

Souscrit auprès d'AGMF PREVOYANCE

Union de mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité N° 775 666 340 - 34 Bd de Courcelles - 75 809 Paris cedex 17.

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 Objet du contrat

Le contrat collectif à adhésion facultative a pour objet de faire bénéficier les membres du Groupement Souscripteur, n'ayant pas renoncé à leur adhésion au contrat, du versement :

- ▶ d'indemnités journalières en cas d'incapacité totale temporaire de l'assuré résultant d'une maladie ou d'un accident ;
- ▶ d'un capital invalidité de reconversion, en cas d'incapacité permanente plaçant l'assuré dans l'impossibilité de mener à terme son cursus universitaire et d'exercer sa future profession.

Le Contrat est régi par le Code de la Mutualité. La loi applicable est la loi française et les échanges relatifs au Contrat se font en langue française.

Article 2 Définitions des parties au contrat

- ▶ **Organisme assureur** : AGMF Prévoyance, Union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, N° SIREN 775 666 340, siège social : 34 boulevard de Courcelles 75 809 Paris cedex 17.
- ▶ **Groupement souscripteur** : Le Syndicat des Chefs de Clinique et Assistants des Hôpitaux de Paris (SCCAHP), siège social : 17, rue du Fer à Moulin 75005.
- ▶ **Membre Participant** : La personne physique membre du Groupement Souscripteur ayant la qualité de Chefs de clinique ou d'Assistants des Hôpitaux de Paris.

Seuls peuvent adhérer à ce contrat, les membres participants :

- affiliés à un régime obligatoire de Sécurité Sociale français,
- résidant en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Les personnes résidant en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et à l'Étranger ne peuvent pas souscrire ce contrat.

- ▶ **Assuré** : La personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie ayant la qualité de Chefs de clinique ou d'assistants des Hôpitaux de Paris.
- ▶ **Bénéficiaire** : Le bénéficiaire des prestations garanties par le contrat est l'assuré.

L'adhérent au contrat collectif peut acquérir et conserver la qualité de membre participant de la Mutuelle d'action sociale affiliée à AGMF Prévoyance selon les règles statutaires en vigueur.

Article 3 Prise d'effet de l'adhésion, prise d'effet et terme des garanties, dématérialisation des courriers et documents contractuels

3.1 - Prise d'effet de l'adhésion

L'assurance entre en vigueur, **sous réserve du paiement des cotisations par le Groupement Souscripteur** :

- ▶ à la date de prise d'effet du contrat collectif pour les adhérents membres du Groupement Souscripteur à la date de prise d'effet dudit contrat inscrits sur la liste des adhérents souhaitant adhérer au Contrat et n'ayant pas fait jouer leur faculté de renonciation ;
- ▶ à compter de leur date d'entrée dans le groupe assuré s'ils y entrent postérieurement à la date de prise d'effet du contrat collectif, sous réserve d'être déclarés par le Groupement Souscripteur et de ne pas avoir renoncé à leur adhésion.

La date d'effet de l'adhésion est précisée sur le certificat d'adhésion remis au membre participant.

3.2 - Renonciation par le membre participant

3.2.1 - Délai de renonciation en cas de vente à distance

Lorsque le membre participant adhère au contrat dans le cadre d'une vente à distance, il dispose d'un droit de renonciation.

3.2.1.1 - Conditions d'exercice de la faculté de renonciation

À compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus pour renoncer à son contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception selon le modèle joint à la notice d'information.

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

Les garanties ne prennent effet qu'à l'expiration de ce délai, sauf si l'assuré demande expressément l'exécution immédiate du contrat sans attendre la fin du délai de renonciation, dans les conditions prévues à l'article 3.2.1.2.

3.2.1.2 - Effet de la renonciation

AGMF Prévoyance rembourse la cotisation au plus tard dans les trente jours à compter de la date de la réception de la renonciation du membre participant.

Lorsque la première cotisation a été encaissée, AGMF Prévoyance effectue ce remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui utilisé pour le paiement de la première cotisation, sauf accord exprès pour qu'un autre moyen de paiement soit utilisé et dans la mesure où le remboursement n'occasionne pas de frais.

Si l'adhésion avait pris effet, les garanties cessent le lendemain à zéro heure de la date de l'envoi de la lettre de renonciation.

Si le membre participant a souhaité que l'adhésion commence à être exécutée à la date prévue au certificat d'adhésion (et non à l'issue du délai de trente jours), l'organisme assureur conservera la quote-part des cotisations correspondant à la couverture dont aura bénéficié le membre participant durant la période d'exécution du contrat.

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

3.2.2 - Délai de renonciation en cas de démarchage ou vente hors établissement

3.2.2.1 - Conditions d'exercice de la faculté de renonciation

Lorsque le membre participant adhère au contrat suite à une sollicitation des préposés ou mandataires de l'organisme assureur, à son domicile ou lieu de travail, même à sa demande, il dispose d'un droit de renonciation.

À compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus pour renoncer à son contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception selon le modèle joint à la notice d'information.

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

3.2.2.2 - Effet de la renonciation

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

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

En cas de renonciation, l'organisme assureur conservera la quote-part des cotisations correspondant à la couverture dont aura bénéficié le membre participant durant la période d'exécution du contrat.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'entreprise d'assurance si le membre participant exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

3.3 – Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet immédiatement à la date d'adhésion figurant sur le certificat d'adhésion, pour l'incapacité de travail et l'invalidité résultant d'une maladie ou d'un accident survenu à compter de cette date.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. N'est pas considéré comme accidentel l'incapacité de travail, résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou étant la conséquence d'un examen médical. La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'incapacité de travail de l'assuré ainsi que la preuve de l'accident incombe aux bénéficiaires.

3.4 – Terme des garanties

Le droit à garantie cesse pour chaque membre participant :

- à la date de résiliation du contrat collectif, sous réserve des dispositions de l'article 6 de la loi dite loi Evin ;
- à la date à laquelle le membre participant ne satisfait plus aux conditions d'adhésion prévues à l'article 2 ci-avant ;
- en cas de résiliation de son adhésion par le membre participant.

