



Toujours à vos côtés, encore plus accessible

NOTICE D'INFORMATION ÉTUDE

Chapitre 1

GENERALITES

ARTICLE 1 : OBJET ET ORGANISATION DU CONTRAT

L'objet du présent contrat collectif à adhésion obligatoire est de définir les modalités et conditions selon lesquelles la mutuelle assure au profit des salariés de l'office souscripteur et, le cas échéant, de leurs ayants-droit, visés au contrat d'adhésion, une garantie complémentaire « Régime de base Frais de santé ».

Le contrat liant l'office souscripteur et la Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire, ci-après nommée la Mutuelle, est composé de deux parties indissociables :

- les présentes conditions générales définissant leurs droits et obligations réciproques et l'ensemble des garanties pouvant être souscrites,

- le contrat d'adhésion qui matérialise la souscription du contrat par l'office (ci-après dénommé « le souscripteur »). Il complète et modifie, le cas échéant, les conditions générales et précise notamment les catégories de salariés couverts, le montant des cotisations et les prestations assurées.

Les salariés du souscripteur affiliés au présent contrat acquièrent la qualité de « membre participant » de la mutuelle.

Le souscripteur du présent contrat acquiert la qualité de « membre honoraire » de la mutuelle.

Les droits et obligations des membres participants et honoraires sont définis par les Statuts.

Le présent contrat est régi par le code de la mutualité, et notamment le livre II.

ARTICLE 2 : EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

La date d'effet du contrat est fixée au contrat d'adhésion.

Le contrat est souscrit à partir de sa date d'effet pour une durée expirant le 31 décembre de l'année en cours. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une des parties contractantes dans les conditions fixées à l'article 3 des présentes conditions générales.

ARTICLE 3 : RESILIATION ANNUELLE DU CONTRAT A L'INITIATIVE DU SOUSCRIPTEUR

Dans le respect de l'article L. 221-10-2 du code de la mutualité, l'employeur peut résilier le contrat collectif, après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date de souscription. La résiliation prend effet, au plus tard, un mois après que la MCEN en a reçu notification.

La notification de dénonciation peut être effectuée : soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration au siège social.

Lorsque le contrat est résilié, l'employeur n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. Les éventuelles cotisations perçues post-résiliation seront remboursées par la MCEN au souscripteur.

L'employeur doit s'assurer de l'absence d'interruption de la couverture des salariés.

ARTICLE 4 : MODIFICATION DU CONTRAT

Le contrat collectif peut être modifié par avenant conclu entre le souscripteur et la Mutuelle.

Le souscripteur est tenu d'informer les membres participants de toute modification du contrat, dans les conditions prévues à l'article 6 des présentes conditions générales.

ARTICLE 5 : OBLIGATIONS DES PARTIES

5.1. Obligations du souscripteur

Le souscripteur s'engage à affilier au présent contrat l'ensemble de ses salariés présents et futurs.

Signature du contrat

Le souscripteur doit adresser à la mutuelle :

- un extrait de Kbis ou une fiche INSEE,
- un exemplaire du Contrat d'adhésion dûment paraphé et signé ;
- un mandat de prélèvement dûment complété accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal,
- un bulletin d'affiliation individuel pour chaque salarié dûment complété et signé par chaque intéressé, accompagné d'une photocopie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité du salarié, d'un relevé d'identité bancaire ou postal et d'une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer ;
- un état des salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité auprès d'un précédent organisme assureur.

Gestion courante du contrat

Le souscripteur doit informer la mutuelle :

- de tous mouvements de personnel précisant les entrées et les sorties des salariés membres participants (date de prise d'effet de leur contrat de travail, date et motif du départ) ;
- des cas de suspensions des contrats de travail en précisant le motif de la suspension (congé parental à temps plein, ...) ;
- des modifications éventuelles de leur situation de famille (si leurs ayants-droit sont couverts par le contrat) ;
- un bulletin d'affiliation dûment complété et signé par chaque nouveau salarié entrant dans le champ d'application du contrat tel que défini au contrat d'adhésion, accompagné d'une photocopie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité du salarié, d'un relevé d'identité bancaire ou postal et d'une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer.

Les changements doivent être portés à la connaissance de la mutuelle dans les meilleurs délais, quel qu'en soit le motif.

En outre, à tout moment, le souscripteur est tenu de communiquer à la mutuelle toutes informations nécessaires à la bonne gestion et au bon fonctionnement du contrat.

5.2. Obligations des membres participants

Chaque salarié entrant dans la catégorie définie au contrat d'adhésion est tenu :

- de remplir et de signer un bulletin d'affiliation mentionnant, lorsqu'ils sont couverts, ses ayants-droit, auquel doit être joint une photocopie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité du salarié, un relevé d'identité bancaire ou postal et une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer ;
- de déclarer en cours de contrat, de sa propre initiative, par l'intermédiaire de son employeur, toute modification intervenant dans sa situation (changement d'adresse, modification de la situation de famille) dans les meilleurs délais.

ARTICLE 6 : INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Le souscripteur s'engage à remettre à chaque membre participant une Notice d'information, comprenant les statuts, établie par la mutuelle qui définit les garanties prévues au contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette Notice précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le souscripteur est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une Notice établie à cet effet par la mutuelle.

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-6 du code de la mutualité, la preuve de la remise de la Notice aux membres participants, des Statuts de la mutuelle ainsi que des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe au souscripteur.

ARTICLE 7 : SUBROGATION

Conformément à l'article L. 224-9 du code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L. 224-8 du même code, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants-droit contre les tiers responsables.

La mutuelle ne peut prétendre au remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'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, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants-droit s'engage(nt) à déclarer à la mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

ARTICLE 8 : PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées aux présentes Conditions Générales sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du code de la mutualité.

Ainsi, ce délai ne court :

1/ en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la MCEN en a eu connaissance ;

2/ en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant-droit contre la MCEN a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant-droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il

prescrivait ;

- demande en justice, même en référé ;

- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après (causes spécifiques aux opérations d'assurance) :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre ;

- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la MCEN, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à la MCEN en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 9 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Depuis le 25 mai 2018, le règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) est entré en application. Il a pour objectif de mieux protéger les personnes concernant le traitement de leurs données personnelles.

Les informations personnelles et nominatives concernant les assurés, recueillies par la Mutuelle, font l'objet d'un traitement automatisé nécessaire à l'exécution du contrat dont la finalité est de gérer l'adhésion, servir des prestations et proposer des garanties optionnelles à titre individuel.

Dans le cadre de l'application des dispositifs du code monétaire et financier, le recueil de certaines informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Les données sont collectées et traitées par la MCEN et en tant que de besoin, par ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, la Mutuelle peut être amenée à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

Aucune information gérée par la Mutuelle ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

Le responsable du traitement est la Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire située 22, rue de l'Arcade 75397 PARIS Cedex 08.

Les personnels qui ont connaissance des informations données par l'assuré dans le cadre de la gestion du contrat sont tenues au secret professionnel en vertu de l'article L226-13 du Code pénal.

La durée de conservation des données personnelles après une résiliation du contrat ne pourra excéder dix ans.

Les données à caractère personnel détenues par la Mutuelle sont hébergées en France.

La Mutuelle met tout en œuvre pour sécuriser et préserver les données collectées.

En application de la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016, l'assuré ou son ayant-droit peut demander à accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, effacer, limiter le traitement, en demander la portabilité ou s'opposer à leur communication à un tiers. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier simple accompagné d'un justificatif d'identité à la MCEN, 22 rue de l'Arcade 75397 Paris Cedex 08 à l'attention de la Responsable de la Conformité chargée du droit d'accès.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent

auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

ARTICLE 10 : AUTORITE DE CONTROLE

La MCEN est soumise au contrôle administratif de : L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4, place de Budapest – CS92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - France.

ARTICLE 11 : RECLAMATION / MEDIATION

11.1. Réclamation

Les réclamations visant le présent contrat ou son exécution peuvent être effectuées ainsi qu'il suit :

- par courriel : nlachaud@mcen.fr
- par lettre simple ou recommandée au nom de Nathalie LACHAUD, Service Réclamation, à l'adresse suivante : 22, rue de l'arcade 75397 PARIS CEDEX 08
- par téléphone directement auprès d'un responsable au siège de la Mutuelle : Nathalie LACHAUD 01.70.38.39.15

Quel que soit le sujet de la réclamation, le membre participant doit indiquer :

- la nature exacte de la réclamation ;
- le numéro du contrat ou le numéro d'adhérent concerné ;
- son adresse et son état civil complet (nom de famille et nom d'usage) ;
- ses date et lieu de naissance (ou ceux du ou des bénéficiaires concernés) ;
- toute autre référence portée à sa connaissance : numéro de compte, numéro de dossier en cours.

Il lui est également recommandé de joindre à sa réclamation la copie des documents nécessaires à la bonne compréhension de cette dernière, sans se démunir des originaux des pièces envoyées et en conservant une copie de ses demandes et des réponses qui lui sont faites.

11.2. Médiation

La mutuelle a fait le choix d'utiliser les services de :

Monsieur le Médiateur de la consommation
de la Mutualité Française
FNMF
255 rue Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15
Email : mediation@mutualite.fr.

Le médiateur peut être saisi par le membre participant ou son ayant-droit après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à la MCEN. Le règlement de la médiation de la consommation est disponible sur le site Internet du Médiateur de la Mutualité Française www.mediateur-mutualite.fr.

Chapitre 2

GARANTIE FRAIS DE SANTE

ARTICLE 12 : OBJET DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

La garantie Régime de base - Frais de santé a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants-droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des prestations versées par la Caisse de Retraite des Clercs et Employés de Notaire (CRPCEN), régime spécial de sécurité sociale et éventuellement par tous régimes de base maladie de sécurité sociale, dans les conditions et limites fixées dans le contrat. Elle constitue une « garantie de base », ou « contrat socle » et peut être complétée par des « garanties

surcomplémentaires individuelles ».

La garantie de base Frais de santé s'applique dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et par ses textes d'application relatifs aux « contrats responsables ». En particulier, ne peuvent donner lieu à remboursement par la mutuelle les dépenses suivantes :

- La participation forfaitaire mentionnée à l'article L.322-2 II du code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
- Les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 III du code de la sécurité sociale ;
- La majoration de participation de l'assuré prévue par l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale en cas de non-désignation d'un médecin traitant, de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant, ou lorsque l'assuré n'autorise pas le médecin à consulter son dossier médical personnel ;
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du code de la sécurité sociale ;
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

En cas d'évolution de la législation relative aux « contrats responsables », le souscripteur et la mutuelle s'engagent à adapter le présent contrat par voie d'avenant ou, le cas échéant, selon les modalités prévues par la législation en vigueur.

ARTICLE 13 : PRESTATIONS GARANTIES

13.1. Les prestations garanties sont définies au contrat d'adhésion

Les prestations accordées par la mutuelle figurent au contrat d'adhésion.

Les dépenses de santé non prises en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donnent pas lieu au remboursement de la part de la mutuelle, sauf cas particulier mentionné au contrat d'adhésion ou sur le tableau des garanties qui lui est annexé.

13.2. Evolution de la réglementation du régime obligatoire

Les prestations garanties viennent en complément des prestations versées par la sécurité sociale et sont établies en fonction de l'état de la législation de la sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du contrat.

En cas de modification des prestations du régime obligatoire, les remboursements complémentaires de la mutuelle ne pourront, en aucun cas, s'en trouver augmentés et s'effectueront en conséquence à hauteur des montants définis en valeur absolue avant la modification.

ARTICLE 14 : BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

14.1. Bénéficiaires à titre obligatoire

14.1.1. Salariés à titre obligatoire

Sans conditions d'ancienneté, les bénéficiaires des prestations à titre obligatoire (hors cas de dispense mentionné au 14.1.3) sont les salariés percevant une rémunération :

- des offices notariaux (quel que soit leur régime de base),
- des organismes assimilés relevant de la Convention collective du Notariat (quel que soit leur régime de base),

- des organismes rattachés à la profession sous réserve que ledit organisme en fasse la demande et que celui-ci soit agréé par la Commission Mixte Paritaire, implantés sur le territoire métropolitain et dans les départements et collectivités d'outre-mer.

Ils ont, du fait de leur adhésion, la qualité de membre participant de la mutuelle.

14.1.2. Ayants-droit à titre obligatoire

Et, le cas échéant, leurs ayants droit définis comme tels :

- le conjoint ni divorcé ni séparé de corps, à charge du salarié au sens du régime de base, ou dans le cas contraire en mesure de prouver l'absence d'activité professionnelle et l'absence de perception d'aucun revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition,
- la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité, à sa charge au sens du régime de base, ou dans le cas contraire en mesure de prouver l'absence d'activité professionnelle et l'absence de perception d'aucun revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition,
- le concubin du salarié à sa charge au sens du régime de base, ou dans le cas contraire en mesure de prouver l'absence d'activité professionnelle et l'absence de perception d'aucun revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition et d'une attestation sur l'honneur de concubinage,
- les enfants à charge du salarié au sens du régime de base,
- les enfants du salarié âgés de moins de 28 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures dans un établissement ou organisme reconnu par l'Education Nationale et le Ministère du Travail (jusqu'au 31/12 de leur 28^{ème} anniversaire),
- les enfants du salarié âgés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de ne pas bénéficier du fait de ce contrat d'une couverture frais de santé à titre obligatoire (jusqu'au 31/12 de leur 28^{ème} anniversaire),
- les enfants du salarié âgés de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi en sortie d'études, pendant une durée maximale d'1 an (jusqu'au 31/12 de leur 28^{ème} anniversaire),
- les enfants du salarié reconnus handicapés avant l'âge de 28 ans et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, et bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés,
- les personnes à charge fiscale du salarié.

