couvrir les engagements contractés auprès de ses membres participants.

Les provisions sont déterminées conformément à la réglementation en vigueur et représentées par des actifs équivalents autorisés par le Code de la Mutualité.

• **Article 59**
Marge de solvabilité

La Mutuelle dispose à tout moment d'une marge de solvabilité calculée et constituée conformément à la réglementation applicable aux mutuelles régies par le Code de la Mutualité.

• **Article 60**
Montant minimum de fonds propres

Conformément aux dispositions réglementaires, la Mutuelle vérifie que les fonds propres constitués atteignent en valeur absolue un montant estimé indispensable à l'activité assurantielle pour garantir ses engagements.

• **Article 61**
Fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles

La Mutuelle adhère au fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles pratiquant des opérations d'assurances, institué par l'article L431-1 du Code de la Mutualité.

TITRE V

ADHÉSION À UNE SOCIÉTÉ DE GROUPE ASSURANTIEL DE PROTECTION SOCIALE

- **Article 62**
**Adhésion à la Société de Groupe
assurantiel de Protection sociale UGO**

Conformément à l'article 9-1 des statuts de la Société de Groupe assurantiel de Protection sociale UGO, « toute demande d'admission préalable requiert de la part de l'organisme intéressé une modification préalable de ses statuts afin de prévoir la possibilité d'adhérer à une SGAPS et de permettre à cette dernière d'exercer pleinement ses fonctions de contrôle et de sanction de l'organisme affilié.

Les statuts de l'organisme candidat doivent reconnaître à la SGAPS la possibilité d'exercer un droit d'alerte. Ce droit se matérialise par le pouvoir de demander la convocation de l'Assemblée Générale de l'organisme affilié, ou le cas échéant de la commission paritaire, afin, d'une part de porter à sa connaissance, sous la forme d'un dossier écrit, des éléments d'information démontrant des insuffisances graves de la gouvernance dudit organisme, faisant peser sur lui et sur le groupe un risque majeur, et d'autre part, si nécessaire, de proposer lors de celle-ci l'élection de nouveaux candidats aux fonctions d'administrateur ou de membre du conseil de surveillance. »

Du fait de d'Adhésion à la Société de Groupe assurantiel de Protection sociale UGO, la Mutuelle a conclu une convention d'affiliation conformément à l'article L931-2-2 du Code de la Sécurité sociale. Les conditions d'affiliation sont définies dans cette convention d'affiliation ainsi que dans les statuts de la Société de Groupe assurantiel de Protection sociale UGO.

- **Article 63**
**Pouvoirs conférés à la Société de Groupe
assurantiel de Protection sociale UGO**

Il est rappelé que la Mutuelle a adhéré à la SGAPS UGO au 1er janvier 2018.

En conséquence, la Mutuelle reconnaît à la Société de Groupe assurantiel de Protection sociale UGO :

- le droit d'exercer ses fonctions de contrôle et de sanction conformément aux dispositions prévues par la convention d'affiliation et/ou par les statuts de la Société de Groupe assurantiel de Protection sociale ;
- la possibilité d'exercer un droit d'alerte se matérialisant par le pouvoir de demander la convocation de l'Assemblée Générale de la Mutuelle afin, d'une part, de porter à sa connaissance, sous la forme d'un dossier écrit, des éléments d'information démontrant des insuffisances graves de la gouvernance de la Mutuelle, faisant peser sur elle et sur la SGAPS un risque majeur et, d'autre part, de proposer lors de celle-ci l'élection de nouveaux candidats aux fonctions d'Administrateur.

TITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

- **Article 64**
Étendue de l'information

Chaque membre de la Mutuelle reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste relatif à chaque contrat souscrit, documents par ailleurs consultables sur le site internet de la Mutuelle.

- **Article 65**
Gestion des réclamations et médiation

Toute réclamation à l'application ou à l'interprétation des statuts, du règlement intérieur et des règlements mutualistes est à adresser au Service Réclamation sis 26, rue Fortuny - 75017 Paris, qui s'engage à accuser réception dans un délai de 10 jours ouvrables et à y répondre dans un délai maximal de 90 jours ouvrables.

Si passé ce délai, le membre participant n'a pas reçu de réponse ou s'il estime que la réponse apportée à sa réclamation n'est pas satisfaisante, il peut présenter un recours auprès du médiateur dont les coordonnées figurent dans les mentions légales sur le site de la MCCI.

TITRE VII

DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

- **Article 66**
Dissolution et liquidation

Outre les cas prévus par les lois et les règlements, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées aux présents statuts.

L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs, qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'Administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des Administrateurs. La résolution de liquidation doit être immédiatement communiquée à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

L'Assemblée Générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement.

Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

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

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le présent règlement intérieur est établi en vertu de l'article 4 des statuts de la Mutuelle des Chambres de Commerce et d'Industrie et a pour objet d'en préciser les conditions d'application. Il a été adopté par le Conseil d'Administration lors de sa réunion du 11/04/2018 et approuvé par l'Assemblée Générale du 22/06/2018.

Tout membre de la Mutuelle est tenu de s'y conformer.

Le Président veille à ce que chaque Administrateur et chaque délégué à l'Assemblée Générale dispose de ce règlement tenu à jour. Il est communiqué à chaque adhérent qui en fait la demande.

CHAPITRE I

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

• Article 1 Convocations

Les convocations à l'Assemblée Générale sont adressées aux délégués au moins quinze jours francs ouvrables avant la date de la réunion sur première convocation et au moins six jours francs ouvrables avant la date de la réunion sur deuxième convocation.

Les convocations précisent l'ordre du jour ainsi que les règles de quorum et de majorité applicables aux délibérations correspondantes ; le texte et l'exposé des résolutions sont rédigés de telle sorte que leur contenu et leur portée apparaissent clairement sans qu'il y ait lieu de se reporter à d'autres documents. Lorsqu'il s'agit d'une deuxième convocation consécutive à l'absence du quorum requis à la première convocation, la date de celle-ci doit être mentionnée sur la convocation.

Les points inscrits à l'ordre du jour par application des dispositions de l'article 22 des statuts ainsi que la liste des signataires de la demande sont, dans toute la mesure du possible, portés à la connaissance des délégués préalablement à la tenue de la réunion ; en toute hypothèse, ces informations sont remises aux délégués à leur entrée en réunion.

• Article 2 Documents relatifs à l'Assemblée Générale

Les documents afférents aux travaux de l'Assemblée Générale, notamment sur les questions faisant l'objet d'une délibération, sont, sauf circonstance particulière, communiqués aux délégués au moins huit jours ouvrables avant la date de la réunion. Ces documents sont transmis par courrier électronique aux délégués qui en font la demande ou qui acceptent ce mode de transmission ; leurs demandes ou leurs accords doivent être notifiés par écrit au Secrétariat général de la Mutuelle.

• Article 3 Délégués empêchés

Sous réserve de l'éventualité de la possibilité de voter par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues au règlement électoral, les délégués empêchés de participer à l'Assemblée Générale informent la Mutuelle de leur absence dès que possible. Lorsqu'un délégué ainsi empêché donne procuration à un autre délégué, il peut soit remettre directement la procuration à son mandataire, soit la faire parvenir à la Mutuelle.

• Article 4 Réunion de l'Assemblée Générale

- Participants

Participent à l'Assemblée Générale, avec voix délibérative, les délégués élus dans le cadre des sections de vote du collège individuel et les délégués désignés dans le cadre du collège collectif.

Participent également à l'Assemblée Générale, sans voix délibérative, les Administrateurs qui n'ont pas la qualité de délégué.

Assiste de droit à l'Assemblée Générale le Dirigeant opérationnel de la Mutuelle.

Le Président du Conseil d'Administration peut inviter une personne autre que les personnes sus-énoncées à venir éclairer les participants sur une question figurant à l'ordre du jour.

- Émargement

Une liste d'émargement est tenue pour chaque Assemblée Générale ; elle est signée avant l'entrée en réunion par chaque délégué ou par son mandataire.

Cette liste, accompagnée des procurations établies par les délégués représentés, est conservée avec le procès-verbal de l'Assemblée Générale.

- Présidence de séance

L'Assemblée Générale est présidée par le Président du Conseil d'Administration et, en cas d'empêchement, par un des Vice-Présidents, à défaut, par un Administrateur désigné à cet effet par les membres du Conseil d'Administration. Le président de séance est assisté du Dirigeant opérationnel.

- Déroulement des travaux

Le président de séance prononce l'ouverture de la réunion ainsi que sa clôture. Il dirige les débats ; à ce titre, il donne la parole aux participants à l'Assemblée, met les questions aux voix et proclame les résultats des votes. Le président assure le bon déroulement de la réunion et peut, en particulier, décider l'ajournement ou la clôture des débats ou la cessation d'une intervention, suspendre ou lever la séance, rappeler à l'ordre un orateur dont les propos n'ont pas trait au sujet en discussion ou à un point inscrit à l'ordre du jour. D'une façon générale, il veille à ce que les échanges se déroulent de manière cordiale et pondérée.

En principe, les questions sont traitées dans leur ordre d'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée ; toutefois, le président peut demander un changement de l'ordre d'inscription ; cette modification ne doit pas faire l'objet d'une opposition de la majorité des délégués présents ou représentés.