3.5 – Dématérialisation des courriers et des documents contractuels

3.5.1 – Consentement à la dématérialisation

En donnant son consentement à la dématérialisation, l'adhérent accepte expressément que les informations, documents contractuels et l'ensemble des pièces y afférentes adressés au cours de l'exécution du Contrat lui soient transmis par voie électronique. L'adhérent accepte également de recevoir les factures par voie électronique.

L'adhérent accepte expressément l'usage, dans le cadre de l'exécution du Contrat, des lettres recommandées par voie électronique.

Si l'adhérent et le payeur de primes utilisent la même adresse électronique, chacun déclare avoir un accès à ladite adresse électronique et lesdits adhérents et payeurs de primes se donnent pouvoir réciproque pour retirer la lettre recommandée électronique éventuelle.

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

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

Chaque utilisation de son Compte Personnel par l'adhérent constitue l'acceptation de la dernière version de la Convention d'utilisation du Site Adhérent, disponible sur le Compte Personnel de l'adhérent en format imprimable.

3.5.2 – Convention sur la preuve

L'adhérent reconnaît à l'écrit sur support électronique la même force et valeur probante que l'écrit sur support papier.

L'adhérent reconnaît expressément et accepte que la preuve des opérations réalisées sur le Site Adhérent soit rapportée par tout support durable constatant lesdites opérations. L'adhérent s'engage à reconnaître comme support durable, notamment : le papier, les clés USB, les cartes à mémoire, les disques durs d'ordinateur, les courriels, ainsi que tout autre instrument permettant de conserver les informations d'une manière qui permet de s'y reporter aisément pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction identique desdites informations.

En conséquence, l'adhérent reconnaît et accepte expressément que les informations, documents contractuels et l'ensemble des pièces y afférentes puissent être établis et conservés sur tout support durable.

L'adhérent reconnaît expressément et accepte :

- l'enregistrement de sa navigation sur le Site Adhérent, et notamment ses « clics » de souris ou autre périphérique, comme mode de preuve des obligations souscrites via le Site Adhérent ;

- que ces enregistrements effectués par l'Organisme assureur ont pleine valeur probante à son égard ;
- qu'en cochant sur « J'accepte de recevoir les informations, courriers de gestion, documents contractuels et pièces y afférentes émanant des entités assurantielles de GPM, par voie électronique plutôt que par courrier papier (y compris par automate.) » il accepte la dématérialisation desdits documents ;
- que toute opération effectuée, après s'être authentifié avec son mot de passe sur son Compte Personnel accessible sur le Site Adhérent, est réputée effectuée par lui-même.

Article 4 Information des membres participants

4.1 – Lors de la prise d'effet de l'adhésion

Conformément à l'article L.221-6 du code de la mutualité, le Groupement Souscripteur remet à chaque futur adhérent la présente notice d'information définissant les garanties, leurs modalités d'application et les conditions d'exercice de la faculté de renonciation, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistres, et les statuts d'AGMF Prévoyance.

4.2 – Lors d'une modification du contrat par l'organisme assureur

En cas de modification du contrat collectif, le Groupement Souscripteur remet à chaque membre participant, avant la date d'application prévue, une information écrite établie par AGMF Prévoyance spécifiant les aménagements apportés et, le cas échéant, la réédition de la notice d'information.

En cas de désaccord sur les modifications qui lui seraient applicables, le membre participant a la faculté de dénoncer son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans les trente jours suivant la communication de cette information (article L.221-6 alinéa 2 du Code de la mutualité). Dans ce cas, l'adhésion sera résiliée le 1^{er} jour du mois suivant la notification de sa dénonciation.

Jusqu'à la date d'effet de cette dénonciation, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer, sauf si les modifications opérées par l'organisme assureur sont d'ordre public et en conséquence d'application immédiate.

Article 5 Durée, résiliation de l'adhésion et du contrat collectif

5.1 – Durée de l'adhésion

Sauf stipulation contraire au certificat d'adhésion, l'adhésion est souscrite pour une durée expirant le 31 octobre de sa prise d'effet.

Elle est ensuite renouvelable annuellement par tacite reconduction pour une durée de douze mois sous réserve que l'adhérent soit toujours membre du Groupement Souscripteur et que le membre participant, l'Assureur, ou le Groupement Souscripteur ne résilie pas l'adhésion ou le contrat.

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

5.2 – Résiliation de l'adhésion par le membre participant

Le membre participant peut résilier son adhésion chaque année par lettre recommandée avec accusé de réception adressée avant le 31 août pour prendre effet le 31 octobre suivant.

Le membre participant peut également résilier son adhésion en cas de perte de son statut de Chef de Clinique ou d'Assistant des Hôpitaux de Paris, condition d'affiliation au contrat (article L.221-17 du code de la mutualité).

Ce droit de résiliation appartient au membre participant à l'exclusion de ses ayants-droit ou des tiers.

La résiliation met fin définitivement à l'assurance et prive de tout droit à prestations les bénéficiaires tels que définis à l'article 2 pour l'incapacité de travail et l'invalidité consécutifs à une maladie ou un accident survenu postérieurement à la date de résiliation.

5.3 – Résiliation par l'Assureur ou par le Groupement Souscripteur

Le Groupement Souscripteur ou l'Assureur peuvent résilier le contrat collectif, par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée avant le 31 août pour une prise d'effet au 31 octobre.

La résiliation du contrat fait cesser les admissions dans l'assurance.

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

En outre, après l'expiration d'un délai de deux ans continus d'adhésion, l'organisme assureur proposera, en application de l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », à tout adhérent au présent contrat n'ayant pas atteint l'âge de la retraite, d'adhérer à une formule de garanties correspondant aux garanties dont il bénéficiait avant cette résiliation, aux conditions tarifaires de la catégorie dont il relève.

Article 6 Prescription et garantie des droits de l'assuré

6.1 - Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

- ▶ reconnaissance par une des parties du droit de l'autre partie ;
- ▶ demande en justice, même en référé ;
- ▶ acte d'exécution forcée.