14.1.3. Cas de dispense

Sans remettre en cause le caractère collectif et obligatoire du contrat complémentaire frais de santé, à condition de le justifier à leurs employeurs, les cas de dispense retenus sont les suivants :

- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation représentant au moins 10% de leur rémunération brute,
- les salariés et apprentis en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois sous réserve de justifier par écrit, en produisant tous documents, d'une couverture individuelle frais de santé souscrite par ailleurs pour le même type de garanties,
- les salariés et apprentis en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois,
- les salariés qui bénéficient par ailleurs d'une couverture collective frais de santé relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du

ministre chargé de la Sécurité sociale (notamment en tant qu'ayant droit de leur conjoint dans le cadre d'une couverture collective obligatoire frais de santé famille), à condition d'en justifier chaque année,

- les salariés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). Dans ce cas, la dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette aide,

- les ayants-droit du salarié comme définis ci-dessus, qui bénéficient par ailleurs d'une couverture collective obligatoire frais de santé au sens de l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale à condition d'en justifier chaque année à l'employeur.

14.2. Bénéficiaires à titre facultatif

14.2.1. Ayants-droit du salarié non à charge au sens du régime de base

Les personnes non désignées à l'article 14.1 du présent contrat et qui n'ont pas la qualité d'ayant-droit à charge des salariés au sens de la Convention collective nationale du Notariat ou des Statuts de la MCEN peuvent également être affiliés à titre facultatif au présent contrat ou adhérer au Règlement mutualiste proposé par la MCEN dans le cadre de ses opérations individuelles.

Sont visés par le présent article :

- le conjoint ni divorcé, ni séparé de corps bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale,
- la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale,
- le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale, sous réserve d'attestation sur l'honneur de l'affilié,
- les enfants rattachés, pour le bénéfice des prestations maladie et maternité, au régime du conjoint bénéficiaire de l'affilié.

14.2.3. Autres bénéficiaires à titre facultatif

- Les ayants-droit du salarié décédé, pendant une durée de 12 mois à compter du décès, et au-delà de cette période s'ils ne se remarient pas ou ne concluent pas de pacte civil de solidarité, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès,
- les ayants droit de l'ancien salarié au sens de l'article 14.2.2. ci-dessus, décédé, sans limitation de durée, sous réserve que les intéressés aient été affiliés au régime à la date du décès de l'ancien salarié et qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès,
- les enfants handicapés du salarié décédé, sans limitation de durée, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, et bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, sous réserve qu'ils aient été affiliés au régime. »

14.2.2. Anciens salariés

Les anciens salariés dont le contrat de travail est rompu et affiliés à la CRPCEN ou percevant une pension de la CRPCEN, sans formalités médicales et sans carence, sous réserve d'en faire la demande dans un délai maximum de 12 mois suivant la mise en œuvre du présent contrat.

14.2.4. Les ayants-droit des anciens salariés

Peuvent également adhérer à la MCEN dans le cadre d'une opération individuelle régie par un Règlement mutualiste adopté par l'Assemblée générale de la mutuelle, les ayants-droit des anciens salariés, définis comme suit :

- le conjoint, ni divorcé, ni séparé de corps,
- la personne signataire d'un pacte civil de solidarité,

- le concubin de l'ancien salarié, sous réserve d'attestation sur l'honneur de l'affilié,
- les enfants âgés de moins de 28 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures dans un établissement ou organisme reconnu par l'Education Nationale et le Ministère du Travail (jusqu'au 31 décembre de leur 28^{ème} anniversaire),
- les enfants de l'ancien salarié âgés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation (jusqu'au 31 décembre de leur 28^{ème} anniversaire),
- les enfants de l'ancien salarié âgés de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi en sortie d'étude, pendant une durée maximale d'1 an (jusqu'au 31 décembre de leur 28^{ème} anniversaire),
- les enfants de l'ancien salarié reconnus handicapés avant l'âge de 28 ans et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, et bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés,
- les personnes à charge fiscale de l'ancien salarié.

14.3. Salariés dont le contrat de travail est suspendu

14.3.1. Périodes de suspension du contrat de travail ouvrant droit à une indemnisation du salarié mise, au moins pour partie, à la charge de l'employeur

Les salariés bénéficiaires, dont le contrat de travail est suspendu, et qui bénéficient, dans ce cadre, d'un maintien de salaire total ou partiel ou du versement d'indemnités financées au moins en partie par l'employeur, restent affiliés au régime aux mêmes conditions que les salariés en activité durant la suspension de leur contrat de travail et tant que l'employeur assure un maintien de tout ou partie de la rémunération ou prend en charge une partie des indemnités dont ils bénéficient.

14.3.2. Autres cas de suspension du contrat de travail

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail, les salariés bénéficiaires peuvent, sur leur demande, continuer à bénéficier du régime sous réserve d'acquitter eux-mêmes la totalité de la cotisation correspondante déduction faite de la participation du Conseil supérieur du Notariat siégeant en Comité mixte.

14.4. Dispositif de portabilité des droits - Maintien du régime

Dans les conditions précisées à l'article 17 des présentes Conditions générales, en cas de rupture de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, les salariés bénéficient du maintien du régime collectif et obligatoire de complémentaire frais de santé « garantie de base » ou « contrat socle » dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

14.5. Adhésions à la Mutuelle dans le cadre de l'article 4 de la « loi Evin »

Dans les conditions précisées à l'article 18 des présentes Conditions générales, peuvent également adhérer à la MCEN, dans le cadre d'une opération individuelle régie par un Règlement mutualiste spécifique adopté par l'Assemblée générale de la mutuelle, les anciens salariés dont le contrat de travail est rompu, dans le cadre de l'article 4 de la « loi Evin ». Ils bénéficient du maintien du régime collectif et obligatoire de complémentaire frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise s'il était affilié au régime MCEN, sans formalités médicales et sans carence sous réserve qu'ils en fassent la demande dans un délai maximum de 6 mois suivant la rupture du contrat de travail, ou la fin de

leurs droits à portabilité ;

ARTICLE 15 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La garantie prend effet :

- à la date de prise d'effet du présent contrat, pour les salariés entrant dans la catégorie visée au contrat d'adhésion, présents à l'effectif du souscripteur à cette date ;
 - à la date du début de leur contrat de travail, pour les salariés embauchés après la date de prise d'effet du présent contrat.
- Les dépenses de santé prescrites/engagées avant la date de prise d'effet de la garantie ne sont pas prises en charge au titre du présent contrat.

ARTICLE 16 : CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse :

- à la date de résiliation du présent contrat par le souscripteur, quel qu'en soit le motif ;
- à la date de rupture du contrat de travail quel qu'en soit le motif (Licenciement, démission, départ à la retraite, décès, etc.).

Par dérogation, en cas de rupture du contrat de travail, en application du dispositif de portabilité, la garantie peut être maintenue au profit des anciens salariés dont le contrat de travail est rompu dans les conditions décrites à l'article 17 du présent contrat ;

- à la date à compter de laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions requises pour adhérer au contrat.

La cessation de la garantie, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la perte immédiate des droits aux prestations pour les membres participants et leurs ayants-droit.

Le cas échéant, le membre participant, ou ses ayants-droit en cas de décès, peuvent demander un maintien de couverture d'assurance individuelle au titre de l'article 4 de la « loi Evin » du 31 décembre 1989, selon les modalités et conditions fixées à l'article 18 du présent contrat.

Les dépenses de santé prescrites/engagées après la survenance d'un des événements décrits ci-dessus, ne donnent pas lieu à une prise en charge au titre du présent contrat.

ARTICLE 17 : DISPOSITIF DE PORTABILITE : MAINTIEN DE GARANTIE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISE PAR L'ASSURANCE CHOMAGE

Depuis le 1er juin 2014, aux termes de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, un dispositif de « portabilité » permet aux salariés de bénéficier, en cas de rupture de leur contrat de travail (sauf pour faute lourde) ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, d'un maintien de la couverture frais de santé en vigueur dans l'entreprise, dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale et sera mis en œuvre conformément à ses dispositions :

1° Le maintien de la garantie est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

2° Le bénéfice du maintien de la garantie est subordonné à la condition que les droits aux prestations aient été ouverts avant la date de cessation du contrat de travail chez le dernier employeur.

3° Les anciens salariés éligibles au dispositif de portabilité et, le cas échéant, leurs ayants-droit bénéficient des garanties « Régime

de base - frais de santé » du présent contrat dans les mêmes conditions que les salariés actifs du souscripteur. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés et, le cas échéant, de leurs ayants-droit, bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

4° L'ancien salarié doit justifier auprès de la mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions pour bénéficier du dispositif de portabilité. À défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage et de la perception des allocations prévues par celui-ci, selon les modalités prévues par la Notice d'information qui lui a été remise, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

5° L'employeur signale le maintien de la garantie Régime de base - Frais de santé dans le certificat de travail des anciens salariés et informe la mutuelle dans un délai d'un mois de la cessation du contrat de travail des anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants-droit de l'ancien salarié qui bénéficient effectivement, en application de l'acte juridique déterminant les garanties dans l'Office notarial, de la garantie Frais de santé à la date de la cessation du contrat de travail.

La garantie Régime de base - Frais de santé cesse :

- à l'issue de la durée mentionnée au 1° du présent article ;
- en cas de résiliation, pour quelque motif que ce soit, du présent contrat ;
- lorsque l'ancien salarié ne remplit plus les conditions fixées par l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale pour bénéficier du maintien de la garantie.

ARTICLE 18 : MAINTIEN DE LA GARANTIE AU TITRE DE L'ARTICLE 4 DE LA « LOI EVIN »

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, modifié par la loi n°2013-504 du 14 juin 2013, peuvent, dans les cas visés ci-après, demander le maintien des garanties auprès de la mutuelle sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

1. les anciens membres participants, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties au titre de l'article 17 des présentes conditions générales.

La mutuelle adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de ses droits à portabilité tels que définis à l'article 17 des présentes conditions générales.

2. les ayants droit du membre participant salarié décédé, pendant une durée de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Le souscripteur informe la mutuelle du départ ou du décès d'un salarié dans un délai d'un mois, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter de la rupture du contrat de travail ou du décès.

Les enfants handicapés, percevant les allocations prévues par la

loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées, antérieurement bénéficiaires, qui viendraient à perdre cette qualité par suite du décès du parent ouvrant-droit pourront continuer à bénéficier du régime sans limitation de durée.

Le Règlement mutualiste prévoit que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret.

ARTICLE 19 : SORTIE DE LA GARANTIE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

19.1. Maintien de la garantie

La garantie est maintenue au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant la période de suspension, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur. L'intégralité des cotisations reste due à la mutuelle. Les modalités du maintien de la garantie dans ce cas et notamment de paiement de la part salariale de la cotisation sont fixées au contrat d'adhésion.

19.2. Suspension de la garantie

La garantie est suspendue pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, et qui ne bénéficient pas, pendant la période de suspension, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur.

La période de suspension de la garantie intervient de plein droit à la date de la cessation de l'activité professionnelle du salarié et s'achève à la reprise effective du travail du salarié, sous réserve que la mutuelle en soit informée dans le délai de 15 jours suivant cette reprise. A défaut, la période de suspension de la garantie prend fin à la date à laquelle la mutuelle est informée de la reprise effective du travail du salarié.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due en ce qui concerne le salarié dont la garantie a été suspendue.

Les soins survenus pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge au titre du présent contrat. Seuls les soins prescrits antérieurement à la date de début de la suspension et postérieurement à son terme, sont remboursés pendant la période de suspension.

Le membre participant dont la garantie est suspendue peut demander le maintien d'une couverture d'assurance individuelle au titre d'un Règlement mutualiste proposé par la mutuelle, pour lui-même et le cas échéant pour ses ayants-droit, sans conditions de délai probatoire, s'il en fait la demande dans le délai d'un mois suivant la date d'interruption de son activité professionnelle.

ARTICLE 20 : REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de remboursements sont adressées directement à la mutuelle.

La mutuelle procède au règlement des prestations par virement bancaire sur le compte du membre participant ou du bénéficiaire dont le RIB a été fourni :

- soit, sur présentation du décompte du régime obligatoire concerné ou de la facture originale acquittée ;
- soit, en relation directe par échange de données informatiques avec les régimes d'obligation suivant les normes en vigueur, sauf renonciation expresse formulée par le membre participant ou de ses ayants-droit ;

- soit, en relation directe par échange de données informatiques avec les professionnels de santé et établissements de soins suivant les normes en vigueur.

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé par la mutuelle.

ARTICLE 21 : LIMITE DES REMBOURSEMENTS : PRINCIPE INDEMNITAIRE

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L. 224-8 du code de la mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants-droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Chapitre 3

COTISATIONS

ARTICLE 22 : MONTANT DES COTISATIONS

Le montant des cotisations figure au contrat d'adhésion.

Elles sont révisables à chaque échéance annuelle. Elles sont également révisables, par avenant au contrat, en dehors des périodes de renouvellement, notamment en cas de changement législatif ou réglementaire.

ARTICLE 23 : IMPOTS ET TAXES

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, auxquels le présent contrat pourrait être assujéti et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge du souscripteur et, le cas échéant, du membre participant et sont payables en même temps que les cotisations.

ARTICLE 24 : PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations annuelles sont dues par le souscripteur et le cas échéant par le membre participant, et payable à périodicité mensuelle, à terme échu sauf appel des cotisations effectué par la mutuelle.

