

PRÉVOYANCE IMMOBILIER



NOTICE (VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES)

REF CG: PIM 15-05/15

SOMMAIRE

1- QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ	p.3
2- QUE GARANTIT LA CONVENTION PRÉVOYANCE IMMOBILIER	p.3
3- LE CONTENU DES GARANTIES	p.4
4- LE CONTRÔLE MEDICAL	p.6
5- QUE FAUT-IL FAIRE POUR METTRE EN ŒUVRE LES GARANTIES ?	p.7
6- MODALITÉ DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	p.8
7- EXCLUSIONS DE GARANTIES	p.9
8- EFFET, DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES	p.9
9- AJUSTEMENT DE L'ADHÉSION	p.11
10- LA COTISATION.....	p.11
11- LA GESTION ADMINISTRATIVE DE L'ADHÉSION À LA CONVENTION.....	p.12
12- OBLIGATIONS SPÉCIFIQUES DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE.....	p.12
13- LA PORTABILITÉ DES GARANTIES APRÈS RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL	p.13
14- PRESCRIPTION	p.14
15- EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET DEMANDE DE MÉDIATION	p.15
16- PROTECTION DES DONNÉES	p.15
LEXIQUE.....	p.16
EXTRAIT DES STATUTS	p.17

PRÉAMBULE

La présente notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la Convention de groupe à adhésion obligatoire « PRÉVOYANCE IMMOBILIER » souscrite par l'**Association des Assurés APRIL** auprès d'**IDENTITES MUTUELLE** (Convention d'assurance n° IDM2015P01).

IDENTITES MUTUELLE est une Mutuelle relevant des dispositions du livre II du Code de la mutualité et le Règlement Collectif, SIREN 379 655 541, dont le siège social est situé 24 boulevard de Courcelles, 75017 Paris.

Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont l'adresse est au 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

IDENTITES MUTUELLE est également désignée par le terme « Organisme assureur » dans la présente Notice.

L'Association des Assurés APRIL est une association loi 1901, située 69439 Lyon Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale.

L'Association des Assurés APRIL est également désignée par le terme « Association » dans la présente Notice.

La langue utilisée dans le cadre de l'exécution de cette convention est la langue française.

L'organisme gestionnaire de cette Convention est, par délégation de l'Organisme assureur, **APRIL Entreprise Prévoyance**, S.A.S. au capital de 2 441 600€ dont le siège social est situé Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - CS 63341- 69439 Lyon Cedex 03 – RCS Lyon 493 481 816 – N°ORIAS 08 040 197 - soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

APRIL Entreprise Prévoyance est désignée ci-après par le terme « APRIL ».

L'Adhérent est l'entreprise membre de l'Association des Assurés APRIL qui adhère à la présente Convention de groupe.

L'adhésion à cette Convention est constituée par la demande d'adhésion, les bulletins d'affiliation, la présente Notice valant conditions générales, l'Attestation d'adhésion, les Certificats d'affiliation et le résumé des garanties souscrites, remis à l'entreprise Adhérente et à chacun des Participants.

La Convention est régie par la législation française et notamment le Code de la Mutualité et le Règlement Collectif.

D'autre part, cette Convention a pour objet de répondre aux dispositions du régime prévoyance de la branche de l'immobilier (IDCC n°1527). Ainsi, toute évolution du régime de l'accord de branche pourra entraîner une mise en conformité automatique de la présente Convention.

Pour vous faciliter la compréhension, chaque terme ou expression écrit avec une majuscule est défini(e) au Lexique.

1. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?

Cette Convention d'assurance de groupe est ouverte à toute entreprise membre de l'Association des Assurés APRIL, appliquant la convention collective de l'immobilier (IDCC n°1527) et dont le siège social se situe en France continentale (**Corse exclue**).

La Convention s'applique aux salariés de l'entreprise Adhérente qui appartiennent à la catégorie de personnel définie à l'Attestation d'adhésion (collège assuré) et qui résident en France continentale (**Corse exclue**).