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

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

6.2 - Autorité de contrôle

AGMF Prévoyance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

6.3 - Informatique et Libertés

Le responsable de traitement est AGMF Prévoyance.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer les adhésions et les relations avec les adhérents et, le cas échéant, leurs bénéficiaires ou ayants droit ; ce traitement informatique permet aussi la diffusion des propositions commerciales, informations et animations de la part d'AGMF Prévoyance.

Les données recueillies sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle. Au terme de celle-ci, les données personnelles permettant d'établir la preuve d'un droit ou d'un contrat ou conservées au titre du respect d'une obligation légale sont archivées conformément aux dispositions en vigueur.

Dans le cadre de ses obligations légales, AGMF Prévoyance met également en œuvre des traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité :

- ▶ la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

- ▶ la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Les données traitées pour les finalités précitées sont conservées conformément aux durées prescrites dans les autorisations uniques 003 et 039 pour lesquelles AGMF Prévoyance a réalisé un engagement de conformité.

Les destinataires des données sont le personnel d'AGMF Prévoyance, ses mandataires (Caisse de Sécurité Sociale, etc.) et les entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité, étant rappelé que les seuls destinataires des données relatives à la santé sont le médecin conseil d'AGMF Prévoyance et le personnel expressément habilité par ce dernier ; ainsi que, le cas échéant, les partenaires contractuels et institutionnels d'AGMF Prévoyance, en fonction des choix exprimés et modifiables sur demande.

Ont enfin accès aux données, les destinataires mentionnés dans les autorisations uniques pour lesquelles AGMF Prévoyance a réalisé un engagement de conformité.

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

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les adhérents et leurs bénéficiaires ou ayants droit bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations les concernant, qu'ils peuvent exercer en s'adressant à AGMF Prévoyance - CIL - 34, boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17. Ils disposent, en outre, d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique qu'ils peuvent exercer auprès de la SAS OPPOSETEL, en suivant le lien suivant www.bloctel.gouv.fr.

Ils peuvent également, le cas échéant, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant ; étant rappelé que l'exercice de ce droit d'opposition peut empêcher la souscription ou l'exécution des présentes garanties.

Article 7 Subrogation

S'agissant de la garantie en cas d'incapacité temporaire, AGMF Prévoyance est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. **Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses qu'AGMF a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.**

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

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

CHAPITRE II - COTISATIONS

La cotisation est de 50 € TTC par assuré pour l'année universitaire.

Cette cotisation est payée par le Groupement Souscripteur.

Elle n'est pas proratisable pour les adhésions en cours d'année et est susceptible de révision en cas de renouvellement annuel du contrat.

Le défaut de paiement par le Groupement Souscripteur dans les dix jours de l'échéance entraîne la résiliation de plein droit du contrat à l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure en paiement qui lui a été adressée.

CHAPITRE III - PRESTATIONS GARANTIES

Article 8 Risques exclus

§ 1

L'organisme assureur ne prend pas en charge, les sinistres résultant :

- 1°/ de faits de guerre étrangère, lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;

- 2°/ de faits de guerre civile ;

- 3°/ du fait intentionnel causé ou provoqué par l'assuré ;

- 4°/ de luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense) ou d'agressions auxquels l'assuré participe activement ;

- 5°/ du fait d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme ou de sabotage quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;

- 6°/ de tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation ;

- 7°/ des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation des noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules, à l'exception de ces mêmes

effets lorsqu'ils sont subis ou provoqués dans le cadre d'une thérapie médicale ;

- 8°/ du risque de navigation aérienne, lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet pour l'appareil utilisé ou de licence valide, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;

- 9°/ de la participation à des courses en haute montagne ; on entend par courses en haute montagne les randonnées remplissant simultanément les deux conditions ci-après :

- ▶ nécessiter des équipements particuliers en vue d'escalades ou du franchissement de zones de rochers ou de passage de glaciers ;
- ▶ être effectuées dans une zone d'altitude située au-dessus de la moyenne montagne, constituée en totalité de roches, glaces ou neiges éternelles ou en tout état de cause au-dessus de 3 000 mètres d'altitude.

- 10°/ de la plongée subaquatique avec appareil respiratoire ;

- 11°/ de la spéléologie ;

- 12°/ de la pratique de sports aériens et notamment vols sur aile volante, ULM, delta-plane, vol à voile, parachutisme ascensionnel, parapente, saut à l'élastique, voltige aérienne ;

13% de tous sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur à titre professionnel ou amateur et de tous sports à titre professionnel ;
14% de la participation à des matches, paris, défis, courses, raids, acrobaties, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, sauf compétition normale concernant un sport dont la pratique n'est pas exclue par l'alinéa précédent. (Par compétition normale, il faut entendre toute compétition organisée selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré).

§ 2

Le contrat ne prend pas en charge l'incapacité de travail lorsque le sinistre résulte :

- de la grossesse et de ses suites normales.

Les complications de la grossesse, c'est à dire les grossesses pathologiques, l'accouchement pathologique et les suites pathologiques d'un accouchement sont considérées comme des maladies : elles sont prises en charge à la condition que la prise d'effet de la garantie précède d'un mois au moins la date présumée du début de la grossesse et sous déduction d'une période franche de 8 semaines également réparties avant et après la date prévue de l'accouchement :

- d'une lombalgie sans support organique : souffrance dorsale qu'aucune cause physique (lésion, microlésion, usure...) constatable médicalement par tout moyen (radio, IRM, scanner,...) ni aucune pathologie, ne peut expliquer.

Sont également exclues de la garantie "incapacité de travail" :

- les périodes d'incapacité de travail pour lesquelles l'assuré se trouve hors du territoire français (exception faite des périodes d'hospitalisation) ;
- les périodes correspondant à des séjours dans les établissements de cure ou de repos, sauf si elles sont prescrites médicalement et font suite d'une manière ininterrompue à un arrêt de travail d'au moins 30 jours.

SECTION 1 - Prestations en cas d'incapacité temporaire de travail

Article 9 Définition des prestations

9.1 - Définition de l'incapacité de travail

Le présent contrat garantit le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail temporaire totale d'un assuré résultant d'une maladie ou d'un accident survenu en cours d'assurance, non exclu à l'article 8, et entraînant la cessation de sa fonction de chef de clinique ou d'assistants des Hôpitaux de Paris.