- Déroulement des votes

Les votes ont lieu à bulletin secret pour les délibérations portant sur l'élection ou la révocation des membres du Conseil d'Administration.

Pour les autres délibérations, les votes ont lieu, en principe, à main levée sauf si le vote à bulletin secret est demandé par 25 % des délégués présents ou représentés, ce pourcentage étant apprécié au regard du quorum et de la majorité exigés pour l'adoption de la délibération.

Le président veille au bon déroulement des votes ; en cas de vote à l'urne, le dépouillement est effectué sous le contrôle de deux scrutateurs désignés parmi les délégués n'ayant pas la qualité d'Administrateur ou de salarié de la Mutuelle en charge du fonctionnement du secrétariat administratif.

- Procès-verbaux

À l'issue de chaque Assemblée Générale, il est établi un procès-verbal. Il est signé par le président de séance et par un scrutateur désigné.

Ce procès verbal est porté à la connaissance des délégués lors de l'Assemblée Générale qui suit celle à laquelle il se rapporte.

Les procès-verbaux sont conservés au siège de la Mutuelle.

CHAPITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

• Article 5

Calendrier des réunions – convocations

Le Conseil d'Administration arrête, dans un délai raisonnable, le calendrier de ses réunions pour l'exercice suivant ; ce calendrier peut être modifié en cas de circonstances particulières.

Les convocations aux réunions du Conseil sont adressées aux Administrateurs cinq jours francs au moins avant la date de la réunion, sauf circonstances particulières.

En cas d'urgence et si tous les Administrateurs y consentent, les convocations peuvent être orales et sans délai.

Les convocations précisent l'ordre du jour de la réunion qui est arrêté par le Président.

Les convocations peuvent être adressées par courrier électronique aux Administrateurs qui en font la demande ou qui acceptent ce mode de transmission ; leurs demandes ou leurs accords doivent être notifiés à la Mutuelle.

Les documents nécessaires aux Administrateurs pour pouvoir délibérer en toute connaissance sont adressés aux Administrateurs, en principe et sauf circonstances particulières, en même temps que les convocations auxquelles ils sont joints. Toutefois, les documents d'information n'appelant pas de décision ou les documents présentant un caractère de confidentialité peuvent, exceptionnellement, être remis en séance.

Les dossiers de réunion peuvent être transmis par courrier électronique aux Administrateurs qui en font la demande à la Mutuelle.

• Article 6

Réunions du Conseil

Une feuille d'émargement est tenue pour chaque réunion du Conseil. Elle est signée par chaque Administrateur avant son entrée en réunion. Sont réputés présents pour le calcul du quorum visé à l'article 36 des statuts les Administrateurs qui, pour des raisons légitimes et exceptionnelles, participent à la réunion par des moyens de visio-conférence ou par tout autre moyen de télécommunication. Il est fait mention de leur participation à la réunion par ces moyens sur la feuille d'émargement et dans le procès-verbal relatifs à la réunion.

Le Président du Conseil conduit les travaux ; il s'assure que les décisions sont débattues avec le temps nécessaire et veille à ce que chaque Administrateur puisse participer aux échanges et discussions.

Le Président s'appuie, pour conduire les travaux, sur le Dirigeant opérationnel, qui assiste de plein droit, avec voix consultative, aux réunions du Conseil, sauf à celles ou aux parties de celles consacrées à sa situation personnelle. Le Dirigeant opérationnel peut se faire assister par les collaborateurs de son choix.

Le Dirigeant opérationnel assure l'exécution des décisions du Conseil. Il lui rend compte de façon régulière de la situation de la Mutuelle, de l'activité et du fonctionnement de ses services et de l'exécution des pouvoirs qui lui ont été délégués.

À l'issue de chaque réunion du Conseil, il est établi un procès-verbal qui précise le nom du président de séance, le nom des Administrateurs présents et celui des Administrateurs absents et excusés, le texte des décisions arrêtées ainsi que les points de vue échangés, la mention des votes contre et des abstentions.

Le procès-verbal est soumis à l'approbation du Conseil lors de la réunion suivant celle à laquelle il se rapporte. Après approbation, le procès-verbal est signé par le président de séance.

Les procès-verbaux sont conservés au siège de la Mutuelle.

CHAPITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX COMMISSIONS

• Article 7

Commissions

En sus du Comité d'Audit dont la mise en place, la composition, le rôle et le fonctionnement sont fixés par la réglementation, le Conseil d'Administration peut constituer des Commissions spécialisées. Chaque Commission est chargée d'étudier et de suivre, pour le compte du Conseil, un ou plusieurs problèmes particuliers préalablement définis.

Sauf délégation expresse du Conseil d'Administration, les Commissions donnent des avis techniques et émettent des propositions avant décision du Conseil d'Administration.