ARTICLE 25 : DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

25.1. Défaut de paiement des cotisations précomptées par le souscripteur

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8 I du code de la mutualité, à défaut de paiement des cotisations dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi par la mutuelle au souscripteur, d'une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au souscripteur, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

La mutuelle a le droit de résilier le contrat dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour

où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Les frais médicaux prescrits et engagés pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge.

Ces dispositions ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à la mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel. Les Statuts de la mutuelle peuvent prévoir les conditions dans lesquelles la mutuelle applique, à défaut du paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur ou poursuit en justice l'exécution du contrat.

25.2. Défaut de paiement des cotisations non précomptées par le souscripteur

Conformément à l'article L. 221-8 du code de la mutualité, lorsque le membre participant est personnellement redevable de ses cotisations, le défaut de paiement dans les dix jours de son échéance peut entraîner son exclusion du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

Garanties Collectives

Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement en vigueur et incluant le remboursement de votre caisse d'assurance maladie obligatoire

SOINS COURANTS	Régime de Base	Régime de Base + Formule 1	Régime de Base + Formule 2
Consultation Généraliste	100% BR (1)	120% BR	150% BR
Consultation Spécialiste, chez un médecin qui :			
- a adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) (2)	230% BR	230% BR	250% BR
- n'a pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	200% BR	200% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	120% BR	130% BR
Actes de spécialité, actes techniques médicaux	100% BR	120% BR	150% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR
Actes d'imagerie médicale, chez un radiologue qui :			
- a adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) (2)	150% BR	170% BR	200% BR
- n'a pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	100% BR	120% BR	150% BR
Transport	100% BR	100% BR	100% BR
Ostéopathie, Chiropractie, étiopathie, sophrologie, ergothérapie, acupuncture, psychomotricité, diététicien, pédicurie	150 € / an / bénéficiaire	165 € / an / bénéficiaire	180 € / an / bénéficiaire
Bilan et suivi psychologique	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire

(1) BR : Base de remboursement

(2) DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée = OPTAM (Option Pratique Tarifaire maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique)

PHARMACIE			
Médicament à service médical rendu majeur, important ou modéré	100% BR (1)	100% BR	100% BR
Médicament à service médical rendu faible (vignette orange)	15% BR	100% BR	100% BR
Contraception remboursée par la sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Contraception non remboursée	50 € / an / bénéficiaire	70 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
Vaccin anti grippe	100 % FR (3)	100 % FR	100 % FR
Pharmacie prescrite non remboursée (y compris l'homéopathie)	15 € / an / bénéficiaire	20 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique	30 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	70 € / an / bénéficiaire

(1) BR : Base de remboursement

(3) FR : Frais réels

PROTHÈSE			
Prothèse auditive du panier de soins 100 % Santé - Classe 1 (sans reste à charge)			
Prothèse auditive adulte par appareil (à compter du 1er janvier 2021)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Prothèse auditive enfant par appareil (< 21 ans) (à compter du 1er janvier 2021)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Prothèse auditive du panier de soins à honoraires libres - Classe 2			
Prothèse auditive adulte par appareil	100 % BR (1) + 1178 € (4)	150 % BR + 1178 €	200 % BR + 1 178 €
Prothèse auditive enfant par appareil (< 21 ans)	100 % BR + 1 000 € (4)	150 % BR + 1 000 €	200 % BR + 1 000 €
Accessoires pour prothèse auditive : embouts auriculaires, écouteurs, piles, etc	100% BR	100% BR	100% BR
Autres prothèses, appareillages, orthopédie et podologie			
Prothèses capillaire et mammaire	100 % BR + 400 €	150 % BR + 400 €	200 % BR + 400 €
Petit appareillage	100 % BR + 31 €	100 % BR + 60 €	100 % BR + 100 €
Orthopédie – Podologie	125% BR	150% BR	200% BR
Gros appareillage	125% BR	150% BR	200% BR

(1) BR : Base de remboursement

(4) Dans le cadre du contrat responsable, à partir de 2021, les remboursements seront plafonnés à 1700€ y compris la participation de la sécurité sociale. Le remboursement sera limité à un appareil par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, à compter de la date d'achat.

DENTAIRE			
Soins et prothèses du panier de soins 100% santé (sans reste à charge)			
Soins et prothèses dentaires	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Soins hors panier de soins 100% santé (honoraires maîtrisés et libres)			
Soins dentaires	100% BR (1)	120% BR	150% BR
Inlay – Onlay	150% BR	170% BR	200% BR
Prothèses hors panier de soins 100% santé (honoraires maîtrisés et libres)			
Prothèse dentaire et Inlay-core acceptés	500% BR dents visibles (5) 400% BR dents non visibles	500% BR dents visibles 400% BR dents non visibles	500% BR dents visibles 400% BR dents non visibles
Prothèse dentaire refusée	-	200% BR	300 % BR
Orthodontie			
Orthodontie acceptée	450% BR	450% BR	450% BR
Orthodontie refusée	193,50 € / semestre	193,50 € / semestre	387 € / semestre
Autres actes dentaires			
Implantologie (hors implant accepté par la sécurité sociale)	550 € / implant	650 € / implant	800 € / implant
Parodontologie non remboursée	200 € / an / bénéficiaire	220 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire

(1) BR : Base de remboursement

(5) Les dents visibles sont les incisives, canines et prémolaires, les dents non visibles sont les molaires et dents de sagesse.

Garanties Collectives

Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement en vigueur et incluant le remboursement de votre caisse d'assurance maladie obligatoire

OPTIQUE	Régime de Base	Régime de Base + Formule 1	Régime de Base + Formule 2
Panier 100% santé			
Monture et verres (adultes et enfants) du panier 100% santé	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Panier libre			
Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien	100% BR (1)	100% BR	100% BR
Lunettes adulte (16 ans et +)			
Monture adulte	100 €	135 €	185 €
Verre simple adulte (6)	160 € / verre	210 € / verre	260 € / verre
Verre complexe adulte (6)	200 € / verre	250 € / verre	300 € / verre
Verre très complexe adulte (6)	240 € / verre	290 € / verre	340 € / verre
Lunettes enfant (- 16 ans)			
Monture enfant (- 16 ans)	100 €	120 €	150 €
Verre enfant (- 16 ans) (6)	160 € / verre	180 € / verre	200 € / verre
Lentilles correctives			
Lentilles correctives remboursées par la sécurité sociale	350 € / an / bénéficiaire	400 € / an / bénéficiaire	450 € / an / bénéficiaire
Lentilles correctives non remboursées	170 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	230 € / an / bénéficiaire
Autres actes optiques			
Kératectomie	600 € / œil	650 € / œil	700 € / œil
Implant oculaire	600 € / œil	650 € / œil	700 € / œil

(1) BR : Base de remboursement

(6) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00.

Pour les assurés de 16 ans et plus : la prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement par période de 24 mois et elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue. Pour les assurés de moins de 16 ans : la prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement par période de 12 mois (par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans) et elle peut être sans délai en cas d'évolution de la vue pour l'acquisition de verres.

HOSPITALISATION (y compris la maternité)			
Frais de séjour (y compris l'ambulatorio)	100% BR (1)	200% BR	250% BR
Honoraires médicaux	100% BR	200% BR	250% BR
Honoraires chirurgicaux, chez un médecin qui :			
- a adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) (2)	220% BR	230% BR	250% BR
- n'a pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait journalier	100 % FR (3)	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	54 € / jour	60 € / jour	80 € / jour
Frais d'accompagnement	31 € / jour	45 € / jour	60 € / jour
Allocation frais accessoires (téléphone, télévision)	-	120 €	150 €

(1) BR : Base de remboursement

(2) DPTM : (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) = OPTAM (Option Pratique Tarifaire maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique)

(3) FR : Frais réels

AUTRES			
Cure Thermale			
- Honoraires	100% BR (1)	100% BR	100% BR
- Frais de transport et d'hébergement remboursés par la sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
- Voyage et hébergement non remboursés par la sécurité sociale	50 €	150 €	200 €
Frais d'obsèques (7)	1 525 €	1 525 €	1 525 €
Assistance à domicile - aide à domicile, aide-ménagère, prise en charge des enfants(8)	Voir notice	Voir notice	Voir notice

(1) BR : Base de remboursement

(7) Dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la MCEN pour le compte de ses adhérents

(8) Garantie assurée par Inter Mutuelles Assistance dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la MCEN pour le compte de ses adhérents

PREVENTION ET DEPISTAGE			
Aide à l'achat de masques Covid (sur présentation d'une facture)	15 € / an / bénéficiaire	15 € / an / bénéficiaire	15 € / an / bénéficiaire
L'ensemble des actes de prévention et de dépistage remboursés par la sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Prise en charge du Sport sur ordonnance	120 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire

Chapitre 1

OBJET DU REGLEMENT OBSEQUES

ARTICLE 1 : OBJET DU REGLEMENT

Le présent règlement mutualiste est régi par le code de la mutualité.

Il a pour objet de définir les modalités et conditions de fonctionnement de la garantie allocation obsèques, indissociable de la garantie frais de santé, régie soit par le règlement mutualiste individuel santé, soit par le contrat collectif obligatoire santé des actifs.

La garantie allocation d'obsèques est adoptée en assemblée générale de la Mutuelle.

ARTICLE 2 : ORGANISME ASSUREUR

La garantie allocation obsèques est assurée par la Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire (MCEN), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - SIREN n° 784 338 618, sise, 22, rue de l'Arcade - 75008 Paris, ci-après dénommée la MCEN ou la Mutuelle.

ARTICLE 3 : DEFINITIONS

- assuré : on entend par assuré les personnes exposées aux événements garantis par le présent règlement, c'est-à-dire, les salariés affiliés dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire, ou les personnes physiques ayant adhéré individuellement à une garantie santé, ainsi que leurs ayants droit au sens des statuts de la Mutuelle.
- cessation de garantie : on entend par cessation de garantie la date à laquelle prend fin la couverture d'assurance de chaque membre assuré.
- déchéance de garantie : la déchéance est la perte définitive de tout droit à garantie due à la négligence ou à la faute d'un membre participant.
- période d'assurance : on entend par période d'assurance, la durée pendant laquelle peut s'exercer pour chaque assuré la couverture de l'assurance. La période débute à la date de prise d'effet de l'affiliation ou de l'adhésion et expire le 31 décembre de l'année civile à 23 h 59.
- risque non garanti : on entend par risques non garantis, des événements extérieurs ou des situations relatives à la personne assurée, qui ne sont pas couverts par la garantie obsèques, dont la survenance ne peut entraîner la mise en œuvre d'une prestation.

Chapitre 2

GARANTIE ALLOCATION OBSEQUES

ARTICLE 4 : OBJET DE LA GARANTIE

La garantie allocation obsèques a pour objet de garantir par la Mutuelle, le paiement d'une allocation en cas de décès d'un membre participant, afin de rembourser tout ou partie de frais de ses obsèques, à concurrence du montant fixé au tableau annuel des garanties santé de la Mutuelle.

La garantie allocation obsèques bénéficie aux ayants droit du membre participant, notamment le conjoint et les enfants à charge, au sens de l'article 9 des statuts, lorsque ces événements

sont antérieurs à ceux pouvant survenir au membre participant.

La garantie est acquise, pour chaque assuré, dès la prise d'effet de son adhésion à la Mutuelle en qualité de membre adhérent au règlement mutualiste santé.

ARTICLE 5 : PRESTATIONS PRISES EN CHARGE PAR LA GARANTIE

La garantie allocation obsèques permet le remboursement, au profit de la personne qui les a effectivement payées, des dépenses affectées au financement des services et prestations funéraires.

La MCEN prend en charge, dans la limite du montant de la garantie, les frais liés aux cérémonies funèbres qui accompagnent l'organisation et le transport du corps du défunt du domicile ou du lieu du décès, au lieu d'inhumation ou de crémation.

Ces frais concernent :

- la préparation et l'organisation des obsèques,
- l'hommage et la présentation du défunt,
- le cercueil et les fournitures,
- le déroulement et l'exécution des obsèques,
- les publications.

ARTICLE 6 : MONTANT DE LA GARANTIE

Le montant de la garantie allocation obsèques est mentionné au tableau des garanties santé (1525 € en 2020).

Ce montant peut évoluer selon les dispositions de l'article 9.

ARTICLE 7 : BENEFICIAIRE(S) DES PRESTATIONS

La garantie allocation obsèques bénéficie à la personne qui a effectivement payé les frais affectés exclusivement au financement des services et prestations funéraires du défunt assuré, tels que mentionnés à l'article 5, ou le cas échéant à l'organisme de pompes funèbres sur présentation de la facture.

En cas de réalisation des obsèques directement par un opérateur de pompes funèbres financé par débit du compte bancaire du défunt, la garantie du présent règlement est acquise aux ayants droit de l'assuré défunt sur présentation du relevé bancaire, et/ou d'une promesse de porte-fort en cas de cohéritiers de même rang.

Chapitre 3

MODALITES D'AFFILIATION OU D'ADHESION

ARTICLE 8 : MODALITES D'AFFILIATION OU D'ADHESION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Les salariés affiliés collectivement à une garantie frais de santé ou les personnes ayant adhéré individuellement à une garantie frais de santé de la MCEN, et leurs ayants-droit désignés bénéficient de la garantie allocation obsèques du présent règlement, selon les montants mentionnés au tableau des garanties frais de santé ou par avenant.

ARTICLE 9 : MODIFICATIONS ANNUELLES

Les modifications des dispositions du règlement, le montant des prestations obsèques ou le changement de tarifs, sont appliqués au 1er janvier suivant la date de leur approbation par l'assemblée générale ou le conseil d'administration de la MCEN agissant dans le cadre de l'article L.114-11 du Code de la mutualité, pour l'ensemble des assurés affiliés à la garantie allocation obsèques.