Est considéré comme atteint d'une incapacité temporaire de travail ouvrant droit aux prestations prévues par le présent contrat, tout assuré qui cesse totalement son activité et perçoit des indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou une fraction de son traitement maintenu par l'établissement hospitalier.

9.2 - Etendue de la garantie - Délai de franchise

1. L'indemnité journalière est due à compter du 15^{ème} jour d'incapacité de travail et jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail.

La franchise est calculée lors de chaque arrêt de travail. Toutefois, en cas d'arrêts de travail successifs d'une durée inférieure au délai de franchise précité, liés à la même cause de survenance et intervenant moins d'une année après la reprise, la franchise peut être discontinuée : l'ensemble des périodes d'arrêts de travail susvisées sont totalisées pour le calcul de sa durée.

Le délai de franchise ne s'applique pas en cas de rechute dans les 12 mois suivant la dernière période indemnisée dès lors qu'il s'agit de la même cause d'arrêt de travail.

La rechute se définit comme l'apparition, à la suite d'un premier état pathologique ayant constitué l'ouverture du droit aux prestations et ayant fait l'objet d'une constatation de reprise de travail, d'un état pathologique

dont les caractéristiques sont identiques et provoquées par la même cause que celle ayant entraîné la première cessation d'activité.

2. Le montant de l'indemnité journalière garanti en cas d'incapacité de travail est égal à 90% du traitement journalier de base défini à l'article 10 ci-dessous, sous déduction des prestations éventuellement versées par le régime obligatoire et/ou le centre hospitalier et/ou un autre organisme complémentaire.

Pour le calcul de l'indemnité journalière garantie, le traitement journalier pris en compte est égal à 1/360^{ème} du traitement de base.

3. Il ne peut être versé un montant de prestations qui ferait bénéficier l'assuré de revenus nets supérieurs à ceux dont il disposait en période d'activité, compte tenu le cas échéant de la fraction de traitement maintenue par l'établissement hospitalier et/ou des indemnités journalières perçues de la Sécurité Sociale ou d'un organisme complémentaire. Les gardes et astreintes hospitalières ainsi que les traitements perçus au titre de l'activité libérale ne sont pas pris en compte pour le calcul des prestations.

En application de ce principe indemnitaire, en cas de sinistre, l'assuré s'engage à déclarer à AGMF Prévoyance s'il a souscrit un autre contrat de prévoyance garantissant le versement d'indemnités journalières.

4. La durée de l'indemnisation contractuelle peut être épuisée en un ou plusieurs arrêts de travail. Si un nouvel arrêt intervient après une reprise de moins d'un an, la durée de l'indemnisation possible s'entend déduction faite du nombre de jours indemnisés lors de l'arrêt de travail précédent.

5. Les maladies ou accidents survenant au cours d'une période d'arrêt de travail n'ouvrent pas de nouveau droit permettant d'allonger la durée du crédit d'indemnisation (le crédit d'indemnisation correspond à la durée de l'indemnisation contractuelle). Assimilés à des rechutes, ces maladies ou accidents permettent cependant la prolongation de l'indemnisation jusqu'à la fin de la période de couverture ou la guérison.

6. En cas d'interventions chirurgicales successives résultant d'un accident et donnant lieu à incapacité de travail, les arrêts postérieurs au premier sont assimilés à des rechutes, sous réserve que l'assuré puisse faire la preuve que ces interventions sont la conséquence directe et prévisible de l'accident.

Article 10 Définition du traitement de base

Pour le calcul des prestations d'incapacité de travail, le traitement pris en compte est le traitement net hospitalier perçu par le membre participant (indemnité d'engagement de service public comprise s'il y a lieu) limité au plafond annuel de la sécurité sociale. Les gardes et astreintes hospitalières et le cas échéant les traitements perçus au titre de l'activité libérale ne seront pas pris en compte.

SECTION 2 - Prestations en cas d'invalidité (capital invalidité de reconversion)

Article 11 Définition des prestations.

Le présent contrat garantit le versement d'un capital à l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident survenu en cours d'assurance, est atteint d'une incapacité définitive de travail d'un taux au moins égal à 66% non révisable, le plaçant définitivement dans l'impossibilité d'exercer sa profession ou sa spécialité.

L'invalidité prise en compte est l'invalidité professionnelle, c'est-à-dire que l'incapacité est appréciée par rapport à la capacité normale de travail d'une personne de même âge exerçant la même profession et le cas échéant, la même spécialité, dans les mêmes conditions.

Au sens du présent contrat, l'invalidité s'entend de l'incapacité définitive pour l'assuré de mener à son terme son cursus universitaire et à exercer ultérieurement la profession de santé correspondante.

Article 12 Montant des prestations

Le montant du capital invalidité de reconversion est de 15 000 €.

CHAPITRE IV - CONDITION D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

SECTION 1 - En cas d'incapacité de travail

Article 13 Déclaration de sinistre et pièces justificatives

Pour faire valoir ses droits, l'assuré doit :

- dans les 15 jours au plus suivant la perception des prestations en espèces par le régime obligatoire ou l'expiration du délai de franchise visé à l'article 9 §2, adresser une demande d'indemnités journalières (arrêt de travail) et, fournir sous pli confidentiel à l'adresse du médecin

conseil, un certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail, la nature de la maladie et le traitement prescrit ;

- joindre les originaux des décomptes de prestations en espèces du régime obligatoire et une attestation de l'employeur prouvant le versement de prestations en espèces au titre du régime maladie et précisant le montant du traitement maintenu pour la période dont la prise en charge est sollicitée ;
- transmettre une copie des douze bulletins de paie de l'année civile précédente, ou en cas de prise de fonction récente tous les bulletins de paie existants depuis ;

- › en cas d'hospitalisation, l'assuré doit, s'il y a lieu, transmettre un bulletin de situation ;
- › en cas d'accident, tous éléments justificatifs de l'origine accidentelle de l'arrêt de travail ;
- › le cas échéant, une attestation de reprise de travail ;
- › un relevé d'identité bancaire d'un compte ouvert en France, le règlement de la prestation se faisant par virement sur ce compte ;
- › le justificatif du Groupement Souscripteur attestant de l'appartenance de l'assuré à ce groupement à la date du sinistre ;
- › joindre une déclaration sur l'honneur précisant si l'assuré a souscrit un autre contrat de prévoyance prévoyant le versement d'indemnités journalières, ainsi que les décomptes des prestations versées au titre de cet autre contrat ;
- › tout autre justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

Article 14 Service des indemnités journalières

Après ouverture des droits d'un assuré, les paiements sont effectués par virement mensuellement à terme échu jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail, après envoi des justificatifs de l'arrêt de travail ci-dessus pour la période à indemniser.