Les missions des Commissions peuvent être permanentes ou temporaires et la définition de ces missions peut être revue à tout moment par le Conseil d'Administration.

Les membres des Commissions sont choisis parmi les Administrateurs de la Mutuelle en tenant compte de leur compétence, de leur expérience dans le domaine traité et de leur disponibilité. Ils ont, seuls, voix délibérative. Chaque Commission désigne son président ainsi que, le cas échéant, un rapporteur. Ce dernier, en concertation avec le président de la Commission, prépare l'ordre du jour de chaque réunion et fait un compte rendu au Conseil d'Administration.

Toutefois, une Commission peut faire appel, à titre consultatif :

- à des « conseillers techniques » spécialistes du sujet traité,
- au personnel administratif de la Mutuelle.

Le Président est membre de droit de toutes les Commissions sauf du Comité d'Audit aux réunions duquel il n'assiste pas sauf invitation justifiée pour des motifs sérieux.

Le Dirigeant opérationnel (ou son représentant) assiste de droit à toutes les Commissions à l'exception du Comité d'Audit.

Une commission ne peut se réunir que si la moitié de ses membres est présente.

• Article 8

La mise en place de commissions, leurs missions et leur composition relèvent de la liberté du Conseil d'Administration, qui organise leurs travaux et leur fonctionnement.

Missions de la Commission Finances

La Commission Finances examine et valide le budget en cours et le budget exécuté préparés par les services internes de la Mutuelle et qui seront soumis au Conseil d'Administration.

À chaque Conseil d'Administration, le rapporteur présente les budgets révisés en vue de leur approbation.

La Commission Finances élabore l'état des délégations de pouvoirs et procédures de contrôle données par le Président et les membres de la Commission.

La Commission Finances examine et valide le rapport de gestion, le rapport de solvabilité et l'état des plus-values latentes préparés par les services internes de la Mutuelle.

Le rapporteur commente ces différents rapports aux instances concernées (Assemblée Générale, Conseil d'Administration).

• Article 9

Missions de la Commission Développement des Services

La Commission constitue un observatoire de l'environnement de la MCCI concernant notamment :

- les décisions gouvernementales,
- l'environnement mutualiste,
- la concurrence : innovations et services,
- les nouveaux acteurs.

Elle s'assure également du suivi des prestations santé.

Elle effectue des propositions de nouveaux services et en mesure les impacts, puis s'assure de la mise en œuvre et du suivi des services mis en place.

La Commission s'assure également de la communication effectuée auprès des différents publics sur ces nouveaux services.

• Article 10

Missions de la Commission du Fonds d'entraide

Un fonds d'entraide servant à attribuer des aides exceptionnelles et des secours liés à des dépenses de santé est géré au sein de la Mutuelle.

Ces aides exceptionnelles sont attribuées après examen de chaque cas particulier et chaque fois que la situation matérielle et sociale des membres participants justifie cette intervention. L'examen des dossiers est réalisé en toute confidentialité. Les décisions prises par la Commission sont sans appel. Les membres participants qui sollicitent une aide au titre du fonds d'entraide doivent adresser une demande préalable à l'aide d'un imprimé fourni par le siège de la MCCI ou le délégué local.

Les fonds nécessaires à ces aides sont financés par un prélèvement sur la cotisation statutaire dont le montant est fixé chaque année en pourcentage par l'Assemblée Générale. Celle-ci peut déléguer à la Commission le pouvoir d'élargir son budget en cours d'année (sous réserve de ratification à l'Assemblée Générale) afin de faire face aux demandes dont les engagements dépasseraient le budget initial.

La Commission se réunit à l'occasion du Conseil d'Administration et chaque fois que nécessaire.

• Article 11

Missions du Comité d'Audit

Conformément à l'article 45 des statuts, le Comité d'Audit comporte quatre membres choisis par le Conseil d'Administration en son sein ; toutefois, le Conseil peut désigner deux membres n'ayant pas la qualité d'Administrateur et choisis en raison de leur compétence en matière financière et comptable.

Il se réunit autant que nécessaire.

Le Dirigeant opérationnel peut assister, partiellement et uniquement s'il y est sollicité, aux réunions du Comité d'Audit à la demande du Comité, en tant qu'invité, afin de fournir toutes informations nécessaires à l'exercice de sa mission, notamment en matière financière ainsi que sur les systèmes de contrôle interne et de gestion des risques mis en place.

Le Comité d'Audit sera notamment chargé, sous la responsabilité du Conseil d'Administration, d'assurer le suivi :

- du processus d'élaboration de l'information financière ;
- de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques ;

- du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant, des comptes consolidés, par les commissaires aux comptes ;
- de l'indépendance des commissaires aux comptes ;
- de l'examen du programme général de travail mis en œuvre par les commissaires aux comptes ;
- des relations avec les commissaires aux comptes conformément à l'article L823-16 du Code de commerce.