Pour être admissible à l'assurance, tout Participant doit remplir un bulletin d'affiliation.

L'entreprise Adhérente doit déclarer tout arrêt de travail ou invalidité en cours, y compris pour ses salariés dont le contrat de travail a été rompu.

Ces dispositions s'appliquent également pour tout salarié embauché postérieurement à l'adhésion de l'entreprise Adhérente.

L'entreprise Adhérente doit procéder à l'affiliation de l'ensemble de ses salariés appartenant au collège assuré.

L'étude du dossier de chaque salarié détermine les conditions d'acceptation ou de refus de l'adhésion. Le non accomplissement des formalités d'affiliation par un salarié remet en cause l'adhésion de l'entreprise.

2. QUE GARANTIT LA CONVENTION PRÉVOYANCE IMMOBILIER ?

2.1 NATURE DES PRESTATIONS

Si le Participant est victime d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e) pendant la période sur laquelle l'adhésion à la Convention est en vigueur, APRIL procédera, en fonction du niveau de garanties souscrit, au versement :

- d'un capital et le cas échéant d'une rente en cas de décès du Participant ;
- d'une allocation obsèques en cas de décès du Participant, de son Conjoint ou d'un Enfant à charge ;
- d'un capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A) du Participant ;
- d'indemnités en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Partielle (I.P.P), du Participant.

Les garanties souscrites figurent au résumé de garanties, elles reposent sur les déclarations de l'Entreprise Adhérente, des Participants et sur la bonne foi des parties.

2.2 TRAITEMENT DE BASE DES GARANTIES

► Pour la détermination des prestations :

Sauf cas particuliers prévus dans la présente Notice, le traitement de base est l'assiette permettant de déterminer le montant des prestations dues au titre de la présente Convention.

- Concernant les salariés en activité : Le traitement de base correspond à la rémunération brute (y compris les rémunérations variables telles que les commissions, primes ou gratifications) perçues par le Participant au cours des douze (12) mois civils précédant le Sinistre.

À noter : si le Participant ne compte pas douze (12) mois de présence à la date du Sinistre, la rémunération brute est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations soumises à cotisations sociales afin de reconstituer le régime de base. Le cas échéant, les éléments variables de rémunération sont intégrés dans le calcul de la moyenne mensuelle sur la base de 1/12 de leur montant.

- Si le salarié était en arrêt de travail total ou en mi-temps thérapeutique avant la date de son décès :

Le traitement de base servant au calcul des prestations décès est la rémunération brute soumise à cotisations sociales au cours des douze (12) mois ayant précédé l'arrêt de travail ou le mi-temps thérapeutique (y compris les rémunérations variables telles que les commissions, primes et gratifications). La base ainsi déterminée est revalorisée entre la date de l'arrêt de travail ou du début du mi-temps thérapeutique et celle du décès.

Dans tous les cas :

- la rémunération à retenir pour la détermination du traitement de base est celle déclarée par l'entreprise Adhérente ;

- **cette rémunération est limitée aux tranches suivantes** :

Tranche A : Fraction de la rémunération limitée au montant du Plafond Annuel de la Sécurité sociale (PASS) ;

Tranche B : Fraction de la rémunération supérieure au montant du Plafond Annuel de la Sécurité sociale et inférieure ou égale à quatre (4) fois ce même plafond ;

- les primes, indemnités et éventuels rappels versés lors du départ de l'entreprise Adhérente ou ultérieurement sont exclus du traitement de base.

Le traitement de base journalier correspond au traitement de base annuel divisé par 365.

► Pour le calcul de l'assiette de cotisation :

Les garanties sont assurées en contrepartie d'une cotisation dont le montant est déterminé par application d'un pourcentage au traitement de base.

Le traitement de base correspond à la rémunération brute (y compris les rémunérations variables telles que les commissions, primes et gratifications) de chaque Participant, telle qu'elle est retenue pour le calcul de l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale, dans la limite des tranches A et B.