SECTION 2 - En cas d'invalidité (capital invalidité de reconversion)

Article 15 Déclaration de sinistre et pièces justificatives

En vue du règlement de la prestation, le bénéficiaire doit produire les justifications suivantes :

- › une demande de règlement formulée dans un délai de trois mois à compter de la date de constatation médicale de l'incapacité de travail devenue définitive ;
- › un certificat médical du médecin traitant, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur, certifiant que l'assuré est atteint d'une incapacité définitive de travail d'un taux au moins égal à 66% ne pouvant donner lieu à réversion et le plaçant dans l'impossibilité de poursuivre son cursus universitaire et d'exercer sa profession ou sa spécialité ;
- › un relevé d'identité bancaire d'un compte ouvert en France ; le règlement de la prestation se faisant par virement sur ce compte ;

- › le justificatif du Groupement Souscripteur attestant de l'appartenance de l'assuré à ce groupement à la date du sinistre ;
- › tout autre justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

SECTION 3 - Dispositions communes

Article 16 Examen médical et contrôle de l'assuré

Pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations, l'organisme assureur se réserve le droit de faire subir à l'assuré qui ne peut s'y soustraire sous peine de non application de la garantie, un examen médical, soit par son propre médecin-conseil, soit par un médecin choisi en dehors du médecin traitant.

L'organisme assureur peut également soumettre l'assuré à tous actes, investigations ou examens complémentaires liés au contrôle de son état de santé.

En outre, l'organisme assureur se réserve la possibilité de faire procéder à tous contrôles et enquêtes administratifs.

L'organisme assureur est fondé à suspendre le service des indemnités journalières si les pièces justificatives demandées ne sont pas fournies par l'assuré.

En cas de changement, même provisoire de l'adresse où l'assuré peut être visité, celui-ci doit préalablement en avertir l'organisme assureur ; en tout état de cause les sorties ne sont autorisées qu'aux heures prévues par la réglementation applicable aux assurés sociaux.

Article 17 Litiges médicaux

En cas de contestation portant sur l'état d'incapacité ou d'invalidité, le différend peut être apprécié en dernier ressort par un médecin-arbitre désigné d'un commun accord par le médecin-conseil de l'organisme assureur et le médecin traitant.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin serait désigné, sur la demande de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'assuré.

Les honoraires du tiers expert sont à la charge de l'organisme assureur. Toutefois, dans le cas où le tiers expert confirmerait la décision prise par l'organisme assureur à l'égard de l'intéressé, les honoraires et les frais de nominations seraient alors à la charge de ce dernier.

EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PREVU À L'ARTICLE 3.2 DU CONTRAT

MODÈLE DE LETTRE-TYPE DE RENONCIATION À L'ADHÉSION AU CONTRAT EN CAS D'ADHÉSION À DISTANCE OU HORS ÉTABLISSEMENT

(A reproduire sur papier libre et à adresser par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard dans les trente jours suivant la réception du certificat d'adhésion indiquant la prise d'effet de l'adhésion à AGMF Prévoyance : 34, boulevard de Courcelles - 75809 Paris cedex 17).

"Monsieur le Président,

Je soussigné(e),....., domicilié(e) à, vous prie de bien vouloir prendre note, qu'usant de la faculté qui m'est conférée par l'article 3.2 du contrat, je désire renoncer à l'adhésion n°..... au contrat de prévoyance collectif SCCAHP17.2 enregistrée auprès de votre organisme.

Je certifie n'avoir connaissance de la survenance d'aucun évènement susceptible de déclencher la mise en œuvre des prestations assurées par le présent contrat ».

Fait à, le
(Signature de l'adhérent)

Statuts AGMF PREVOYANCE

Statuts applicables à compter du 18 juin 2016

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

CHAPITRE 1^{er} : FORMATION ET OBJET

ARTICLE 1^{er} - DÉNOMINATION ET SIÈGE

Une Union de Mutuelles appelée "Association Générale des Médecins de France - Prévoyance" est établie à PARIS 17^{ème}, 34 Boulevard de Courcelles.

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

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

ARTICLE 2 - OBJET

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

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

Elle accepte les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 3 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

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

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

ARTICLE 4- RÈGLEMENTS DES GARANTIES

Des règlements des garanties, adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, déterminent, par branche d'assurance, le contenu des engagements contractuels entre l'Union et les membres participants des groupements adhérents et les membres honoraires.

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

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

ARTICLE 5 - RESPECT DE L'OBJET SOCIAL

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

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

SECTION I - CONDITIONS D'ADMISSION

ARTICLE 6 - CONDITIONS D'ADMISSION

Peuvent adhérer à l'Union les mutuelles et Unions régies par le Code de la mutualité, ainsi que toutes les personnes morales qui, en application dudit Code, peuvent avoir vocation à adhérer à une Union mutualiste.

Ne peuvent adhérer que les groupements qui souhaitent faire bénéficier des garanties proposées par l'Union leurs membres participants ou les membres participants de leurs mutuelles.

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

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

ARTICLE 7 - ASSURÉS, BÉNÉFICIAIRES, AYANTS-DROIT

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

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

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

ARTICLE 8 - LOGO DU GROUPE

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

ARTICLE 9 - FUSION OU SCISSION DES MEMBRES ADHÉRENTS

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

Lorsqu'un groupement mutualiste adhérent est absorbé par un autre groupement mutualiste non adhérent, l'organisme issu de la fusion doit solliciter son admission auprès du Conseil d'Administration. Lorsqu'un groupement mutualiste adhérent se scinde en plusieurs groupements mutualistes, les organismes issus de la scission sont de plein droit adhérents à l'Union, sauf à présenter leur démission dans les conditions énoncées à l'article 10.