Les modifications sont adressées aux adhérents.

Chapitre 4

MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 10 : MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation obsèques est intégré à la cotisation de la garantie frais de santé.

Ce montant peut évoluer en fonction de la structure du groupe assuré et/ou des résultats du régime.

Les modifications de cotisations s'exercent selon les modalités mentionnées à l'article 9.

ARTICLE 11 : PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont définies dans le cadre de l'exercice civil.

Elles sont payées par les adhérents, ou les souscripteurs dans le cadre des opérations collectives, directement à la MCEN avec les cotisations des garanties santé auxquelles les garanties du présent règlement sont intégrées.

ARTICLE 12 : NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance par les membres participants ou les souscripteurs, la MCEN fait application des dispositions de ses règlements en matière de non-paiement.

La Mutuelle adresse une mise en demeure à l'adhérent par laquelle elle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement entraîne sur la poursuite de la garantie.

Conformément à l'article L.223-19 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut résilier la garantie 40 jours à dater de l'envoi de la mise en demeure visée ci-dessus.

Chapitre 5

CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 13 : PIECES JUSTIFICATIVES

Le règlement des prestations obsèques au bénéficiaire s'effectue sur présentation des pièces justificatives originales suivantes :

- un acte de décès au nom du défunt,
- en cas de prédécès d'un ayant droit, toute pièce justifiant cette qualité au regard de son affiliation au règlement mutualiste santé ou au contrat collectif,
- la facture acquittée auprès d'un organisme de pompes funèbres détaillant les dépenses.

Avant le paiement des prestations, la MCEN peut, afin d'éclairer sa décision, demander à qui de droit la production de toutes nouvelles pièces justificatives utiles.

ARTICLE 14 : PAIEMENT DE L'ALLOCATION OBSEQUES

Le règlement de l'allocation est effectué par virement sur le compte bancaire ou postal du bénéficiaire défini article 7.

Chapitre 6

EXCLUSION DE GARANTIE ET PRESCRIPTION

ARTICLE 15 : RISQUES NON GARANTIS

La Mutuelle ne prend pas en charge les décès résultant directement ou indirectement :

- du suicide de l'assuré, survenant au cours de la première année de son affiliation ou de son adhésion ;
- de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces faits et quels que soient les protagonistes.

ARTICLE 16 : PRESCRIPTIONS

Toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

La prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

Chapitre 7

SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES

ARTICLE 17 : SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues dans les cas spécifiques de suspension de la garantie complémentaire santé de la Mutuelle, conformément au règlement mutualiste santé.

ARTICLE 18 : CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent pour chaque assuré, nonobstant les causes de cessation spécifiques à la garantie allocation obsèques, le jour où l'intéressé a perdu la qualité d'adhérent de la MCEN.

Chapitre 8

EFFET, DUREE, RECONDUCTION ET FIN DE L'ADHESION

ARTICLE 19 : PRISE D'EFFET ET RECONDUCTION DE LA GARANTIE

Les garanties prennent effet au moment de l'adhésion individuelle de l'assuré ou de son affiliation au contrat collectif santé souscrit par l'employeur. Les modalités de reconduction suivent celles du contrat santé auquel la garantie allocation obsèques est rattachée. Chaque année, l'assemblée générale de la MCEN est amenée à statuer sur la reconduction ou non des garanties, sur les conditions et modalités de leur reconduction ou sur leurs modifications.

Les décisions de l'assemblée générale sont portées à la connaissance des assurés.

Toute modification, selon les dispositions de l'article 9, prend effet au 1^{er} janvier de l'année civile.

ARTICLE 20 : NON RECONDUCTION DE LA GARANTIE

Le non-renouvellement des garanties par l'assemblée générale annuelle entraîne la fin de l'adhésion et la cessation de la garantie allocation obsèques.

La non-reconduction de la garantie est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

ARTICLE 21 : CESSATION DE LA GARANTIE ALLOCATION OBSEQUES

La garantie allocation obsèques cesse définitivement :

- le jour où l'assuré ne remplit plus les conditions exigées par le présent contrat pour bénéficier des prestations,
- le jour où le membre participant n'est plus affilié à la Mutuelle.

Chapitre 9

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 22 : PARTICIPATION AUX EXCEDENTS

La MCEN fait participer *les assurés*, dans des conditions fixées par *décret*, aux excédents techniques et financiers des opérations dépendant de la durée de la vie humaine qu'elle réalise.

ARTICLE 23 : RECLAMATION

Les réclamations visant le présent contrat ou son exécution peuvent être effectuées ainsi qu'il suit :

- par courriel : nlachaud@mcen.fr
- par lettre simple ou recommandée au nom de Nathalie LACHAUD, Service Réclamation, à l'adresse suivante : 22, rue de l'arcade 75397 PARIS CEDEX 08
- par téléphone directement auprès d'un responsable au siège de la Mutuelle : Nathalie LACHAUD 01.70.38.39.15

Quel que soit le sujet de la réclamation, le membre participant doit indiquer :

- la nature exacte de la réclamation ;
- le numéro du contrat ou le numéro d'adhérent concerné ;
- son adresse et son état civil complet (nom de famille et nom d'usage) ;
- ses date et lieu de naissance (ou ceux du ou des bénéficiaires concernés) ;
- toute autre référence portée à sa connaissance : numéro de compte, numéro de dossier en cours.

Il lui est également recommandé de joindre à sa réclamation la copie des documents nécessaires à la bonne compréhension de cette dernière, sans se démunir des originaux des pièces envoyées et en conservant une copie de ses demandes et des réponses qui lui sont faites.

ARTICLE 24 : MEDIATION

Si à l'issue de la procédure de réclamation une difficulté ou un désaccord persiste quant à l'application ou à l'interprétation du présent règlement, l'assuré a la possibilité de saisir le médiateur.

La mutuelle a fait le choix d'utiliser les services de :

Monsieur le Médiateur de la consommation
de la Mutualité Française
FNMF
255 rue Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15
Email : mediation@mutualite.fr.

Le médiateur peut être saisi par le membre participant ou son ayant-droit après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à la MCEN. Le règlement de la médiation de la consommation est disponible sur le site Internet du Médiateur de la Mutualité Française www.mediateur-mutualite.fr.

ARTICLE 25 : AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE

La MCEN est soumise au contrôle administratif de :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
4, place de Budapest – CS92459
75436 PARIS CEDEX 07 - France

ARTICLE 26 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Depuis le 25 mai 2018, le règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) est entré en application. Il a pour objectif de mieux protéger les personnes concernant le traitement de leurs données personnelles.

Les informations personnelles et nominatives concernant les assurés, recueillies par la Mutuelle, font l'objet d'un traitement automatisé nécessaire à l'exécution du contrat dont la finalité est de gérer l'adhésion, servir des prestations et proposer des garanties optionnelles à titre individuel.

Dans le cadre de l'application des dispositifs du code monétaire et financier, le recueil de certaines informations à caractère

personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Les données sont collectées et traitées par la MCEN et en tant que de besoin, par ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, la Mutuelle peut être amenée à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

Aucune information gérée par la Mutuelle ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

Le responsable du traitement est la Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire située 22, rue de l'Arcade 75397 PARIS Cedex 08.

Les personnels qui ont connaissance des informations données par l'assuré dans le cadre de la gestion du contrat sont tenues au secret professionnel en vertu de l'article L226-13 du Code pénal.

La durée de conservation des données personnelles après une résiliation du contrat ne pourra excéder dix ans.

Les données à caractère personnel détenues par la Mutuelle sont hébergées en France.

La Mutuelle met tout en œuvre pour sécuriser et préserver les données collectées.

En application de la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016, l'assuré ou son ayant-droit peut demander à accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, effacer, limiter le traitement, en demander la portabilité ou s'opposer à leur communication à un tiers. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier simple accompagné d'un justificatif d'identité à la MCEN, 22 rue de l'Arcade 75397 Paris Cedex 08 à l'attention de la Responsable de la Conformité chargée du droit d'accès.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I

Formation et objet de la Mutuelle

Article 1 - Dénomination

Il est constitué une Mutuelle dénommée « MUTUELLE DES CLERCS ET EMPLOYÉS DE NOTAIRE », par abréviation MCEN. La Mutuelle est une personne morale de droit privé à but non lucratif.

Elle est régie par les dispositions du livre II du code de la Mutualité et par les présents statuts.

La Mutuelle est immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 784 338 618.

Article 2 - Siège social

Le siège de la Mutuelle est situé à PARIS (huitième arrondissement) 22, rue de l'Arcade.

Il peut être transféré en tout autre endroit du même département ou d'un département limitrophe par une simple décision du Conseil d'administration sous réserve de ratification de cette décision par l'Assemblée Générale la plus proche, et partout en France, en vertu d'une délibération de l'Assemblée Générale prise dans les conditions de l'article 22 des présents statuts. Lors d'un transfert décidé par le Conseil, celui-ci est autorisé à modifier les statuts en conséquence.

Article 3 - Objet

La Mutuelle a pour objet :

- de mener, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par les présents statuts, afin de contribuer à leur développement culturel, moral, intellectuel et physique et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

- plus particulièrement, dans le cadre de l'activité prévue à l'article L.111-1 1° a) du code de la Mutualité, de servir à ses membres et leurs ayants droit les prestations complémentaires à celles versées par la Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaire (CRPCEN), régime spécial de sécurité sociale ayant son siège à Paris (8ème), 5bis rue de Madrid, et, éventuellement par tous régimes de base d'assurance maladie relevant d'une organisation de sécurité sociale.

A cet effet, la Mutuelle se propose :

- 1) de pratiquer en assurance directe toutes opérations couvrant les risques de dommages corporels liés à la maladie ou à des accidents, telles que définies au a du 1 de l'article L.111-1.1 du code de la Mutualité. La Mutuelle a reçu l'agrément de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution de réaliser les opérations relevant de :

- la branche 1 - Accidents
- la branche 2 - Maladie
- la branche 20 - Vie - décès

selon l'énumération définie à l'article R.211-2 du code de la Mutualité ;

- 2) d'assurer la prévention des risques de dommages corporels, mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires et sociales à titre accessoire et accessibles uniquement aux membres participants et à leurs ayants droit, lorsque la garantie découle directement de la garantie d'assurance à laquelle ils ont souscrit ;

- 3) de céder en réassurance tout ou partie des opérations qu'elle assure à tout organisme pratiquant la réassurance, et d'accepter en réassurance les opérations des branches pour laquelle elle a reçu l'agrément ;

- 4) de souscrire tout contrat ou convention auprès d'une Mutuelle ou union régie par le code de la Mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale ou du code rural, d'une entreprise régie par le code des assurances, dont l'objet d'assurer au profit de ses membres participants et de leurs ayants droit, la couverture des risques ou la constitution des avantages mentionnés à l'article L.111-1 du Code de la Mutualité ;

- 5) de contracter tout accord entrant dans le champ de l'article L.221-3 du code de la Mutualité ;

- 6) à la demande d'une autre Mutuelle ou d'une union de Mutuelles, de se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II du code de la Mutualité pour la délivrance de ces engagements ;

- 7) d'adhérer à toute union mutualiste, toute union de groupe mutualiste ou union mutualiste de groupe, toute société de groupe d'assurance Mutuelle (SGAM), tout groupement assurantiel de protection sociale (GAPS), toute société de groupe assurantiel de protection sociale (SGAPS), ainsi qu'à tout groupement dont les statuts prévoient l'ouverture à des organismes régis par le code de la Mutualité, par le code de la sécurité sociale, par le code rural ou le code des assurances ;

- 8) de participer à la création de Mutuelles en application de l'article L.111-3 du code la Mutualité ;

- 9) de confier tout ou partie de la gestion de ses opérations à des organismes créés à cette fin ;

- 10) de présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance en application de l'article L.110-1 du code de la Mutualité ;

- 11) de recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance ;

- 12) de déléguer de manière totale ou partielle, la gestion d'un contrat collectif en application de l'article L.116-3 du code de la Mutualité ;

- 13) de 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 ;

- 14) de créer ou de s'associer à une personne morale à but non lucratif, ou souscrire au capital de sociétés commerciales ou civiles, détenir des participations dans des sociétés commerciales ou civiles et être représentée au Conseil d'administration ou de surveillance de sociétés commerciales ou de gérance de sociétés civiles, concourant de par leur action à l'accomplissement et la réalisation de son objet social ;

- 15) et d'une manière générale, d'effectuer toutes opérations de quelque nature qu'elles soient se rattachant directement ou indirectement à l'objet social et susceptible d'en faciliter le développement ou la réalisation.

Article 4 - Règlement intérieur

Un règlement intérieur est établi par le Conseil d'administration. Il est approuvé par l'Assemblée Générale. Il détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tous les membres sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlements mutualistes ou contrats.

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

Article 5 - Règlements mutualistes

En application de l'article L.114-1 du code de la Mutualité, et concernant les opérations individuelles, un ou des règlements mutualistes adoptés par le Conseil d'administration définissent le contenu des engagements existants entre les membres participants ou honoraires et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 6 - Opérations collectives

Par dérogation à l'article 5, les droits et obligations résultant d'opérations collectives peuvent faire l'objet d'un contrat collectif entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

Article 7 - Respect de l'objet mutualiste

Les organes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L.111- 1 du code de la Mutualité et s'engagent à respecter les principes inscrits dans la charte de la Mutualité Française.

Article 8 - Protection des données personnelles

Les informations personnelles et nominatives concernant les assurés, recueillies par la Mutuelle, font l'objet d'un traitement automatisé nécessaire à l'exécution du contrat dont la finalité est de gérer l'adhésion, servir des prestations et proposer des garanties optionnelles à titre individuel.