Il émet également une recommandation sur les commissaires aux comptes proposés à la désignation de l'Assemblée Générale.

Les résultats de ses travaux sont consignés dans un rapport communiqué au Président du Conseil d'Administration.

Il agit sous la responsabilité exclusive du Conseil d'Administration et doit rendre compte à celui-ci de l'exercice de ses missions et l'informer sans délai de toute difficulté rencontrée.

• Article 12

Protocole de renouvellement des délégués

Conformément à l'article 16 des statuts, le Conseil d'Administration adopte un protocole en vue de chaque renouvellement général des délégués. Il fixe notamment le nombre et la composition des sections de vote régionales pour la section « Retraités ».

• Article 13

Modification du règlement intérieur

Le présent règlement ne pourra être modifié que dans les conditions prévues à l'article 4 des statuts. Tout litige concernant l'application du règlement intérieur sera examiné par le Conseil d'Administration.

CONTRAT MUTUALISTE

• Article 1

L'adhésion à la Mutuelle entraîne l'acceptation des statuts, du règlement intérieur et du présent contrat mutualiste.

• Article 2

L'adhésion prend effet le premier jour du mois de sa notification au siège de la Mutuelle.

Lors d'une adhésion en cours de mois, la cotisation est due par mensualité indivisible.

Le changement de catégorie (passage en individuel, changement de situation familiale, départ à la retraite) prend effet le premier jour du mois où se produit l'événement justifiant cette modification et une régularisation est éventuellement effectuée par le siège de la Mutuelle ou par les organismes employeurs dans le cas où la situation de l'adhérent le permet.

En cas de décès, le changement éventuel de catégorie intervient le premier jour du mois qui suit.

• Article 3

Lorsque l'adhésion s'est effectuée consécutivement à la souscription d'un contrat collectif facultatif standard, les personnes adhérentes et bénéficiaires doivent, lors de l'adhésion, être âgées de moins de 60 ans, exception faite en cas d'adhésion dès la date d'embauche ou, pour les conjoints, dès la date de mariage.

Si la non-adhésion avant 60 ans était justifiée par une affiliation en contrat obligatoire auprès d'un autre organisme, et sous réserve que les personnes concernées apportent la preuve du caractère obligatoire de l'ex-affiliation, l'adhésion à 60 ans et au-delà est acceptée.

Pour tout autre cas d'adhésion à 60 ans et plus, l'affiliation n'est possible qu'individuellement sous réserve d'acquitter la cotisation par classe d'âge prévue à cet effet.

Il ne pourra être procédé à un changement de régime que le 1er janvier. L'adhérent d'un groupe pourra souscrire à des options supplémentaires, sous réserve d'acquitter lui-même le surcoût de cotisation.

• Article 4

L'adhésion à titre individuel est limitée aux régimes 1, 2, 3 et 4 sous réserve d'acquitter la cotisation par classe d'âge prévue à cet effet.

Toutefois, les anciens salariés d'un employeur ayant souscrit un contrat collectif non résilié au jour de leur adhésion peuvent adhérer à un contrat individuel standard.

Le tarif applicable sera celui fixé par la Mutuelle au jour de l'adhésion en conformité avec les textes en vigueur.

• Article 5

Le contrat est renouvelé chaque année automatiquement par tacite reconduction.

A compter du 13ème mois d'affiliation, les assurés - particuliers pour les contrats individuels et entreprises pour les contrats collectifs - ont la possibilité de résilier, sans frais et à tout moment leurs contrats de complémentaire santé.

La notification de la résiliation peut être effectuée, au choix :

- Soit par lettre simple ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ;
- Soit par acte extra judiciaire ;
- Soit lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, la résiliation pourra se faire par le même mode de communication ;
- Soit par le nouvel organisme complémentaire par voie postale

La mutuelle doit confirmer par écrit, en recommandé avec avis de réception, la réception de la demande de résiliation.

La résiliation sans frais ni pénalité, prendra effet un mois après réception de la notification.

Le remboursement des primes trop perçues interviendra dans un délai de 30 jours suivant la date d'effet de la résiliation.

Lorsque le nouvel organisme complémentaire adresse aux services de la mutuelle, la demande de résiliation pour le compte d'un assuré, la mutuelle doit notifier par écrit avec avis de réception, la réception de la demande de résiliation.

Il appartient au nouvel organisme complémentaire de s'assurer de l'absence d'interruption de garanties pendant la procédure.

• Article 6

Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie sera suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Dix jours après l'expiration du délai de trente jours ci-dessus prévu, la Mutuelle pourra résilier ses garanties.