SECTION II - DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 10 - DÉMISSION

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

ARTICLE 11 - RADIATION

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

Sont également radiés les membres qui n'ont pas payé la contribution visée à l'article 67 ci-après au 31 décembre de l'exercice écoulé. En ce cas, la radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée. La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de quinze jours à compter de sa réception. Il peut toutefois être sursis par le Conseil à l'application de cette mesure pour les membres participants qui établissent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

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

ARTICLE 12 - EXCLUSION

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

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

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

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

ARTICLE 13 - CONSÉQUENCES DE LA CESSATION D'ADHÉSION

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

CHAPITRE 3 - DISSOLUTION VOLONTAIRE

ARTICLE 14 - CONDITIONS DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE

La dissolution volontaire ne peut être décidée que si les conditions de quorum et de majorité prévues à l'article 21 sont réunies. Tout projet de dissolution inscrit à l'ordre du jour est accompagné d'un rapport de son auteur exposant les raisons de cette dissolution et les dispositions qu'il est proposé de prendre conformément à la loi et aux présents statuts.

ARTICLE 15 – CONSÉQUENCES DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE

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

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

Les liquidateurs ont tous les pouvoirs qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale pour

procéder aux opérations de liquidation. Ils se conforment aux exigences de l'article L. 212-14 du Code de la mutualité et rendent compte de leurs opérations au Commissaire aux comptes.

Les liquidateurs convoquent une Assemblée Générale chargée d'approuver les comptes de la liquidation. Sans préjudice du respect des règles énoncées à l'article L. 223-25-5 du Code de la mutualité, la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif est décidée par l'Assemblée Générale dans les conditions énoncées à l'article L. 113-4 dudit Code.

TITRE II – ADMINISTRATION DE L'UNION

CHAPITRE 1^{er} – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I – COMPOSITION, ÉLECTIONS

ARTICLE 16 – COMPOSITION

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

Chaque délégué ne dispose que d'une seule voix.

ARTICLE 17 – NOMBRE DE DÉLÉGUÉS

Chaque groupement est représenté à l'Assemblée Générale par un délégué pour 0,314% du chiffre d'affaires prévoyance et complémentaire santé des contrats individuels et collectifs d'AGMF Prévoyance (hors acceptations) généré par ses membres participants. L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles locales d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour lesdites mutuelles nationales.

L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles dites professionnelles d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour lesdites mutuelles nationales.

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

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

L'effectif pris en compte est celui du 31 décembre précédent, le seuil d'effectif ci-dessus étant par ailleurs indexé chaque année et pour la première fois en 2008 sur la base du pourcentage d'augmentation des effectifs entre le 31 décembre de l'année N-2 et le 31 décembre de l'exercice précédent.

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

Les groupements adhérents élisent ou désignent, en sus des délégués titulaires, des délégués suppléants en nombre égal à la moitié des délégués titulaires.

Lorsque les titulaires sont empêchés de participer à l'Assemblée Générale, les suppléants peuvent les remplacer, dans l'ordre de leur désignation.

Un mois au moins avant la date prévue pour l'Assemblée Générale Ordinaire, chaque groupement adhérent notifie à l'Union le nom et l'adresse de ses délégués titulaires et suppléants par lettre recommandée avec accusé de réception.

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

SECTION II – RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 18 – CONVOCATIONS

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

ARTICLE 19 – ORDRE DU JOUR

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

Les délégués peuvent demander l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolutions dans les conditions déterminées comme suit conformément aux articles L. 114-8- III et D. 114-6 du Code de la mutualité : tout projet de résolution adressé par lettre recommandée avec accusé de réception au Président du Conseil d'Administration cinq jours au moins avant la date de la réunion de l'Assemblée Générale, par le quart au moins des délégués titulaires, est obligatoirement inscrit à l'ordre du jour.

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

ARTICLE 20 – PROCÈS-VERBAUX

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

ARTICLE 21 – QUORUM ET MAJORITÉ

1/ Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, les délégations de pouvoir au Conseil d'Administration, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de l'Union, la création d'une nouvelle Union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si les délégués présents sont en nombre au moins égal à la moitié du nombre des délégués titulaires.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée qui délibère valablement si les délégués présents sont en nombre au moins égal au quart du nombre des délégués titulaires.

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

2/ Autres délibérations de l'Assemblée Générale

Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées au §1/ ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si les délégués présents sont en nombre au moins égal au quart du nombre des délégués titulaires. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée, qui délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents et de groupements représentés.

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

SECTION III – ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 22 – COMPÉTENCES RÉSERVÉES À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

Elle est seule compétente pour statuer sur :

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

ARTICLE 23 – COMPÉTENCES À EXERCER CHAQUE ANNÉE

L'Assemblée Générale statue chaque année sur :

- 1°) la modification, si elle est nécessaire, des montants ou taux de cotisations, ou la délégation donnée au Conseil d'Administration aux fins de fixer ces montants ou ces taux ;
- 2°) la modification, si elle est nécessaire, des montants ou taux des prestations offertes, ou la délégation donnée au Conseil d'Administration pour fixer ces montants ou ces taux ;
- 3°) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- 4°) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe auquel elle appartient, dès lors qu'elle en aurait l'obligation réglementaire ;
- 5°) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité ;
- 6°) les indemnités à attribuer aux Administrateurs, dans les conditions prévues à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité et le rapport spécial sur les indemnités versées au cours de l'année écoulée, certifié par le Commissaire aux comptes, tel qu'il est prévu par l'article L. 114-17 du Code de la mutualité ;
- 7°) le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre l'Union et d'autres groupements mutualistes, auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu par l'article L. 114-39 du Code de la mutualité ;
- 8°) le rapport présenté par le Conseil d'Administration sur les opérations d'intermédiation et les délégations de gestion, mentionné à l'article L. 116-4 du code de la mutualité ; et plus généralement sur toutes les matières pour lesquelles la loi impose un vote annuel de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 24 – CLAUSE GÉNÉRALE DE COMPÉTENCE

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

CHAPITRE 2 – CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I – COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 25 – COMPOSITION

1/ L'Union est administrée par un Conseil d'Administration de 45 membres élus parmi les délégués à l'Assemblée Générale de l'Union, dans les conditions fixées aux articles 26 à 28.