Dans le cadre de l'application des dispositifs du code monétaire et financier, le recueil de certaines informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Les données sont collectées et traitées par la MCEN et en tant que de besoin, par ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, la Mutuelle peut être amené à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

Aucune information gérée par la Mutuelle ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

Le responsable du traitement est la Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire située 22, rue de l'Arcade 75397 PARIS Cedex 08.

Les personnels qui ont connaissance des informations données par l'assuré dans le cadre de la gestion du contrat sont tenues au secret professionnel en vertu de l'article L.226-13 du Code pénal.

La durée de conservation des données personnelles après une résiliation du contrat ne pourra excéder dix ans.

Les données à caractère personnel sont hébergées en France.

La Mutuelle met tout en œuvre pour sécuriser et préserver les données collectées.

En application de la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016, l'assuré ou son ayant-droit peut demander à accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, effacer, limiter le traitement, en demander la portabilité ou s'opposer à leur communication à un tiers. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier simple accompagné d'un justificatif d'identité à la MCEN, 22 rue de l'Arcade 75397 Paris Cedex 08 à l'attention de la Responsable de la Conformité chargée du droit d'accès.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

CHAPITRE II

Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

Section I - Conditions

Article 9 - Catégorie de membres

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

Membres honoraires

Les membres honoraires sont les personnes physiques qui payent une cotisation, verse une contribution, font des dons ou ont rendu des services équivalents à la Mutuelle, sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle.

Les membres honoraires peuvent également être des personnes morales ayant souscrit un ou des contrats collectifs auprès de la Mutuelle.

Le Conseil d'administration peut proposer à l'assemblée annuelle qu'il soit conféré à tout ancien Président qui aura exercé cette fonction pendant cinq années au moins le titre de Président d'Honneur et à tous ceux de ses membres qui auront siégé au Conseil pendant dix années au moins, le titre de membre d'honneur. Ils ont voix consultative dans les Assemblées Générales.

Membres participants

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient des prestations de la Mutuelle, à laquelle elles ont adhéré, et en ouvrent le droit à leurs ayants droit. Sont membres participants :

- les salariés des offices notariaux souscripteurs de contrats collectifs au sens de l'article 12 des présents statuts,

Peuvent être membres participants :

- les retraités de la profession notariale, bénéficiaires d'une pension retraite de la CRPCEN,
- les anciens salariés des offices notariaux,
- les ayants droit d'un membre participant décédé.

A leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants des Mutuelles sans l'intervention de leur représentant légal.

La Mutuelle ne peut instituer, en faveur de ses membres participants, aucun avantage particulier qui ne serait pas justifié par le revenu, la durée d'appartenance à la Mutuelle, le régime de sécurité sociale d'affiliation, le lieu de résidence, le nombre d'ayants droit ou l'âge des membres participants. Au niveau des prestations, la Mutuelle ne saurait instaurer de différences qu'en raison des cotisations payées, de la situation de famille des intéressés, ou du fait que le membre participant ou ses ayants droit

aient eu recours à un praticien, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel elle a conclu une convention relevant de l'article L.863-8 du code de la sécurité sociale.

Article 10 – Ayants droit

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la Mutuelle sans en être membres sont :

- le conjoint non-divorcé, ni séparé de corps,
- la personne signataire d'un PACS la liant à un membre participant,
- la personne entretenant des liens de concubinage notoire avec le membre participant,
- les enfants à charge des membres participants au sens du régime de base,
- les enfants âgés de moins de 28 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures entraînant leur affiliation à un régime de Sécurité Sociale des étudiants (jusqu'au 31 décembre de leur 28^{ème} anniversaire),
- les enfants âgés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de ne pas bénéficier de par ce contrat, d'un régime de même nature à adhésion obligatoire,
- les enfants âgés de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi au terme de leurs études, pendant une durée maximale d'un an,
- les enfants reconnus handicapés avant l'âge de 28 ans et percevant des allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées,
- les personnes considérées par le régime de base comme ayants droit desdits membres participants pour les prestations maladie.

Section II - Modalités d'adhésion

Article 11 - Adhésion individuelle

Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion par la signature d'un bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, et des droits et obligations définis par le ou les règlements mutualistes.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque membre participant.

Article 12 - Adhésion collective

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

La qualité de membre de la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur et la Mutuelle, et ce, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles rendant obligatoire cette adhésion.

Section III - Démission, radiation, exclusion

Article 13 - Démission

La démission est donnée par écrit.

La renonciation par le membre participant à la totalité des prestations servies par la Mutuelle, entraîne la démission de la Mutuelle et la perte de sa qualité membre dans les conditions et formes prévues aux règlements mutualistes et contrats collectifs.

Article 14 - Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions d'admission prévues aux présents statuts.

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues par le code de la Mutualité en cas de défaut de paiement des cotisations ou de changement dans la situation du membre participant modifiant le risque au titre duquel il est assuré dans les conditions de l'article L.221-17.

Les radiations sont prononcées par le Conseil d'administration.

Article 15 - Exclusion

Sous réserve des dispositions propres aux Mutuelles du livre II du code de la Mutualité, peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour l'un de ces motifs est convoqué devant le Conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'administration.

Article 16 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf dans les cas prévus à l'article L.221-17 du code de la Mutualité.

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

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I

Assemblée générale

Section I - Composition et élections

Article 17 - Composition de l'Assemblée Générale

Tous les membres de la Mutuelle sont répartis en collèges.

La composition des collèges est fixée par le Conseil d'Administration selon le Règlement intérieur de la Mutuelle.

L'Assemblée Générale est composée des délégués élus dans chaque collège, ces derniers sont constitués comme suit :

- Collège « Participants », composé des membres participants ayant adhéré à un contrat collectif obligatoire d'entreprise et des membres participants ayant souscrit un contrat individuel,
- Collège « Honoraires », composé des membres honoraires de la mutuelle.

Article 18 - Modalités de vote

Les membres participants et honoraires de chaque collège électoral élisent parmi eux les délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Les délégués sont élus pour une durée de 6 ans, leur mandat est renouvelable. Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée Générale. Les délégués peuvent se faire représenter à l'Assemblée Générale par un mandataire. Le mandataire doit obligatoirement avoir la qualité de délégué de la Mutuelle. Le mandataire doit être muni d'un pouvoir signé du mandant précisant nom et prénom usuel et domicile.

Chaque délégué ne peut être porteur de plus de trois pouvoirs, ce qui porte à un maximum de quatre le nombre de voix dont peut disposer un délégué lors de l'Assemblée Générale, étant précisé que le mandataire ne peut transmettre ce pouvoir à un autre délégué.

La perte de la qualité de membre de la Mutuelle entraîne celle de délégué.

Les élections de délégués ont lieu par correspondance ou par vote électronique selon le mode de scrutin suivant : scrutin uninominal majoritaire à un tour dans les conditions prévues par le règlement intérieur.

Pour voter comme pour être délégué, le membre doit être à jour du paiement de ses cotisations.

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

Les candidatures à la fonction de délégués doivent être adressées au siège social de la Mutuelle dans les conditions fixées par le règlement intérieur.

Les délégués élus dans les collèges ne peuvent pas être salariés de la Mutuelle.

Les délégués élus dans les collèges ne peuvent recevoir, à l'occasion de l'exercice de leur mandat, de rémunération ou avantage.

Article 19 – Délégués suppléants

Les candidats non élus délégués titulaires ayant obtenu, dans leur collège, le plus grand nombre de voix sont désignés délégués suppléants.

Article 20 – Vacance d'un siège de délégué

Au cas où un siège de délégué ne pourrait être pourvu faute de candidat, sur décision du Conseil d'Administration, il peut être procédé avant la prochaine Assemblée Générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué titulaire qui achève le mandat de son prédécesseur.

Article 21 - Empêchement

Le délégué titulaire empêché d'assister à l'Assemblée Générale est remplacé dans ses fonctions par un délégué suppléant.

Section II - Réunion de l'Assemblée Générale

Article 22 - Convocations

Convocation annuelle obligatoire : l'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'administration.

A défaut, le président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Autres convocations : l'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le Conseil,
- le(s) commissaire(s) aux comptes,
- l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du code de la Mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- le(s) liquidateur(s).

A défaut, le président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 23 - Modalités de convocation de l'Assemblée Générale

La convocation des Assemblées Générales est faite dans les conditions et délais fixés par décret.

Le délai entre la date de convocation à l'Assemblée Générale et la date de tenue de celle-ci est d'au moins quinze jours calendaires sur première convocation et d'au moins six jours calendaires sur deuxième convocation.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée Générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Article 24 - Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois un quart des délégués peut requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution dans les conditions définies à l'article L. 114-8 et au décret D. 114-6 du Code de la mutualité et les faire parvenir par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, au Président du Conseil d'administration, au moins cinq jours avant la date de réunion.

Ces projets de résolution sont inscrits à l'ordre du jour et soumis au vote de l'assemblée.

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

Article 25 - Compétences de l'Assemblée Générale

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

Elle statue sur :

- les modifications des statuts ;
- les activités exercées ;
- l'existence et le montant des droits d'adhésion ;
- le montant du fonds d'établissement ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la Mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2 du code de la Mutualité ;
- l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou une fédération, la fusion avec une autre Mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que sur 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 titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 et L.221-19 du code de la Mutualité ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant 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 établis conformément à l'article L.212-7, ainsi que sur le rapport de gestion du groupe établi conformément à l'article L.114-17 ;
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L.114-34 ;

- le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre Mutuelles ou unions régies par les livres II et III du code auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 ;

- le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-3 ;
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée Générale décide également de :

- 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 délégations de pouvoirs prévues aux présents statuts ;
- les apports faits aux Mutuelles créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la Mutualité.

Article 26 - Quorum et vote

26.1. Assemblée Générale extraordinaire

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, la nature des prestations, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées aux II de l'article L.221 2 du Code de la mutualité et les règles générales en matière d'opérations collectives, mentionnées au III de l'article L.221-2 du Code de la mutualité, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée générale de la Mutuelle ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents, représentés, ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique dans les conditions prévues par l'article L.114-13, est au moins égal à la moitié du total de délégués.

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

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués présents et représentés ou des suffrages exprimés.

26.2. Assemblée Générale ordinaire

Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées au 26.1 du présent article, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique dans les conditions prévues par les paragraphes 26.3, 26.4 et 26.5 du présent article, est au moins égal au quart du total de délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde Assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L.114-13 du Code de la mutualité.

26.3. Vote par correspondance

Tout délégué peut voter par correspondance selon les conditions et modalités fixées par les dispositions législatives et réglementaires et plus particulièrement l'article L.114-13 du code de la Mutualité.

Un formulaire de vote par correspondance indiquant la date de l'Assemblée Générale est joint à la convocation. Il indique les

questions sur lesquelles les délégués sont invités à se prononcer ainsi que, le cas échéant, les nom et prénom de chaque candidat aux fonctions d'administrateurs, avec le nombre de sièges à pourvoir.

Le formulaire de vote par correspondance permet à chaque délégué utilisant cette faculté d'exprimer sur chaque projet de résolution un vote favorable ou défavorable à son adoption ou sa volonté de s'abstenir. Le formulaire de vote par correspondance doit parvenir à la Mutuelle au plus tard 48 heures avant la date de l'Assemblée Générale, et vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Pour un délégué le fait de voter par correspondance exclut de voter par procuration.

26.4. Vote par procuration

Tout délégué de l'Assemblée Générale peut voter par procuration. Le vote par procuration s'exerce selon les conditions et modalités fixées par les dispositions législatives et réglementaires du code de la Mutualité.

26.5. Vote par voie électronique

Tout délégué de l'Assemblée générale peut voter pour l'ensemble des résolutions de l'Assemblée générale par Internet, lorsque le dossier de vote permet cette faculté.

Le vote par Internet s'exerce selon les conditions et modalités précisées dans le dossier d'Assemblée générale, par l'intermédiaire d'un éditeur spécialisé indépendant.

Pour un délégué le fait de voter par voie électronique exclut de voter par correspondance ou par procuration.

Article 27 - Force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à tous ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au code de la Mutualité. Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants dans les conditions éventuellement prévues aux règlements mutualistes.

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

CHAPITRE II

Conseil d'administration

Section I - Composition et élections

Article 28 - Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration composé de dix (10) administrateurs au minimum et de vingt-cinq (25) au maximum.

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

Le Conseil d'administration sera composé en recherchant une représentation de femmes et d'hommes conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeant ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du code de la Mutualité.

Article 29 - Présentation des candidatures

Les déclarations de candidatures aux fonctions d'administrateurs doivent être adressées au siège social de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception reçue trois mois au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

Article 30 - Conditions d'éligibilité et limite d'âge

Pour être éligible au Conseil d'administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans révolus,
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du code de la Mutualité,
- posséder l'honorabilité et la compétence ainsi que l'expérience nécessaire à leur fonction.

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, sauf lorsque la Mutuelle est composée majoritairement de retraités.

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. Toutefois 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 31 - Incompatibilités

Un administrateur ne peut appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de Mutuelles, unions et fédérations. Le président du Conseil d'administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur dont au plus deux mandats de président du Conseil d'administration d'une fédération, d'une Mutuelle ou d'une union. Dans le décompte des mandats, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les Mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4.

Toute personne qui, lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec ces dispositions doit, dans les trois mois de sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats. A l'expiration de ce délai, elle est réputée s'être démise de son mandat le plus récent, sans que soit, de ce fait, remise en cause la validité des délibérations auxquelles elle a pris part.