Les primes, indemnités et rappels versés au participant lors de son départ de l'entreprise ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite...) sont exclus de l'assiette de cotisation.

À noter : En cas de suspension du contrat de travail, le traitement de base à retenir correspond à la moyenne de cette même rémunération perçue au cours des douze (12) derniers mois au cours desquels l'activité professionnelle a été exercée.

3. LE CONTENU DES GARANTIES

Les garanties souscrites et leurs montants sont mentionnés et détaillés sur le résumé des garanties remis à l'entreprise Adhérente et à chaque Participant.

Le montant des prestations (à l'exception de la garantie allocation obsèques) est obtenu par application d'un pourcentage au traitement de base. Ce pourcentage est mentionné au résumé des garanties de chaque Participant.

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

Modification des niveaux de garanties :

Tout changement des niveaux de garanties est soumis à étude et acceptation préalable de la part d'APRIL.

L'entreprise Adhérente peut formuler une demande de modification de ses garanties à effet du 1er janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre précédent. En cas d'acceptation, l'accord d'APRIL est concrétisé par l'émission d'une nouvelle Attestation d'adhésion et de nouveaux Certificats d'affiliation.

3.1 EN CAS DE DÉCÈS

Les montants des garanties décès figurent au résumé de garanties remis à chaque Participant. **Le paiement des prestations prévues en cas de décès met fin à l'ensemble des garanties souscrites à l'exception de la garantie double effet.**

► **Garantie décès de base :**

En cas de décès du Participant, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e), il sera versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) par le Participant un capital dont le montant varie en fonction de la situation familiale et du niveau de garantie choisi.

La situation familiale s'apprécie au jour du décès du Participant.

A noter :

Si un Participant bénéficie d'un maintien de garantie décès auprès d'un précédent organisme assureur, dans ce cas, l'adhésion à la présente Convention garantit la prise en charge de l'éventuel différentiel pouvant exister entre la garantie décès maintenue par le précédent organisme assureur et celle prévue au titre de cette Convention.

Cette prise en charge est garantie en contrepartie du paiement par l'entreprise Adhérente d'une prime unique ou d'une surcotisation temporaire selon la nature de la reprise, calculée par l'Organisme assureur sur la base de la déclaration des risques de l'entreprise Adhérente.

► **Majoration du capital décès :**

En fonction du niveau de garantie souscrit, une majoration du capital décès sera appliquée si au jour du décès du Participant des personnes étaient à sa charge.

Le montant de cette majoration est précisé au résumé de garanties.

La répartition de la majoration de capital s'effectuera par parts égales entre ces Bénéficiaires.

Sont considérés comme personnes à charge au sens de la Convention :

- les ascendants du Participant qui sont reconnus par l'Administration fiscale dans le calcul du quotient familial, comme étant à la charge du Participant ;
- Les enfants du Participant ou de son Conjoint qui vivent sous le même toit s'ils sont mineurs ou, quel que soit

leur âge s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue par le Code de la Famille et de l'Aide sociale ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de moins de vingt-huit (28) ans ;
- ne pas être salarié et ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail sauf lorsqu'ils poursuivent des études notamment en contrat d'apprentissage ou de contrat de professionnalisation ou s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à trois (3) mois ou d'un emploi dont la rémunération mensuelle est inférieure à soixante (60) pourcent du SMIC ;
- être à la charge fiscale du Participant ou s'ils reçoivent du Participant une pension alimentaire déductible de ses revenus imposables.

La situation d'Enfant à charge s'apprécie au jour du Sinistre.

L'enfant né viable moins de 300 jours après le décès du Participant, est également considéré comme personne à charge.

► **Allocation obsèques :**

En cas de décès du Participant, de son Conjoint ou d'un Enfant à charge, une allocation obsèques sera versée à la personne qui justifie s'être acquittée des frais d'obsèques.

Le montant de cette allocation est exprimé en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au moment du décès.