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

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

2/ À compter du renouvellement du tiers sortant 2016, les 45 postes seront répartis entre chaque collège en proportion du chiffre d'affaires généré par les membres participants dudit collège, arrondi à l'entier le plus proche. Le Conseil d'Administration déterminera à chaque renouvellement du tiers sortant le nombre de postes à pourvoir dans chaque collège en fonction de l'évolution du critère ci-dessus, pour autant que la variation constatée impacte la répartition du chiffre d'affaires par collège d'au moins trois points pour au moins un collège. Pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires retenu est celui défini à l'article 17 ci-dessus.

ARTICLE 26 - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Nul ne peut être élu au Conseil d'Administration :

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

ARTICLE 27 - DÉCLARATIONS DE CANDIDATURES

Les formulaires de candidature aux fonctions d'Administrateur sont adressés par tout moyen par le Président ou le Secrétaire Général du Conseil d'Administration aux délégués désignés dans les conditions fixées à l'article 17.

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

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

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

ARTICLE 28 - MODALITÉS DE L'ÉLECTION

10 jours francs avant la date de l'Assemblée Générale, le Président ou le Secrétaire Général du Conseil d'Administration mettra par tout moyen à disposition des délégués désignés dans les conditions fixées à l'article 17 les professions de foi des candidats aux fonctions d'Administrateur et éventuellement le matériel de vote.

L'élection a lieu au scrutin uninominal à deux tours. Les membres de l'Assemblée Générale votent à bulletin secret.

Sont élus au premier tour les candidats qui ont réuni la majorité des suffrages exprimés. Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative.

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

ARTICLE 29 - LIMITE D'ÂGE

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

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les Administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'Administrateur le plus âgé.

ARTICLE 30 - DURÉE NORMALE DU MANDAT

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

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

Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Il est procédé de la même manière entre les nouveaux élus à chaque fois que sont pourvus des sièges qui n'étaient pas antérieurement pourvus.

ARTICLE 31 - FIN ANTICIPÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration perdent leur mandat :

- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, conformément aux dispositions de l'article 29 ;
- lorsqu'ils perdent leur qualité de délégué à l'Assemblée Générale par suite d'une décision du groupement mutualiste auquel ils appartiennent ;
- en cas de démission, radiation ou exclusion du groupement mutualiste dont ils sont délégués ;
- lorsqu'ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office en application de l'article L. 114-23 du Code de la mutualité.
- lorsqu'ils sont frappés d'une quelconque incapacité d'exercer des fonctions d'Administrateur par application de la loi, et notamment de l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,
- dans le délai visé par la réglementation suite à une décision d'opposition de l'autorité en charge du contrôle des mutuelles prise en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier.

ARTICLE 32 - VACANCE

En cas de vacance d'un siège d'Administrateur (y compris lorsque la vacance est consécutive à une décision d'opposition de l'autorité en charge du contrôle des mutuelles prise en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier), et à la condition que cette vacance n'ait pas pour effet de faire tomber le nombre d'Administrateurs en dessous du nombre minimum prévu par l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il est pourvu provisoirement par le Conseil d'Administration à la désignation d'un nouvel administrateur au siège devenu vacant jusqu'à la prochaine Assemblée générale au cours de laquelle une nouvelle élection est organisée.

Chaque administrateur ainsi élu achève le mandat de son prédécesseur.

Si un Administrateur nommé à titre provisoire par le Conseil d'Administration n'est pas ensuite élu par l'Assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet Administrateur et les actes qu'il aura accomplis n'en seront pas moins valables.

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

ARTICLE 33 - REPRÉSENTATION DES SALARIÉS

Deux représentants des salariés de l'Union assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration. Ils sont élus de la manière indiquée ci-après.

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

Les salariés votent à bulletin secret. Le scrutin comprend un tour. Sont élus en qualité de titulaires, dans chaque collège, le candidat qui a eu le plus de voix et, en qualité de suppléant, le candidat immédiatement placé ensuite.

SECTION II - RÉUNIONS

ARTICLE 34 - CONVOCATIONS

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

ARTICLE 35 - DÉLIBÉRATIONS

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

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

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

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents.

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

ARTICLE 36 - PROCÈS-VERBAUX

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

SECTION III - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 37 - ATTRIBUTIONS DE PLEIN DROIT

Le Conseil dispose, pour l'administration et la gestion de l'Union, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale par le Code de la mutualité et les présents statuts.

Il veille scrupuleusement à accomplir toutes les missions qui lui sont confiées par les lois et règlements, spécialement par l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

ARTICLE 38 - DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS

Le Conseil d'Administration peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses attributions soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs Administrateurs, soit au dirigeant opérationnel.

Seules peuvent être ainsi déléguées des attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'Administration par le Code de la mutualité.

Les décisions par lesquelles le Conseil d'Administration délègue ses attributions doivent être réitérées à chaque renouvellement partiel du Conseil d'Administration. Elles peuvent être révoquées à tout moment.

ARTICLE 39 - COMMISSIONS

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

CHAPITRE 3 - PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION I - ÉLECTION, COMPOSITION

ARTICLE 40 - COMPOSITION DU BUREAU

Le Bureau est composé de la façon suivante :

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

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

ARTICLE 41 - DURÉE DU MANDAT

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

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

ARTICLE 42 - MODALITÉS D'ÉLECTION AU BUREAU

Les membres du Bureau sont élus à bulletin secret, à l'issue d'un scrutin uninominal à deux tours, dans les conditions de majorité énoncées à l'article 28.

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

- huit jours francs avant la date prévue pour le premier Conseil d'Administration suivant l'Assemblée Générale au cours de laquelle a eu lieu le renouvellement total ou par tiers du Conseil d'Administration ;

- huit jours francs avant la date prévue pour la réunion du Conseil d'Administration appelé à pourvoir un siège devenu vacant.