Article 32 - Modalités de l'élection

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'administration sont élus à bulletins secrets par les délégués de la manière suivante :

- nul n'est élu au premier tour du scrutin s'il n'a réuni la majorité absolue des suffrages exprimés.
- au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative. Dans le cas où plusieurs candidats obtiendraient un nombre égal de suffrages, l'élection serait acquise au plus âgé.

Article 33 - Durée du mandat

Les membres du Conseil d'administration sont élus pour une durée de 6 ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

Les membres du Conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 29 des présents statuts ;
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du code de la Mutualité relatif au cumul, ils présentent alors leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article ;
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la Mutualité.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Article 34 - Renouvellement

Le renouvellement du conseil a lieu par moitié tous les 3 ans. Les membres sortants sont rééligibles.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection au terme de la 3^{ème} année suivante.

Article 35 - Vacance

En cas de vacance en cours de mandat liée à un décès, à une démission, à la perte de 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 L.612-23-1 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 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.

Toutefois, dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale est convoquée par le président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

Section II - Réunions du Conseil d'administration

Article 36 - Réunions

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins 4 fois par an.

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 calendaires au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Le président peut inviter des personnes extérieures à assister à tout ou partie des réunions du Conseil d'administration, qui délibère alors sur cette présence. Les administrateurs, ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président ou les dirigeants.

Article 37 - Délibérations

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

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

La voix du président est prépondérante en cas de partage égal des voix conformément à l'article L.114-20 du Code de la mutualité.

Sont réputés présents, sous réserve de l'alinéa suivant, les administrateurs qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective, sauf lorsque le conseil d'administration est réuni pour procéder à l'arrêté des comptes ou à l'adoption de rapport, rapport de gestion, rapport sur l'évaluation interne des risques et de la solvabilité et des rapports sur la solvabilité et la situation financière (RSR et SFCR). Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Ne seront pas réputés présents dans les conditions mentionnées au précédent alinéa, nonobstant la nature des décisions, les administrateurs ayant participé à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication à trois reprises consécutives, ou lorsque plus d'un tiers des administrateurs participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication, ou lorsque la moitié des administrateurs s'opposent, en raison de l'objet de la décision en cause, à retenir la présence d'un administrateur devant participer à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication, notamment dans les cas mentionnés à l'alinéa suivant.

Le Conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du président ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

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

Section III – Attributions du Conseil d'administration

Article 38 - Compétences du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.

Le Conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

Le Conseil d'administration met en place un système de gouvernance garantissant une gestion saine et prudente de l'activité de la Mutuelle et faisant l'objet d'un réexamen interne régulier, conformément à l'article L.211-12 du code de la Mutualité.

A cet effet, le Conseil d'administration désigne notamment les responsables des fonctions clés prévues par l'article L.211-12 du code de la Mutualité. Il élabore les politiques écrites relatives à la gestion des risques, au contrôle interne, à l'audit interne, et le cas échéant, à l'externalisation mentionnée au 13 de l'article L.310-3 du code des assurances, et veille à la mise en œuvre de ces politiques.

Le Conseil d'administration prend des dispositions permettant d'assurer la continuité et la régularité dans l'exercice des activités de la Mutuelle, et met en œuvre, à cette fin, des dispositifs, des ressources et des procédures appropriés et proportionnés.

Le Conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la mutualité et des opérations collectives, mentionnées au III de l'article L.221-2 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.

A la clôture de chaque exercice, le Conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte :

a) des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du code de commerce ;

b) de la liste des organismes avec lesquels la Mutuelle établit des comptes consolidés ou combinés ;

c) de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114-26 ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'Assemblée Générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versées à chaque administrateur ;

d) de l'ensemble des rémunérations versées au dirigeant opérationnel ;

e) de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la Mutuelle, union ou fédération ;

f) des transferts financiers entre Mutuelles et unions ;

g) des informations mentionnées au cinquième alinéa de l'article L.225-102-1 du code de commerce lorsque les conditions prévues au sixième alinéa du même article sont remplies. Ces informations font l'objet d'une vérification par un organisme tiers indépendant, dans les conditions prévues au même article. Les Mutuelles ou unions ne sont pas tenues de publier ces informations lorsque celles-ci sont publiées dans le rapport mentionné à l'alinéa suivant de manière détaillée et individualisée par Mutuelle ou union, et que ces Mutuelles ou unions indiquent comment y accéder dans leur propre rapport de gestion.

Le Conseil d'administration rend compte à l'Assemblée Générale des décisions prises en matière de fixation des montants et taux de cotisations et des prestations.

Le Conseil d'administration établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, lorsque la Mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L.212-7 du code de la Mutualité, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée Générale.

La compétence du Conseil d'administration s'étend à tous actes et décisions qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale par la loi et par les présents statuts.

Article 39 - Délégations d'attributions par le Conseil d'administration

Le Conseil d'administration peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs au bureau, au président, au dirigeant opérationnel, à un ou plusieurs administrateurs, à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion.

Il est notamment créé :

- un Comité financier,
- un Comité innovation, développement et communication,
- un Comité des rémunérations,
- un Comité d'action sociale.

Le dirigeant opérationnel est membre de droit de toutes les commissions.

Les délégations données par le Conseil d'administration font l'objet d'une décision de celui-ci et sont annexées au procès-verbal de la réunion.

Le Conseil d'administration peut constituer un comité de gestion technique composé de membres de la Mutuelle, dont une moitié au moins d'administrateurs, pour l'assister dans la gestion des opérations d'assurance. Il peut à cet effet lui donner des délégations de compétences.

Article 40 - Nomination et rôle du dirigeant opérationnel

Le Conseil d'administration, sur proposition du président, nomme, en dehors de ses membres, un dirigeant opérationnel, qui ne peut être un administrateur, auquel il confère, dans les conditions et formes prévues à l'article 38 des présents statuts, les pouvoirs nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

Le Conseil d'administration peut mettre fin, à tout moment aux fonctions du dirigeant opérationnel, sous réserve de ses droits inhérents à sa qualité suivant la même procédure.

La nomination est notifiée à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Le dirigeant opérationnel assiste de plein droit à toutes les réunions du Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel.

Dans le cadre de ses délégations de pouvoirs, le dirigeant opérationnel dirige effectivement la Mutuelle, au sens de l'article R.211-15 du code de la Mutualité, aux côtés du président du Conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel rend compte, une fois par an, au Conseil d'administration, des actions menées dans le cadre des délégations de pouvoirs.

Le dirigeant opérationnel soumet à l'approbation du Conseil d'administration les procédures définissant les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions mentionnées à l'article L.211-12 du code de la Mutualité peuvent informer directement ou indirectement et de leur propre initiative, le Conseil d'administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Le dirigeant opérationnel exerce ses attributions dans le respect des orientations définies par le Conseil d'administration et sous son contrôle.

Avec l'autorisation du Conseil d'administration, le dirigeant opérationnel peut, sous son contrôle et sa responsabilité établir toute subdélégation de pouvoir à un salarié de la Mutuelle pour des objets déterminés et précis. Il doit en informer le Conseil d'administration.

Section IV - Statut des administrateurs

Article 41 - Indemnités

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Cependant, l'Assemblée Générale peut décider d'allouer une indemnité au président du Conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions définies par l'article L.114-26 du code de la Mutualité.

Article 42 - Remboursement des frais aux administrateurs

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le code de la Mutualité.

Article 43 - Situations et comportements interdits

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, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L.114-26 du code de la Mutualité.

Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations de ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération 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 de celle-ci pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

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

Article 44 - Obligations des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

Les personnes appelées à diriger la Mutuelle, ou à y exercer des fonctions clés mentionnées à l'article L.211-12 du code de la Mutualité doivent posséder l'honorabilité et la compétence ainsi que l'expérience nécessaire à leur fonction.

Les administrateurs sont tenus de faire connaître les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre Mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.

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

Article 45 - Existence de conventions

45.1. Conventions réglementées : autorisation préalable du Conseil d'administration

Toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou 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.

La décision du Conseil d'administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du Conseil d'administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

Il en est de même des conventions auxquelles un administrateur ou un 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, dirigeant opérationnel 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 et toute personne morale appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L.212-7 du code de la Mutualité.

Sans préjudice de la responsabilité de l'administrateur ou du dirigeant opérationnel intéressé, les conventions mentionnées à l'article L.114-32 et conclues sans autorisation préalable du Conseil d'administration peuvent être annulées si elles ont eu des conséquences dommageables pour l'organisme.

L'action en nullité se prescrit par trois ans à compter de la date de la convention. Toutefois, si la convention a été dissimulée, le point de départ du délai de la prescription est reporté au jour où elle a été révélée.

La nullité peut être couverte par un vote de l'Assemblée Générale intervenant sur rapport spécial des commissaires aux comptes exposant les circonstances en raison desquelles la procédure d'autorisation n'a pas été suivie. Le ou les intéressés ne prennent pas part au vote.

45.2. Conventions sur opérations courantes autorisées : 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, 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 des conditions fixées par décret.

45.3. 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 et 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.

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 dirigeants.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes mentionnées au présent article ainsi qu'à toute personne interposée.

Article 46 - Responsabilités des administrateurs

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. L'action en responsabilité contre les administrateurs, à titre individuel ou collectif, se prescrit par trois ans, à compter du fait dommageable ou, s'il a été dissimulé, de sa révélation.

CHAPITRE III

Président et bureau

Section I - Elections et missions du président

Article 47 - Election et révocation

Le Conseil d'administration élit parmi ses membres un président. Il peut à tout moment être révoqué par celui-ci.

Le président est élu à la majorité des suffrages exprimés et à bulletin secret pour une durée de 3 ans.

L'élection du président a lieu au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale. Il est rééligible.

Article 48 - Vacance

En cas de décès, de démission, de révocation, ou de perte de la qualité de membre participant du président ou de cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier, il est pourvu à son

remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection, pour la durée du mandat restant à courir.

Le conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le premier vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Dans l'intervalle, les fonctions de président qui ne relèvent pas des missions propres au dirigeant effectif sont remplies par le premier vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables également en cas d'absence, d'empêchement temporaire ou définitif du président.

Article 49 - Missions

Le président du Conseil d'administration :

- dirige effectivement la Mutuelle, aux côtés du dirigeant opérationnel, au sens de l'article L.211-13 du Code de la Mutualité ;
- organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale ;

- informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application des articles L.612-30 et suivants du code monétaire et financier ;

veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées ;

- convoque le Conseil d'administration et établit l'ordre du jour de la réunion ;

- donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées ;

- engage les dépenses ;

- représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

- est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Il pourra déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, et avec l'autorisation du Conseil d'administration, tout ou partie de ses pouvoirs au dirigeant opérationnel de la Mutuelle, à un salarié, ou à un administrateur.

Toutefois, le pouvoir d'engager les dépenses ne peut être délégué par le président qu'au dirigeant opérationnel.

Dans ses rapports avec les tiers, le président engage la Mutuelle même par les actes qui ne relèvent pas de son objet social, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances.

Section II - Elections et composition du bureau

Article 50 - Composition

Il est créé, au sein du Conseil d'administration, un bureau composé de la façon suivante :

- le président du Conseil d'administration,
- le 1^{er} vice-président,
- le 2^{ème} vice-président,
- un secrétaire, un secrétaire adjoint,
- un trésorier,
- et un trésorier adjoint.

Article 51 - Election

Les membres du bureau, autres que le président du Conseil d'administration, sont élus, à bulletins secrets, pour un an par le Conseil d'administration, en son sein, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale annuelle.

Les candidatures aux fonctions de membre du bureau sont adressées par pli recommandé avec avis de réception à la Mutuelle,

trente jours calendaires au moins avant la date de l'élection. Les membres sortants sont rééligibles.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrage, l'élection est acquise au plus âgé. Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'administration.

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

Article 52 - Réunions et délibérations

Le bureau se réunit sur convocation du président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

Il prépare les travaux du Conseil d'administration et assiste le président dans ses fonctions. La convocation est envoyée aux membres du bureau cinq jours francs au moins avant la réunion, sauf en cas d'urgence.

Le bureau ne délibère valablement que si la moitié de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président de séance est prépondérante.

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

Article 53 - Les vice-présidents

Le ou les vice-présidents secondent le président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes les fonctions, autres que celles de dirigeant effectif.

En cas de pluralités de vice-présidents, le Conseil d'administration définit leur ordre de suppléance.

Article 54 - Le secrétaire

Le secrétaire est responsable des convocations, de la rédaction des procès-verbaux des réunions des assemblées générales, du Conseil d'administration et du bureau, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des membres de la Mutuelle.

Le secrétaire pourra déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, et avec l'autorisation du Conseil d'administration, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent au dirigeant opérationnel de la Mutuelle ou à des salariés, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 55 - Le secrétaire adjoint

Le secrétaire adjoint seconde le secrétaire.

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

Article 56 - Le trésorier

Le trésorier prépare et soumet à la discussion du Conseil d'administration :

- les comptes annuels et les documents, états et tableau s'y rattachant,
- le rapport prévu au paragraphe m) et le plan prévu au paragraphe n) de l'article L.114-9 du code de la Mutualité,
- les éléments visés aux paragraphes a), c), d), et f) ainsi qu'aux deux derniers alinéas de l'article L.114-17 du code de la Mutualité,
- et le rapport synthétique et annuel sur la situation financière de la Mutuelle qu'il présente à l'Assemblée Générale.

Article 57 - Le trésorier adjoint

Le trésorier adjoint seconde le trésorier.

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

CHAPITRE IV

COMITE D'AUDIT ET DES RISQUES

Article 58 - Comité d'audit et des risques

Le Conseil d'administration désigne pour un mandat de trois ans renouvelable un comité d'audit et des risques composé de 10 personnes au plus.