Cette allocation sera versée dans la limite des frais réellement engagés. Toutefois en cas de surplus entre le montant garanti et les frais réellement engagés, le restant dû sera versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès.

► **Garantie rente éducation :**

En fonction du niveau de garantie souscrit, une rente annuelle temporaire sera versée aux Enfants à la charge du Participant au jour de son décès.

Cette rente est payable jusqu'au 18ème anniversaire de l'enfant et peut être prorogée jusqu'à son 26ème anniversaire s'il poursuit ses études.

Conformément au résumé des garanties, le montant de cette rente est progressif selon l'âge de l'enfant.

3.2 EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A) QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie correspond à une situation dans laquelle le Participant est dans l'incapacité totale et irrémédiable de se livrer à une activité professionnelle quelconque et qui nécessite l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie courante (se laver, se nourrir, s'habiller, se déplacer).

Le Participant doit en outre être titulaire d'une pension d'invalidité de 3ème catégorie de la Sécurité sociale avec majoration pour assistance d'une tierce personne ou bénéficiaire d'une rente d'incapacité permanente avec majoration pour assistance d'une tierce personne dont le taux est à minima de 100% .

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'état de santé du Participant correspond à l'état de P.T.I.A, lui

sera versé, par anticipation, le montant du capital prévu au titre de la garantie décès de base.

Le paiement de cette prestation met fin à l'ensemble des garanties souscrites à l'exception de la garantie double effet.

3.3 EN CAS DE DÉCÈS OU DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A) PAR ACCIDENT

En fonction du niveau souscrit, il sera versé, en cas de décès ou de P.T.I.A du Participant consécutif à un Accident garanti, un capital supplémentaire d'un montant identique à celui prévu pour la garantie décès de base.

Ce capital sera versé au Participant en cas de P.T.I.A, ou au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) par le Participant en cas de décès du ce denier.

Pour pouvoir mettre en jeu cette garantie, le décès ou la P.T.I.A du Participant doit survenir dans les douze (12) mois qui suivent l'Accident à l'origine du Sinistre.

3.4 GARANTIE DOUBLE EFFET

En cas de décès du Conjoint, simultané ou postérieur à celui du Participant, un capital supplémentaire identique à celui du capital décès de base (Hors doublement Accident en cas de décès par Accident) sera versé aux Enfants restant à la charge du Conjoint.

Ce capital devra être réparti entre eux par parts égales

Il en sera de même en cas de P.T.I.A du Conjoint simultané ou postérieure à celle du Participant (hors doublement Accident en cas de de P.T.I.A par Accident).

Attention : Pour que cette garantie soit mise en jeu, le décès ou la P.T.I.A du Conjoint doit intervenir avant la date de sa mise en retraite, quelle qu'en soit la cause. En l'absence d'Enfant à charge, aucun capital ne pourra être versé au titre de la garantie double effet.

3.5 EN CAS D'INVALIDITÉ DU PARTICIPANT :

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), le Participant est reconnu en invalidité de 1er catégorie (invalide capable d'exercer une activité rémunérée), de 2ème catégorie (invalide absolument incapable d'exercer une profession quelconque) ou 3ème catégorie (invalide absolument incapable d'exercer une profession et qui est dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie : se lever, se laver s'habiller, s'alimenter) ou s'il est reconnu en état d'Invalidité à la suite d'un accident du travail, accident de trajet ou d'une maladie professionnelle, il lui sera attribué une rente dont le montant est fonction du degré d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente, attribué par la Sécurité sociale.

A noter : en cas de taux d'incapacité permanente inférieur à 33%, aucune prestation ne sera délivrée.

► Détermination du montant de la rente

En fonction du degré d'invalidité/taux d'incapacité permanente retenu par la Sécurité sociale, un pourcentage sera appliqué au traitement de base (cf. article 2.2) afin de déterminer le montant de la rente à verser. Ce pourcentage figure au résumé de garanties remis à chaque Participant.