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

Elles peuvent être également adressées par télécopie ou courrier électronique aux numéros ou adresse indiqués à cet effet. Les candidats doivent s'assurer de la bonne réception de leurs candidatures.

ARTICLE 43 - VACANCE D'UN POSTE DU BUREAU

I - Lorsque le poste de Président devient vacant (y compris lorsque la vacance est consécutive à une décision d'opposition de l'autorité en charge du contrôle des mutuelles prise en application de l'article L 612-23-1 du code monétaire et financier), le premier Vice-président convoque sans délai le Conseil d'Administration aux fins de procéder à une nouvelle élection.

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

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

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

SECTION II - RÉUNIONS DU BUREAU

ARTICLE 44 - CONVOCATIONS

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

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

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

ARTICLE 45 - DÉLIBÉRATIONS

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

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

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

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents.

ARTICLE 46 - PROCÈS-VERBAUX

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

SECTION III - ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU

ARTICLE 47 - ATTRIBUTIONS DU PRÉSIDENT

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

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

Il exerce les attributions qui lui sont confiées par le Conseil d'Administration, y compris dans l'engagement des dépenses.

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

ARTICLE 48 - ATTRIBUTIONS DES VICE-PRÉSIDENTS

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

ARTICLE 49 - ATTRIBUTIONS DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ET DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT

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

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

ARTICLE 50 - ATTRIBUTIONS DU TRÉSORIER GÉNÉRAL ET DU TRÉSORIER GÉNÉRAL ADJOINT

Le Trésorier Général effectue les opérations financières dans le cadre du Comité Financier ainsi que les opérations comptables de l'Union.

Conformément aux lignes directrices de la politique des placements arrêtées par le Conseil d'Administration, il supervise l'achat, la vente et, d'une façon générale, toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il présente à l'Assemblée Générale un rapport annuel sur la situation financière de l'Union.

Le Trésorier Général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, déléguer sa signature à des salariés de l'Union, pour des objets nettement déterminés.

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

CHAPITRE 4 - DIRIGEANT OPERATIONNEL ET DIRIGEANTS EFFECTIFS

ARTICLE 51 - DIRIGEANT OPERATIONNEL

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

Le Conseil d'Administration approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la

direction effective de l'Union. Le dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'Administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Le dirigeant opérationnel assiste à toutes les réunions du Conseil d'Administration.

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

ARTICLE 52 - DIRIGEANTS EFFECTIFS

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

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

Ces personnes doivent disposer d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de l'Union, faire preuve d'une disponibilité suffisante au sein de l'Union pour exercer ce rôle, et être impliquées dans les décisions ayant un impact important sur l'Union, notamment en matière de stratégie, de budget ou de questions financières. Sur proposition de son Président, le Conseil d'Administration peut leur retirer cette fonction.

Les dirigeants effectifs sont tenus d'informer l'Union des poursuites pénales ou administratives diligentées contre eux pour l'un des faits mentionnés à l'article L. 114-27 du Code de la mutualité.

CHAPITRE 5 - STATUT DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPERATIONNEL

SECTION I - DISPOSITIONS COMMUNES AUX ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANT OPERATIONNEL

ARTICLE 53 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPERATIONNEL

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

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

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

ARTICLE 54 - CONVENTIONS INTERDITES OU RÉGLEMENTÉES

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

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

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

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

SECTION II - STATUT SPÉCIFIQUE DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 55 - INDEMNISATION DES ADMINISTRATEURS

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites sous réserve des dispositions des articles L. 114-26 et L. 114-27 du Code de la mutualité.

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

ARTICLE 56 - ACTIVITÉS INTERDITES AUX ADMINISTRATEURS

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

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

ARTICLE 57 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

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

ARTICLE 58 - HONORARIAT

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

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

SECTION III - STATUT SPÉCIFIQUE DU DIRIGEANT OPERATIONNEL

ARTICLE 59 - DÉCLARATIONS

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

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

TITRE III - ORGANISATION FINANCIÈRE

CHAPITRE 1^{er} - PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 60 - PRODUITS

Les produits de l'Union comprennent :

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

ARTICLE 61 - CHARGES

Les charges de l'Union comprennent :

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

ARTICLE 62 - ENGAGEMENT, PAIEMENT ET CONTRÔLE DES DÉPENSES

Les dépenses de l'Union sont engagées par le Président et payées par le Trésorier Général ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux articles 47 et 50 des présents statuts.

Le responsable de la mise en paiement s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les statuts de l'Union et les délibérations de ses instances.

CHAPITRE 2 - RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

ARTICLE 63 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT

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

ARTICLE 64 - RÈGLES PRUDENTIELLES

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

ARTICLE 65 - RÉASSURANCE DES RISQUES

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

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

ARTICLE 66 - COMMISSAIRE AUX COMPTES

Un Commissaire aux comptes et un suppléant sont nommés pour 6 ans par l'Assemblée Générale sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce. L'Assemblée Générale peut librement décider de désigner un deuxième Commissaire aux comptes pour la même durée.

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

TITRE IV - OBLIGATIONS DE L'UNION ET DE SES ORGANISMES ADHÉRENTS

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

ARTICLE 67 - CONTRIBUTIONS DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS

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

L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles locales d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour lesdites mutuelles nationales.

L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles dites professionnelles d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour lesdites mutuelles nationales.

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

Le taux de la contribution et, le cas échéant, son montant minimum sont fixés par l'Assemblée Générale ou, sur délégation de celle-ci, par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 68 - INFORMATIONS DONNÉES À L'UNION

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

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

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

ARTICLE 69 - ADHÉSION À AGMF ACTION SOCIALE

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

ARTICLE 70 - ADHÉSION À UNE AUTRE UNION

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

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

CHAPITRE 2 - OBLIGATIONS DE L'UNION ENVERS LES ADHÉRENTS

ARTICLE 71 - DROIT À L'ACCÈS AUX PRESTATIONS

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

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

ARTICLE 72 - INFORMATION DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS

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

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

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