Le président du comité d'audit et des risques dispose d'une voix prépondérante.

Le Conseil d'administration détermine les missions de ce comité, ses moyens d'investigation et les modalités selon lesquelles il rend compte de ses travaux au Conseil.

Sans préjudice des compétences des organes chargés de l'administration et de la direction, le comité d'audit veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi conformément aux articles L.114-17-1 et L.212-3-2 du code de la Mutualité.

CHAPITRE V

ORGANISATION FINANCIERE

Section I Produits et charges

Article 59 - Comptes annuels et exercice social

Il est tenu une comptabilité régulière des opérations de la Mutuelle et conforme au plan comptable des Mutuelles.

L'exercice social commence le premier janvier et se termine le trente et un décembre.

A la clôture de chaque exercice, le Conseil d'administration dresse l'inventaire des divers éléments d'actif et du passif existant à cette date.

Article 60 - Produits

Les recettes de la Mutuelle comprennent :

- les droits d'admission et les cotisations des membres participants, de leurs affiliés et des membres honoraires ;
- les versements des membres participants, honoraires, donateurs et bienfaiteurs ;
- les dons et legs dont l'acceptation a été approuvée par l'autorité compétente ;
- les subventions accordées à la Mutuelle par les collectivités publiques, les organismes professionnels ou sociaux du Notariat, les groupements privés ou les particuliers ;
- les intérêts des fonds placés ou déposés ;
- le produit des fêtes, collectes et autres, organisées au profit de la Mutuelle ;
- les versements pour frais de gestion ;
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités de la Mutuelle, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

Article 61 - Charges

Les dépenses comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants ainsi qu'à leurs affiliés ;
- les frais nécessités par l'organisation et la gestion des œuvres et services éventuellement créés par la Mutuelle ;
- les éventuels versements faits aux unions, fédérations ou autres groupements et organismes de toute nature ;
- les frais de gestion et dépenses nécessités par l'activité de la Mutuelle ;

- la participation aux dépenses de fonctionnement des Comités départementaux et régionaux de Coordination ;
- les cotisations éventuelles versées à un fonds de garantie fédéral ou national, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
- plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités de la Mutuelle.

Article 62 - Habilitations

Les dépenses de la Mutuelle sont engagées par les ordonnateurs habilités par le Conseil d'administration.

Les paiements sont réalisés par les payeurs habilités par le Conseil d'administration qui s'assurent préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la Mutuelle.

Section II - Règles de sécurité financière

Article 63 - Marge de solvabilité

La Mutuelle dispose pour l'ensemble des opérations qu'elle assure d'une marge de solvabilité calculée et constituée conformément à la réglementation applicable aux Mutuelles soumises aux dispositions du livre II du code de la Mutualité.

Article 64 - Adhésion à la FNMF

La Mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Section III - Commissaires aux comptes

Article 65 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L.114-38 du code de la Mutualité, l'Assemblée Générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du code de commerce. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution est saisie pour avis de toute proposition de désignation ou de renouvellement du mandat des commissaires aux comptes dans des conditions fixées par décret.

Le président convoque le commissaire aux comptes à toute Assemblée Générale.

Le commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée Générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur ;
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration ;
- prend connaissance de l'avis donné par le président du Conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du code de la Mutualité ;
- établit et présente à l'Assemblée Générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du code de la Mutualité ;
- fournit à la demande de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- porte à la connaissance du Conseil d'administration et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le code de commerce ;
- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission ;

- signale dans les meilleurs délais à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tout fait ou décision concernant la personne soumise à son contrôle dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur mission, de nature :

- 1° à constituer une violation des dispositions législatives ou réglementaires qui lui sont applicables et susceptibles d'avoir des effets significatifs sur sa situation financière, sa solvabilité, son résultat ou son patrimoine ;
- 2° à porter atteinte à la continuité de son exploitation ;
- 3° à imposer l'émission de réserves ou le refus de la certification de ses comptes.

Il joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une Mutuelle ou d'une union relevant du livre III du code de la Mutualité.

Section IV - Fonds d'établissement

Article 66 - Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est destiné à faire face, dans les limites fixées par le programme d'activité prévu aux articles L.321-10 et L.321-10-1 du code des assurances, aux dépenses des cinq premiers exercices et à garantir les engagements de la Mutuelle.

Le fonds d'établissement est de 381.100 euros au moins lorsque la Mutuelle pratique des opérations relevant à la fois du a et du b du 1° du I de l'article L.111-1 du code de la Mutualité.

Son montant pourra être augmenté par la suite, selon les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions de l'article 24 des présents statuts sur proposition du Conseil d'administration.

Section V - Fonds de développement

Article 67 - Fonds de développement

Un fonds de développement pourra être constitué afin de procurer à la Mutuelle les éléments de solvabilité nécessaires pour satisfaire à la réglementation en vigueur.

Ce fonds est alimenté par des emprunts en vue de financer un plan d'amélioration de l'exploitation ou un plan de développement à moyen ou long terme.

TITRE III - INFORMATION DES ADHERENTS

Article 68 - Etendue de l'information

La Mutuelle met à disposition de tous ses membres les documents nécessaires pour leur permettre de se prononcer en connaissance de cause et de porter un jugement sur la gestion et le contrôle de la Mutuelle. La nature de ces documents ainsi que les conditions de mise à disposition sont déterminées par la loi et les règlements en vigueur.

TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 69 - Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale.

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 et qui jouiront des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif, sous réserve des pouvoirs dévolus par les statuts et par la loi à l'Assemblée Générale.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

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 net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale à d'autres Mutuelles ou unions ou au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes mentionné à l'article L.421-1 du code de la Mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du code de la Mutualité.

A défaut de dévolution, par l'Assemblée Générale ayant prononcé la dissolution, de l'excédent de l'actif net sur le passif, celui-ci est affecté au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du code de la Mutualité.

Article 70 - Subrogation

Conformément à l'article L.224-9 du code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L.224- 8 du même code, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut prétendre au remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'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, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage(nt) à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

Article 71 - Fonds social

La Mutuelle gère un fonds social destiné à intervenir auprès des adhérents et de leurs ayants droit en difficulté, confrontés à des dépenses médicales ou paramédicales, ou à une situation financière difficile.

Ce fonds est alimenté par dotation décidée en Assemblée Générale.

Un règlement du fonds social peut être établi par le Conseil d'administration.

Article 72 - Loi applicable

Les présents statuts sont établis conformément aux dispositions du code de la Mutualité.

La loi applicable pour toute contestation liée à l'application ou à l'interprétation des statuts ou des règlements est la loi française.

Toutefois, conformément à l'article L.225-5 du code de la Mutualité, le juge peut donner effet sur le territoire français aux dispositions d'ordre public de la loi de l'Etat membre de la communauté européenne ou de l'Etat partie à l'accord où le risque est situé ou qui impose l'obligation d'assurance, si, selon le droit de ces pays, ces dispositions sont applicables quelle que soit la loi régissant le contrat.

Lorsque le risque est situé sur le territoire de la République Française, et que le souscripteur n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, la Mutuelle et le souscripteur peuvent choisir d'appliquer la loi du pays où le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction.

1- En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation

1.1 - Aide-ménagère

Si vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 2 jours ou immobilisé au domicile plus de 5 jours, de façon imprévue, suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ou êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon programmée suite à un accident ou une maladie, IMA organise et prend en charge la venue au domicile d'une aide-ménagère qui a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales, dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 30 jours.

1.2 - Présence d'un proche au chevet du patient bénéficiaire

Si vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 2 jours ou immobilisé au domicile plus de 5 jours, de façon imprévue, à la suite d'un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ou êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon programmée à la suite d'un accident ou une maladie, IMA organise et prend en charge, en France, le déplacement aller-retour d'un proche.

IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

1.3 - Services de proximité

Vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 2 jours ou immobilisé au domicile plus de 5 jours, de façon imprévue, à la suite d'un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ou êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon programmée à la suite d'un accident ou une maladie.

1.3.1 - Livraison de médicaments

Lorsque ni l'adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

1.3.2 - Portage de repas

Lorsque l'adhérent ou son conjoint immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours n'est pas en mesure de préparer lui-même ses repas ou de les faire préparer par son entourage, IMA organise et prend en charge une livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas (sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit déjeuner est exclu de la garantie) répartie sur un mois.

Notre solution de portage de repas permet au bénéficiaire, lors de sa commande, de trouver une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge du bénéficiaire.

1.3.3 - Portage d'espèces

Lorsque l'adhérent ou son conjoint, ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA organise et prend en charge :

- Un transport aller/retour dans un établissement bancaire,
- Ou le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai d'un mois.

1.3.4 - Livraison de courses

Lorsque ni l'adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses, IMA prend en charge les frais de livraison d'une commande par semaine. Les frais de livraison seront remboursés à l'adhérent sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

1.3.5 - Coiffure à domicile

Lorsque l'adhérent ou son conjoint a besoin de soin de coiffure, IMA organise le déplacement d'un coiffeur au domicile. La prise en charge est limitée à un seul déplacement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

2- Garanties complémentaires en cas d'hospitalisation

2.1 - Transfert & garde d'animaux domestiques

Si vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 2 jours, de façon imprévue ou programmée, IMA organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux domestiques vivant au domicile, dans la limite de 30 jours.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

2.2 - Fermeture du domicile quitté en urgence

Si vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon imprévue à la suite d'un accident ou une maladie soudaine et imprévisible et en l'absence d'un proche présent localement, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 heures afin

de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette prestation comprend :

- La fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets...
- La fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques...
- Le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo...

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA intervient dans les 24 heures à la suite de la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

2.3 - Préparation du retour au domicile

Si vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 14 jours de façon imprévue ou programmée et en l'absence d'un proche présent localement, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette prestation comprend :

- La réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,
- La mise en température du chauffage du logement,
- Le ménage,
- Les courses, le coût des courses demeurant à la charge de l'adhérent.

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA intervient dans les 24 heures à la suite de la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie du bénéficiaire et sous réserve qu'il ait été missionné 48 heures avant la sortie de l'hôpital, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

2.4 - Transfert post-hospitalisation chez un proche

Si vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 2 jours, de façon imprévue ou programmée, IMA organise et prend en charge, en France, le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1ère classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 euros par trajet aller/retour.

3-Garanties complémentaires en cas d'immobilisation

3.1 - Transport aux rendez-vous médicaux

Si vous ou votre conjoint êtes immobilisé plus de 5 jours de façon imprévue à la suite d'un accident ou une maladie soudaine et imprévisible et lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA organise et prend en charge, dans les 30 jours suivants l'immobilisation, un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

4 - Les plus famille

4.1 - Prise en charge des enfants, petits-enfants (<16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

Si vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 24 heures ou immobilisé au domicile plus de 5 jours, de façon imprévue, suite

à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ou êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon programmée à la suite d'un accident ou une maladie, IMA organise et prend en charge les garanties suivantes :

4.1.1 - Le déplacement d'un proche*

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les enfants ou petits-enfants au domicile.

4.1.2 - Le transfert des enfants ou petits-enfants*

Le voyage aller et retour en France des enfants ou petits-enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants ou petits-enfants par l'un de ses prestataires.

4.1.3 - La garde des enfants ou petits-enfants*

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

** Les garanties « déplacement d'un proche », « transfert des enfants » et « garde des enfants » ne sont pas cumulables.*

4.1.4 - La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants ou petits-enfants

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour

par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

4.1.5 - La conduite aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 4 semaines maximum.

4.2 - Garanties complémentaires pour les enfants, petits-enfants (<16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

4.2.1 - L'aide aux devoirs

Si vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 48 heures ou immobilisé au domicile plus de 5 jours, de façon imprévue, suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ou êtes hospitalisé plus de 48 heures de façon programmée suite à un accident ou une maladie, IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique au domicile auprès des enfants du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématique, français, SVT, physique/ chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), à raison de 2 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 4 semaines.

4.3 - Garanties complémentaires pour les enfants

4.3.1 - Soutien scolaire chez un proche en cas d'hospitalisation d'un parent pour les enfants, petits-enfants (sans limite d'âge)

Si vous ou votre conjoint êtes hospitalisé plus de 48 heures, de

façon imprévue ou programmée et en cas de transfert de l'enfant chez un proche éloigné géographiquement de l'école, empêchant la poursuite des cours, IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique de l'enfant du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématique, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), au domicile du proche, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable par foyer, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation et sur une période maximale de 4 semaines.

4.3.2 La garde des frères et sœurs

Si votre enfant est hospitalisé plus de 2 jours, de façon imprévue ou programmée, IMA organise et prend en charge la garde des autres enfants, lorsque aucun proche ne peut l'assumer, par :

- Le déplacement aller et retour en France d'un proche,
- Ou s'il y a lieu, leur garde au domicile par un intervenant habilité. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.

4.4 - Prise en charge des enfants et petits-enfants (<16ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

4.4.1 - La présence d'un proche au chevet*

Si votre enfant est hospitalisé plus de 24 heures ou immobilisé au domicile plus de 5 jours, de façon imprévue, à la suite d'un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ou est hospitalisé plus de 2 jours de façon programmée à la suite d'un accident ou une maladie, IMA organise et prend en charge le déplacement aller et retour en France, d'un proche au chevet de l'enfant.