Le montant de la rente sera versé après déduction des prestations (brutes de CSG et CRDS) versées par

le régime d'assurance obligatoire du Participant (hors majoration pour tierce personne).

Attention : le cumul des prestations versées par l'Organisme assureur avec les prestations versées par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultative ne peut excéder 100% du salaire net qu'aurait reçu le Participant s'il était n'était pas en invalidité.

Dans ce dernier cas, les prestations sont limitées à 100% du salaire net imposable.

La rémunération nette imposable est égale à la rémunération brute déduction faite des cotisations sociales mises à la charge du Participant.

► Révision de la rente :

Le montant de la rente pourra être révisé à tout moment à la hausse ou à la baisse si le niveau/taux d'invalidité se trouve modifié.

► Cessation du versement de la rente :

L'indemnisation cesse :

- si la Sécurité sociale considère que l'état de santé du Participant ne relève plus de l'état d'invalidité ;
- si le taux d'incapacité permanente devient inférieur à 33% ;
- à la date de la mise à la retraite du Participant quel qu'en soit le motif et notamment en cas de transformation de la pension d'invalidité /rente incapacité permanente en pension de vieillesse ;
- en cas d'expertise médicale faisant état d'un état d'Invalidité non justifié ;
- en cas de refus du Participant de procéder à l'expertise médicale diligentée par APRIL.

3.6 EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T) DU PARTICIPANT :

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), le Participant est dans l'incapacité temporaire complète et continue, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle, APRIL versera une indemnité journalière à l'issue de la période de maintien de salaire due par l'entreprise Adhérente ou à l'expiration du délai de Franchise mentionné au résumé de garanties pour les Participants ayant moins d'un (1) an d'ancienneté dans l'entreprise Adhérente.

Le montant de l'indemnité journalière est obtenu par application d'un pourcentage au traitement de base sous déduction des prestations (brutes de CSG et CRDS) versées par le régime d'assurance obligatoire du Participant.

Le pourcentage à appliquer au traitement de base pour déterminer le montant de l'indemnité journalière figure au résumé de garanties remis à chaque Participant.

Attention : Le cumul des prestations versées par l'Organisme assureur avec les prestations versées par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ne peut excéder 100% du salaire net imposable qu'aurait reçu le Participant s'il était en activité.

A noter : Si le contrat de travail est rompu alors que des prestations sont versés par APRIL, la notion d'Incapacité Temporaire Totale sera alors appréciée au regard de toute activité professionnelle.

De même, si le Participant bénéficie d'un maintien de garantie après rupture du contrat de travail en application du dispositif de portabilité, la notion d'Incapacité Temporaire

Totale sera également appréciée au regard de toute activité professionnelle.

► **Les cas de rechute :**

Toute Rechute dans les deux (2) mois de la reprise de travail au sein de l'entreprise Adhérente sera considérée comme un seul et même Sinistre, sous réserve que l'incapacité initiale ait été prise en charge par l'Organisme assureur et que la Convention soit toujours en vigueur à la date de la Rechute. Dans cette hypothèse, le service des indemnités journalières sera repris dès le 1er jour du nouvel arrêt de travail, sans nouvelle application du délai de Franchise.

► **Les cas de reprise d'activité**

Si à la suite d'un Sinistre le Participant reprend son activité professionnelle au sein de l'entreprise Adhérente dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique ; APRIL pourra après avis de son médecin conseil poursuivre le versement des indemnités au titre de la garantie Incapacité de travail sous déduction, le cas échéant, des prestations versées par le Régime obligatoire et du salaire perçu par le Participant sur la période considérée.

Dans ce cas, la garantie ITT sera versée à hauteur de 60% de la partie du salaire non perçue par le Participant du fait de sa reprise en mi-temps thérapeutique.

Le cumul des prestations versées par APRIL, par le Régime obligatoire et le salaire perçu par le Participant ne pourront avoir pour effet de procurer au Participant un revenu de remplacement supérieur au montant du salaire net imposable qu'il aurait perçu s'il exerçait à temps plein.