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

• Article 7

Lorsque, dans le cadre d'un contrat collectif, l'employeur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie sera suspendue trente jours après la mise en demeure notifiée à l'employeur.

À l'expiration d'un délai de dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus, la Mutuelle pourra résilier le contrat collectif.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que les frais de poursuites et de recouvrement.

• Article 8

Lorsque dans le cadre d'opérations collectives facultatives, l'employeur n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion pourra être prononcée par la Mutuelle quarante jours après la notification d'une mise en demeure.

• Article 9

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée par la Mutuelle au membre participant est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

Les cotisations acquittées seront acquises à la Mutuelle et le membre participant devra payer à titre de dommages et intérêts toutes les cotisations échues.

• Article 10

Pour les opérations individuelles, chacune des parties pourra mettre fin à la relation contractuelle lorsque celle-ci a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle.

De même, il pourra être mis fin à la relation contractuelle lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement. La partie qui décide de mettre fin à l'adhésion pour les motifs ci-dessus visés devra notifier à l'autre partie son intention en précisant l'événement ainsi que sa date.

La résiliation du contrat interviendra dans les trois mois suivant la date de l'événement.

Elle prendra effet à la fin du mois de la révélation de cet événement aux services de la Mutuelle.

• Article 11

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies sous réserve que les demandes de prestations parviennent à la Mutuelle dans un délai de deux ans après la date d'effet évoquée ci-dessus.

Au cas où un adhérent aurait bénéficié d'un remboursement supérieur à ses droits, la Mutuelle se réserve le droit de lui réclamer le montant perçu à tort, ou de déduire ce montant des prestations ultérieures à verser à ce même adhérent.

CHAPITRE I

COTISATIONS

• Article 12

Pour assurer la couverture des prestations servies par la Mutuelle, les organismes employeurs et les membres participants à titre individuel s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle.

Cette cotisation peut être modifiée en cours d'année par le Conseil d'Administration.

Dans le cas où l'adhésion revêt un caractère collectif et obligatoire, la cotisation du salarié est déductible du revenu net imposable en fonction des textes de loi applicables ; cette déduction est effectuée par l'employeur sur le bulletin de salaire.

La part cotisée par l'employeur est déductible au titre des charges.

Elle n'est pas soumise à charges sociales, hormis la taxe de 8 % si le contrat respecte les textes de loi en vigueur.

• Article 13

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations pendant la durée de tout service légal obligatoire ainsi qu'en cas de prolongation de service, de mobilisation ou de captivité. Au cours de l'une ou l'autre des périodes ci-dessus, il n'a pas droit aux prestations servies par la Mutuelle.

Cependant, il en bénéficie de plein droit, dès son retour, sous réserve qu'il s'acquitte de ses obligations statutaires à partir de cette date.

Le conjoint et les enfants à charge peuvent continuer à bénéficier des prestations moyennant paiement de la cotisation prévue pour le groupe auquel ils sont rattachés.

• Article 14

Pour recevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations et adresser leurs décomptes et/ou demandes de remboursement dans un délai maximum de 2 ans à partir de la date des soins (se reporter aux articles 10 et 11 du présent contrat pour les cas particuliers des adhérents démissionnaires, radiés ou exclus).

Les originaux de décomptes de Sécurité sociale sont conservés pendant une période de 24 mois après leur réception par la Mutuelle et sont ensuite détruits.

En conséquence, aucune contestation ne pourra être reçue passé ce délai.

CHAPITRE II

PRESTATIONS

Les prestations doivent être mentionnées dans le tableau de prestations remis à chaque adhérent et valant conditions particulières.

• Article 15

Les prestations accordées par la Mutuelle sont les suivantes :

A) Maladie

La Mutuelle accorde, dans la limite de la dépense réelle, des remboursements complémentaires aux prestations de la Sécurité sociale et des prestations supplémentaires dont le détail est précisé dans le tableau de garanties remis à chaque adhérent.

Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement s'effectue sur la base du tarif fixé par la Sécurité sociale, excepté pour les contrats dont les garanties prévoient explicitement le calcul de la part mutuelle sur la base de remboursement des praticiens conventionnés.

B) Fonds d'entraide

Un fonds d'entraide, chargé de distribuer des allocations complémentaires et des aides exclusivement liées à des dépenses de santé, est géré au sein de la Mutuelle par une Commission désignée par le Conseil d'Administration (voir article 10 du règlement intérieur).

C) Optique

La MCCI peut, selon les garanties exprimées dans chaque contrat, procéder à des contrôles des dépenses d'optique. Les remboursements en optique sur ces contrats seront encadrés par les prix du marché.