4.4.2 - La garde des enfants*

Si votre enfant est hospitalisé plus de 24 heures ou immobilisé au domicile plus de 5 jours, de façon imprévue, à la suite d'un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ou est hospitalisé plus de 2 jours de façon programmée à la suite d'un accident ou une maladie, IMA organise et prend en charge, dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait pas à s'appliquer, la garde au domicile par un intervenant habilité. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

** Les garanties « présence d'un proche », « garde des enfants » ne sont pas cumulables.*

4.4.3 La garde des frères et sœurs

Si votre enfant est hospitalisé plus de 2 jours, de façon imprévue ou programmée, IMA organise et prend en charge la garde des autres enfants, lorsque aucun proche ne peut l'assumer, par :

- Le déplacement aller et retour en France d'un proche,
- Ou s'il y a lieu, leur garde au domicile par un intervenant habilité. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.

4.5 - Prise en charge des enfants, petits-enfants

4.5.1 - Soutien scolaire

Si votre enfant est immobilisé plus de 14 jours de façon imprévue à la suite d'un accident ou une maladie soudaine et imprévisible et qu'il ne peut pas suivre sa scolarité, IMA organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours

particuliers dans les matières principales (mathématique, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/ géo, philosophie, économie), donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

4.6 - Prise en charge des ascendants

Si vous et votre conjoint êtes hospitalisé plus de 24 heures ou immobilisé au domicile plus de 5 jours, de façon imprévue, à la suite d'un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ? Ou êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon programmée à la suite d'un accident ou une maladie, IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

4.6.1 - Le déplacement d'un proche

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les ascendants au domicile.

4.6.2 - Le transfert des ascendants chez un proche

Le voyage aller et retour en France des ascendants auprès de proches susceptibles de les accueillir.

4.6.3 - La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

5 - En cas de décès

5.1 - Aide-ménagère

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, à compter du jour du décès, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours.

5.2 - Mise en relation avec un prestataire funéraire

IMA peut transmettre les coordonnées d'un prestataire funéraire à la famille. Les frais d'obsèques restent à la charge de la famille.

6 - En cas de pathologies lourdes et de traitement

- En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde, selon la liste établie dans les définitions, entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours,

- En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie,

- À la suite de l'aggravation, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie mentionnée ci-dessus, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours du patient bénéficiaire.

IMA organise et prend en charge les garanties décrites ci-dessous à utiliser sur 12 mois à compter de la déclaration d'une pathologie ou de l'aggravation d'une pathologie.

Dans l'attente de la réception du certificat médical, adressé sous pli confidentiel à l'attention des médecins d'IMA, des mesures conservatoires d'aide-ménagère peuvent être mises en œuvre à concurrence de 6h sur une semaine, si le patient bénéficiaire est l'adhérent ou le conjoint. Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA selon la situation.

Ces garanties ne sont pas cumulables avec les garanties décrites aux points 1, 3, 4.1 et 4.2.

6.1 – Ergothérapeute.

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile du bénéficiaire. Cette garantie comprend

l'évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie). Cette évaluation peut être complétée par un rapport (croquis des aménagements et cotes d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile.

6.2 - Service travaux pour aménagement du domicile

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA met en relation avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du code civil, dans la limite d'un dossier par événement.

Le service comprend :

- La mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- Le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- Un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- Un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge du bénéficiaire qui doit transmettre à la structure du groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la copie de la facture acquittée.

La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

6.3 - Téléassistance

IMA prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 90 jours. Les frais d'accès au service comprennent :

- L'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- Si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- Si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA, l'adhérent pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.

6.4 - Enveloppe de services pour adhérent ou conjoint

À compter de la déclaration ou d'une aggravation d'une pathologie, IMA met à disposition du patient bénéficiaire une enveloppe de services limitée à 100 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois.

Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord

du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs prestations et que celles-ci auront débuté.

Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unité ci-annexé (p.11).

6.5 - Enveloppe de services pour enfants et petits-enfants (<16ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

À compter de la déclaration ou d'une aggravation d'une pathologie, IMA met à disposition du patient bénéficiaire une enveloppe de services. Les conditions de mise en œuvre sont identiques à celles de l'article 6.4.

Cf. tableau enveloppe de services pour enfants et décompte en unité ci-annexé (p.11).

7 - Les plus maternité

En cas de :

- Séjour de plus de 5 jours en maternité de l'adhérent ou son conjoint,
- Naissance multiple,
- Naissance grand prématuré (naissance d'un enfant inférieur à 37 semaines aménorrhées),
- Immobilisation au domicile de plus de 15 jours avec alitement de l'adhérent ou de son conjoint.

7.1 - Aide-ménagère

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère :

- Dès le premier jour de l'hospitalisation,
- Ou au retour au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures, à raison de 2 heures minimum par intervention, réparti sur une période maximale de 30 jours.

L'aide-ménagère a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales.

7.2 - Prise en charge des enfants, petits-enfants (<16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

7.2.1.- Le déplacement d'un proche

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour les garder à domicile.

7.2.2 - Le transfert des enfants ou petits-enfants

Le voyage aller et retour en France des enfants ou petits-enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnants auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants ou petits-enfants par l'un de ses intervenants habilités.

7.2.3 - La garde des enfants ou petits-enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

7.3 - Livraison de médicaments

En cas d'immobilisation au domicile de plus de 15 jours pour une grossesse pathologique avec alitement et lorsque ni vous ou votre conjoint, ni l'un de vos proches ne sont en mesure de rechercher

les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison sur une période de 30 jours. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

8- Informations et conseils

8.1 - Informations médicales

Une équipe médicale, communique de 9h à 18h sur simple appel, des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques,
- Conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation,
- Enfants et petits-enfants : attitudes préventives et conseils sur la santé.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

8.2 - Prévention nutrition santé

Chaque bénéficiaire pourra solliciter, une fois par an, des conseils diététiques par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 18h concernant plus particulièrement :

- Un accès à des informations pratiques pour un bon équilibre alimentaire,
- Les actions en faveur de la prévention santé avec une sensibilisation à la nutrition infantile et les problèmes d'obésité,
- Les réponses aux questions sur les déséquilibres alimentaires et les problématiques de la dénutrition chez la personne dépendante.

Ces conseils sont dispensés par des diététiciens.

Un bilan nutritionnel peut être réalisé. Il sera à la charge de l'adhérent.

8.3 - Conseil social

IMA organise et prend en charge, selon la situation, de 1 à 5 entretiens téléphoniques par année et par foyer avec un travailleur social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi de 9h à 19h.

Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de 1 an à compter de la date de survenance de l'événement.

8.4 - Informations administratives, sociales, juridiques et vie pratique

À tout moment, afin d'aider les bénéficiaires souhaitant obtenir des informations à caractère général, IMA met à leur disposition, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service d'information juridique et vie pratique pour apporter des réponses en matière de droit français.

À titre d'exemple : famille, santé, droit du travail, re- traite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger...

8.5 - Recherche de médecin, infirmière, intervenant paramédical

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA peut aider à rechercher un médecin.

De la même façon IMA peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, aider à rechercher une infirmière, ou des intervenants paramédicaux.

8.6 - Assistance psychologique

En cas d'événements traumatisants, tels qu'un accident, une maladie grave, un décès, affectant l'un des bénéficiaires, IMA peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de 1 an à compter de la date de survenance de l'événement.

8.7 – Information & Conseils complémentaires en cas de maternité

8.7.1 - Dès la naissance d'un enfant :

Conseil social

IMA organise et prend en charge jusqu'aux 3 ans de l'enfant, un appel téléphonique par année avec un travailleur social. Celui-ci informe des aides financières et démarches, garde d'enfants et avantages fiscaux... Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi de 9h à 19h.

Prévention nutrition santé

IMA organise et prend en charge jusqu'aux 3 ans de l'enfant, un appel téléphonique par année avec un diététicien. Celui-ci donne des informations pratiques pour un bon équilibre alimentaire, sensibilise à la nutrition infantile et les problèmes d'allaitement... Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi de 9h à 19h.

Informations juridiques

IMA met à disposition des parents, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service d'information juridique et vie pratique pour apporter des réponses en matière de maternité : déclaration de l'enfant, congés (maternité, paternité, parental), adoption, fiscalité...

Informations médicales

Une équipe médicale, communique 24h/24 sur simple appel, des informations et conseils médicaux sur les domaines liés à la maternité (examens à effectuer pendant la grossesse, médicaments proscrits, alimentation et sommeil du nouveau-né, hygiène et vaccinations...).

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

8.7.2 – Naissance premier enfant

A la suite de la naissance de votre enfant ou de celui de votre conjoint, IMA organise et prend en charge l'envoi d'un intervenant qualifié (TISF) au domicile pour faciliter l'acquisition des gestes liés à la maternité.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 4 heures à raison de 2 heures par intervention réparti sur une période maximum de 10 jours suivant le retour au domicile.

8.7.3 - Soutien psychologique

En cas d'événements traumatisants liées à la grossesse, tels qu'un baby blues, rôle du père, difficultés ressenties face à la parentalité, adoption, affectant l'un des bénéficiaires, IMA peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

- De 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- Et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec psychologue clinicien.

Les garanties doivent être exécutées dans un délai de 1 an à compter de la date de survenance de l'événement.

ANNEXE

Enveloppe de services en cas de maladie redoutée pour adulte Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

Cf. Article 6.4

	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide-ménagère	1 heure	1 unité
Présence d'unproche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	4 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	2 unités
Livraison decourses	1 livraison	4 unités
Portage de repas	1 livraison	1 unité
Coiffure àdomicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	1 unité
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite àl'école	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités

Enveloppe de services pour enfant

Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

Cf. Article 6.5

	Unité de mesure	Valeur unitaire
Garde d'enfantmalade	1 heure	2 unités
Présence d'unproche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	4 unités
Livraison decourses	1 livraison	4 unités
Portage de repas	1 livraison	1 unité
Coiffure àdomicile	1 déplacement	1 unité

* Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

** Dans un rayon de 50 km.

La valeur unitaire des garanties de l'enveloppe des services est susceptible d'être modifiée en cas de revalorisation tarifaire des garanties. En cas de modification, l'enveloppe actualisée vous sera transmise.

CONDITIONS D'APPLICATION

**IMA intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :
05 49 34 81 28**

Faits générateurs

Les garanties de la présente Convention s'appliquent en cas :

- D'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- D'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
- De séjour prolongé à la maternité, de naissance multiple, de naissance grand prématuré ou d'immobilisation au domicile avec alitement,
- De survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation,
- De survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation,
- De décès.

dans les conditions spécifiées à chaque article.

Intervention

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Délai de demande d'assistance

IMA apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

Principe :

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent :

- Une immobilisation au domicile
- La sortie d'une hospitalisation
- Un décès.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Exception(s) :

1. Pour la garantie aide-ménagère, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter :

- D'une immobilisation au domicile
- De la sortie d'une hospitalisation
- D'un décès.

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).

Illustration pour la garantie aide-ménagère plafonnée à 30 jours : en cas d'appel le 15ème jour, la garantie est alors plafonnée à 15 jours.

2. Pour les garanties complémentaires en cas de pathologies lourdes et de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, le délai de demande d'assistance est de 30 jours à compter de la survenance de la pathologie ou de son aggravation.

Passé ce délai, les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins, IMA se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle, sauf stipulations contraires mentionnées dans les garanties.

IMA ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre).

Pièces justificatives

IMA se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

De la même façon, IMA pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

Limitations et exclusions à l'application des garanties

Infraction

IMA ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire

aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

Fausse déclaration

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un événement garanti entraîne la perte du droit à garantie.

Force majeure

IMA ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

Exclusions

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

- Dans des établissements et services psychiatriques, gériatologiques et gériatriques,
- Liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- Liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement, à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

Vie du contrat

Durée des garanties

La période de validité du contrat souscrit par l'adhérent auprès de la MUTUELLE DES CLERCS ET EMPLOYÉS DE NOTAIRE.

Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'adhérent de son contrat souscrit auprès de la MUTUELLE DES CLERCS ET EMPLOYÉS DE NOTAIRE pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA.

Subrogation

IMA est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ; c'est-à-dire qu'IMA effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

Prescription

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance non équivoque par IMA du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Protection des données personnelles

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles les bénéficiaires peuvent prétendre.

Ces informations sont transmises aux sous-traitants et prestataires d'IMA, sollicités dans la mise en œuvre et l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à la MUTUELLE DES CLERCS ET EMPLOYÉS DE NOTAIRE à l'exception des données à caractère médical susceptibles d'être collectées.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA.

Réclamation et médiation

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA par courrier au 118, avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

DANS LE CADRE DE LA NOTICE, LES TERMES CI-APRÈS DOIVENT ÊTRE ENTENDUS AVEC LES ACCEPTIONS SUIVANTES :

Accident corporel

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

Adhérent

Souscripteur du contrat d'assurance auprès de la MUTUELLE DES CLERCS ET EMPLOYÉS DE NOTAIRE.

Animaux domestiques

Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense, chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

Bénéficiaires des garanties d'assistance

Tout adhérent à la MUTUELLE DES CLERCS ET EMPLOYÉS DE NOTAIRE domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants et petits-enfants, enfants handicapés sans limite d'âge et ascendants directs fiscalement à charge.

Centre de convalescence

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

Domicile

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

France

France métropolitaine et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

Hospitalisation imprévue

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

Hospitalisation programmée

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

Immobilisation

Incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

Immobilisation imprévue

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

Liste des pathologies lourdes

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA.

Maladie

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue : Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée : Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Proche

Pour l'assistance à domicile et en déplacement : Toute personne désignée par l'adhérent et son conjoint

Pour l'assistance au salarié aidant :

Ascendant direct, conjoint de droit ou de fait, descendant direct. Toute personne vivant au domicile de l'adhérent.

Téléassistance

Système de télécommunication qui permet à une personne en perte d'autonomie ou isolée d'alerter à distance un professionnel de l'assistance.