► **Cas spécifiques : congé maternité / paternité**

Les Participants en arrêts de travail pour maternité ou en congé légal de maternité ou paternité, seront indemnisés au titre de la garantie I.T.T sans application d'un délai de carence, après déduction des Indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.

► **Cessation de l'indemnisation au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail :**

- en cas de cessation du versement des prestations de la Sécurité sociale,
- après 1095 jours d'arrêt de travail,
- en cas de reprise du travail totale,
- en cas d'attribution d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale,
- en cas de décès du Participant,
- en cas d'expertise médicale s'il est établi que l'état de santé du Participant ne correspond plus à l'état d'Incapacité Temporaire Totale de travail,
- en cas de Consolidation de l'état de santé du Participant,
- en cas de refus du Participant de procéder à l'expertise médicale diligentée par APRIL.

4. LE CONTRÔLE MEDICAL

APRIL se réserve expressément la faculté de réclamer toutes pièces qu'elle estimera nécessaires et de faire expertiser à tout moment le Participant par un médecin de son choix pour contrôler et reconnaître l'état d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité du Participant indépendamment de la décision du régime obligatoire de Sécurité sociale.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, les médecins désignés par APRIL doivent avoir libre accès auprès du Participant afin de pouvoir constater son état. A défaut, le service des prestations sera suspendu ou supprimé.

Il en est de même en cas de refus de transmission des pièces justificatives demandées.

Le médecin expert missionné par APRIL, est un médecin indépendant, spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et le Participant a la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par le médecin de son choix. Dans ce cas, les frais et honoraires de son médecin sont à la charge du Participant.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise contradictoire pourra être organisée à la demande du Participant. Chacune des parties désignera alors un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin afin de recourir à un arbitrage. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Dans cette hypothèse, les parties attendront que le troisième ait déposé son rapport avant de recourir à une éventuelle action judiciaire pour le règlement du litige.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

Le Participant qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, perd tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

En cas d'accident ou de maladie atteignant le Participant hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France continentale pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un Sinistre.

5. QUE FAUT-IL FAIRE POUR METTRE EN ŒUVRE LES GARANTIES ?

Dans le cadre de l'exécution de la présente Convention, le médecin conseil d'APRIL pourra demander au Participant, au(x) Bénéficiaire(s) ou à ses ayants droit des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel. Le Participant agissant pour son compte et celui de ses ayants droits, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu qu'APRIL s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical, ces personnes étant toutes habilitées à traiter ces données et soumises au respect du secret professionnel.

Les sommes dues sont payables après réception et étude du dossier complet par APRIL.

Pour obtenir le règlement des prestations, le Participant, ses ayants droits ou le(s) Bénéficiaire(s) de la garantie, devront communiquer à APRIL tous les justificatifs nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge) et notamment :

En cas de décès :