Les actes optiques remboursables, selon les garanties exprimées dans chaque contrat, sont les suivants :

- verres prescrits et traitements annexes ;
- montures prescrites ;
- lentilles prescrites, consultation d'adaptation ou de renouvellement de lentilles, produits de lentilles ;

• chirurgie réfractive de l'œil : la chirurgie réfractive correspond à l'ensemble des techniques qui permettent de corriger des troubles de la vue définis comme suit : myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et presbytie. Le forfait garanti par le contrat comprend tous les honoraires et frais liés à cette intervention.

Le remboursement de l'opération de la cataracte fait partie de la garantie hospitalisation.

Demande de Prestations

• Article 16

A) Maladie

La liquidation du dossier et le paiement des prestations sont effectués au vu du décompte original (ou certifié conforme) de prestations de la Sécurité sociale et sur présentation d'un duplicata certifié conforme par une autre mutuelle dans le cas d'une double mutualisation.

Lorsque l'adhérent a avancé la part complémentaire mais pas la part Sécurité sociale dans le cadre d'une prestation prise en charge par la Sécurité sociale, il doit demander une facture détaillée et acquittée, et l'adresser à la Mutuelle pour être remboursé.

Pour tout paiement de prestations non prises en charge par la Sécurité sociale et garanties par le contrat de l'adhérent, une facture détaillée est exigée.

Pour tout paiement de prestations spécifiques (frais dentaires, d'optique, etc.), une facture originale détaillée (ou certifiée conforme) des frais engagés et, éventuellement, le refus original (ou certifié conforme) de prise en charge par la Sécurité sociale devront obligatoirement être joints à la demande de prestations. La Mutuelle rembourse les prestations effectuées sur le territoire français. Elle peut rembourser des frais de soins effectués à l'étranger mais uniquement en complément de l'intervention de la Sécurité sociale.

B) Hospitalisation chirurgicale, médicale, maternité

Sont prises en charge par la Mutuelle les hospitalisations à caractère sanitaire en secteur public ou privé, que les établissements soient conventionnés ou non conventionnés et sous réserve de la prise en charge par la Sécurité sociale. Les séjours en Unité de Soins de Longue Durée n'entrent pas dans la garantie hospitalisation.

Dans le cadre d'une hospitalisation non conventionnée, les dépassements de tarif sur les frais de séjour et/ou prix de journée seront pris en charge au même titre que les dépassements d'honoraires, en fonction de la garantie du contrat et selon le critère NON OPTAM/CO.

Pour les membres participants sur les opérations individuelles, la garantie « forfait journalier » dans le cadre d'une hospitalisation en Maison d'Accueil Spécialisé est limitée à 60 jours par an.

Les frais accompagnant comprennent le remboursement du lit et des repas pris exclusivement dans l'enceinte de l'établissement ou dans une structure hospitalière adaptée. L'indemnisation de ces frais est conditionnée à l'affiliation de la personne hospitalisée.

La demande d'attribution du forfait maternité ou d'adoption doit être accompagnée d'un extrait de naissance ou de jugement d'adoption et est octroyée sous réserve de l'inscription de l'enfant à la Mutuelle, dès sa naissance ou son adoption, dans les 3 mois qui suivent l'événement.

C) Optique

La date retenue par la MCCI pour effectuer son règlement est la date de facturation de l'opticien.

D) Dentaire

Prothèses dentaires et orthodontie : la MCCI peut intervenir, en fonction de chaque contrat, sur les actes inscrits à la nomenclature des actes médicaux.

Actes hors nomenclature : les actes dentaires hors nomenclature peuvent être pris en charge dans la limite des garanties de chaque contrat, sur présentation de factures détaillées du dentiste.

E) Services mutualistes

• Forfait prévention : pour tout paiement de prestations non prises en charge par la Sécurité sociale et garanties au titre du forfait prévention, une facture détaillée est exigée.

• Psychologues pour enfants : note d'honoraires sur papier à entête et comportant la mention du diplôme de DESS de psychologie.

• Vaccins et honoraires infirmiers si injection : une facture détaillant le vaccin injecté et les honoraires infirmiers liés.

• Ostéopathie et chiropractie : note d'honoraires sur papier à entête comportant le numéro d'inscription de l'ostéopathe au registre ADELI. Le nombre de séances d'ostéopathie et de chiropractie est limité à 5 séances par an et par bénéficiaire.

• Podologues : note d'honoraires du podologue, accompagnée de la copie de la prescription de semelles.

F) Tiers payant

Sauf dispositions contraires mentionnées aux conditions particulières, la MCCI a confié la gestion de son tiers payant à un prestataire spécifié sur la carte de Tiers Payant.