- la copie intégrale de l'acte de naissance du Participant et le cas échéant celui du Conjoint en cas de mise en œuvre de la garantie double effet ;
- la copie intégrale de l'acte de décès du Participant et le cas échéant celui du Conjoint en cas de mise en œuvre de la garantie double effet ;
- le certificat médical fourni par APRIL à compléter et signer par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès ;
- la justification des charges de famille (copie du livret de famille, certificat de scolarité, attestation fiscale, etc.),
- le dernier avis d'imposition ou selon les cas la déclaration de revenus N ou N-1 de l'Assuré ;
- les justificatifs d'identité du Bénéficiaire (carte nationale d'identité, copie de livret de famille, du pacte civil de solidarité, de l'acte de dévolution successoral, de l'acte de naissance...);
- le cas échéant, dans le cadre de la garantie rente éducation, une copie de l'attestation d'affiliation des enfants au régime d'assurance maladie (Sécurité sociale) ;
- le cas échéant, l'extrait de la délibération du conseil de famille ayant nommé les tuteurs et subrogés tuteurs si le Bénéficiaire est un enfant mineur ou l'attestation sur l'honneur d'administration légale établie par le Conjoint survivant ainsi que les coordonnées du juge des tutelles ;
- les bulletins de salaires perçus par le Participant au cours des douze (12) mois précédant celui du décès et l'attestation patronale du dernier jour travaillé ;
- s'il s'agit d'un Accident, toutes pièces justificatives précisant la cause, les circonstances du décès, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal ou rapport de police/gendarmerie est dressé ;
- la copie de la facture acquittée des frais d'obsèques ainsi que l'identité de la personne ayant acquitté ces frais ;
- toutes autres pièces nécessaires qu'APRIL pourrait être amenée à demander.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- la notification de l'attribution par la Sécurité sociale d'une rente d'invalidité et de la majoration pour assistance d'une tierce personne,
- un rapport médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de la Maladie ou les conséquences prévisibles de l'Accident, ainsi que le degré de l'inaptitude au travail, la date de Consolidation, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel,
- la justification des charges de famille (copie du livret de famille, certificat de scolarité, attestation fiscale, etc.),
- la copie intégrale de l'acte de naissance du Conjoint en cas de mise en œuvre de la garantie double effet,
- toutes autres pièces nécessaires qu'APRIL pourrait être amenée à demander.

En cas d'incapacité et d'invalidité

- la copie des douze (12) bulletins de salaire ayant précédé l'arrêt de travail et le dernier avis d'imposition ;
- le bordereau de paiement par la Sécurité sociale des indemnités journalières ou les décomptes des arrrages ;
- le cas échéant, la notification d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ;
- le certificat médical fourni par APRIL indiquant la nature de l'Accident ou de l'Affection qui justifie l'Incapacité de travail ou l'Invalidité, la date de début et la durée probable de cet état, ainsi que toutes les autres pièces qu'APRIL estimera nécessaires pour la justification de l'état d'Incapacité ou d'Invalidité (avis d'arrêt de travail et de prolongation, bulletin d'hospitalisation ...);
- en cas de reprise à mi-temps thérapeutique : une attestation de l'employeur ou les bulletin(s) de salaire précisant les salaires versés au titre du mi-temps et le pourcentage du mi-temps travaillé ;
- s'il s'agit d'un Accident, toutes pièces justificatives précisant la cause, les circonstances, la date et le lieu de l'Accident, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal ou rapport de police/gendarmerie est dressé.

En cas de rupture du contrat de travail :

- l'attestation de situation professionnelle de l'Assuré ;
- une photocopie de l'attestation de paiement ou de non-paiement des allocations du Pôle Emploi ;
- la copie de la carte nationale d'identité afin de permettre à l'organisme assureur de respecter ses obligations de déclaration fiscale.

APRIL pourra également demander toutes autres pièces complémentaires qu'elle estimera nécessaires pour apprécier l'état d'incapacité ou d'invalidité du Participant.

6. MODALITE DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Dispositions générales :

Les sommes dues sont payables après réception et étude du dossier complet par APRIL.

En cas de Sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Organisme assureur est subrogé dans les droits c'est-à-dire qu'il va exercer son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités qui auront été versées.

6.1 DISPOSITIONS CONCERNANT LE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS :

Le capital garanti en cas de décès sera versé en une seule fois aux Bénéficiaires désignés (cf. article 3.1).

Désignation de Bénéficiaire

Lors de son affiliation, le Participant a la faculté de désigner les Bénéficiaires de son choix sur son bulletin d'affiliation.

Cette désignation peut être faite sous seing privé (exemple : lettre) ou par acte authentique (exemple : testament devant notaire).

Par la suite, le Participant peut modifier cette désignation en adressant à APRIL une lettre datée et signée l'informant de cette nouvelle désignation de Bénéficiaire. Lorsque le(s) Bénéficiaire(s) est (sont) nommément désigné(s), ses (leurs) coordonnées doivent être rapportées sur la demande d'affiliation afin que nous puissions le(s) contacter dans le cadre du règlement du capital décès.