Les professionnels de santé acceptant la dispense d'avance des fonds sont :

• les pharmaciens, les auxiliaires médicaux, les laboratoires d'analyses médicales, les radiologues et les transporteurs sanitaires ; sur présentation de la carte de Tiers Payant et sous réserve que l'adhérent soit à jour de ses cotisations ;

• les opticiens, les hôpitaux et cliniques et les cabinets dentaires ; sur demande de prise en charge auprès du prestataire spécifié sur la carte de Tiers Payant par les professionnels de santé.

G) Participation aux frais d'obsèques

Sauf dispositions contraires mentionnées aux conditions particulières, une participation aux frais d'obsèques est versée en cas de décès d'un adhérent, de son conjoint ou d'un bénéficiaire âgés de moins de 65 ans. Cette garantie est assurée auprès de :

l'Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle (UNMI) 3, rue de Gramont – 75002 Paris.

Les garanties cessent pour chaque adhérent et par voie de conséquence pour son conjoint et ses enfants à charge le jour où il ne répond plus aux conditions requises pour faire partie du ou des collèges assurables en contrat collectif obligatoire ou le jour où il atteint les limites propres aux garanties souscrites. L'attribution de cette participation est subordonnée à la production des pièces suivantes :

1. Un extrait de l'acte de décès, délivré par la mairie.
2. Un certificat de décès délivré par le médecin.
3. La copie intégrale du livret de famille et un certificat d'hérédité.
4. Une attestation d'emploi de l'organisme employeur.
5. La désignation précise des enfants à charge (joindre les certificats de scolarité éventuellement).
6. La désignation des bénéficiaires de la participation avec leur adresse.

H) Protection juridique

Sauf dispositions contraires mentionnées aux conditions particulières, une garantie de protection juridique peut être actionnée pour tout litige survenu après le 1^{er} janvier 2008 dans l'une des circonstances suivantes :

• l'adhérent est victime d'une erreur médicale, d'un retard ou d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale ou d'un défaut de conseil d'un praticien de santé ;

• l'adhérent est malade ou victime d'un accident et rencontre des difficultés pour faire valoir ses droits auprès des organismes sociaux.

Cette garantie est assurée par la compagnie spécialisée CFDP ASSURANCES – social Immeuble L'Europe, 62 Rue de Bonnel, 69003 LYON – RCS Lyon 958 506 156 B.

Elle comporte des prestations amiables et/ou une participation aux frais de procédure à hauteur de montants contractuels.

Pour tout renseignement ou mise en œuvre de la garantie : 04 68 57 42 83.

I) Assistance

Sauf dispositions contraires mentionnées aux conditions particulières, une garantie d'assistance « Allo santé » est mise à la disposition des adhérents, dans le but d'assurer un service d'écoute psychologique, d'information, d'assistance à la vie quotidienne et d'accompagnement médico-social.

Une notice d'information précise le contenu et les limites de ces prestations. La MCCI a confié la réalisation des prestations d'assistance à AXA Assistance France SA au capital de 9 071 981 €, 6, rue André Gide - 92320 Châtillon - RCS Nanterre 311 338 339 00071.

Les prestations d'écoute psychologique, d'information et d'accompagnement médico-social sont confiées à la société ITELIS, immeuble Le Diapason, 218 avenue Jean Jaurès 75019 PARIS - RCS 440358471.

J) Téléconsultation médicale

Sauf dispositions contraires mentionnées aux conditions particulières, une garantie de téléconsultation médicale est mise à disposition des adhérents.

Une notice d'information précise le contenu et les limites de cette garantie.

La MCCI a confié la réalisation des prestations d'assistance à AXA Assistance France SA au capital de 9 071 981 €, 6, rue André Gide - 92320 Châtillon - RCS Nanterre 311 338 339 00071.

K) Hospiway

Un service d'aide à la préparation de l'hospitalisation est mis à disposition des adhérents :

- palmarès des hôpitaux et cliniques,
- analyse de devis hospitalier,
- check-list avant hospitalisation.

La réalisation de ce service est confiée à ITELIS, immeuble Le Diapason, 218, avenue Jean Jaurès – 75019 Paris.

• Article 17

Le paiement des prestations est assuré par virement bancaire au compte de l'intéressé.

Les décomptes sont adressés directement aux adhérents une fois par trimestre.

• Article 18

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

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

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

• Article 19

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

• Article 20

Toutes actions dérivant des opérations prévues au présent contrat mutualiste sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

• Article 21

Informatique et libertés

Les informations collectées par la MCCI vous concernant, vous et vos ayants droit, ont comme finalité la gestion de votre contrat complémentaire santé.

En application du règlement européen sur la protection des données personnelles, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression de vos données personnelles.

Il vous faut en faire la demande auprès du délégué à la protection des données (DPO) de la MCCI, par courrier, au 26, rue Fortuny - 75017 Paris.

• Article 22

Autorité de Contrôle

L'organisme chargé du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4, place de Budapest – 75936 Paris Cedex 09.