Toute désignation, acceptation, changement de désignation n'est opposable à APRIL que si elle a été portée à sa connaissance.

Faute de désignation de Bénéficiaire par le Participant ou si la désignation faite s'avère caduque au jour du décès, les sommes dues en cas de décès du Participant seront versées aux enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis à la charge fiscale du Participant, par parts égales entre eux, ou à défaut, au conjoint ou au partenaire lié par un PACS, ou à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis qui ne sont plus à charge fiscale du participant, présent ou représentés ; ou à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère du Participant ou au survivant d'entre eux ; ou à défaut par parts égales entre eux, aux autres ascendants vivants du Participant.

À défaut de toute personne susnommée ci-dessus, le capital sera versé aux héritiers du Participant suivant la dévolution successorale.

Conséquence de l'acceptation du Bénéficiaire :

La personne désignée comme Bénéficiaire, en cas de décès, peut à tout moment avec l'accord du Participant accepter le bénéfice de cette désignation faite à son profit en se manifestant auprès d'APRIL. Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé d'APRIL, du Participant et du Bénéficiaire. Elle peut également prendre la forme d'un acte sous seing privé ou authentique signé du Participant et du Bénéficiaire et n'aura alors effet à l'égard d'APRIL que lorsqu'elle lui aura été notifiée. Dans ce cas le Bénéficiaire devient bénéficiaire acceptant et

son accord devient obligatoire si le Participant souhaite désigner un autre Bénéficiaire. A défaut d'accord, APRIL ne pourra procéder à aucune modification.

Modalités d'instruction des Sinistres:

En cas de décès du Participant, APRIL Entreprise Prévoyance doit en être informé dans les plus brefs délais.

A réception de l'avis de décès et de la prise de connaissance des coordonnées du ou des Bénéficiaire(s), APRIL Entreprise Prévoyance dispose d'un délai de quinze (15) jours pour demander au(x) Bénéficiaire(s) l'ensemble des pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

A réception du dossier complet et si l'indemnisation est due, APRIL Entreprise Prévoyance procédera au règlement du capital dans un délai de trente (30) jours. A défaut de règlement dans ce délai, le capital non versé produira des intérêts conformément à la législation en vigueur.

Lorsque l'indemnisation est due, le capital garanti en cas de décès de l'Assuré est revalorisé à compter de la date du décès et jusqu'à la réception des pièces nécessaires au paiement ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des Dépôts et Consignations, selon un taux déterminé par décret.

En cas d'impossibilité d'identifier ou de retrouver le ou les Bénéficiaires du contrat dans le délai de dix (10) ans à compter de la connaissance du décès, l'Organisme assureur sera dans l'obligation de verser le capital dû auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC). Les sommes déposées à la CDC qui ne seront pas réclamées, seront acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt (20) ans à compter de la date de leur dépôt à la CDC.

6.2 DISPOSITIONS CONCERNANT LE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE P.T.I.A

Les prestations prévues en cas de P.T.I.A seront versées au Participant dès lors que son état de P.T.I.A aura été reconnu par APRIL.

6.3 DISPOSITIONS CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA RENTE ÉDUCATION

Si cette garantie est souscrite, les rentes éducation seront servies par arrérages trimestriels à terme échu au domicile des rentiers bénéficiaires ou de leur représentant légal. Le premier versement aura lieu à la fin du trimestre civil suivant celui au cours duquel est intervenu le décès du Participant.

La rente est servie jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel le rentier cesse de remplir les conditions requises.

En ce qui concerne les enfants de plus de 18 ans, la rente sera versée sous réserve de la production une fois par an d'un certificat de scolarité justifiant de la poursuite des études.

6.4 DISPOSITIONS CONCERNANT LE VERSEMENT DE LA RENTE D'INVALIDITÉ :

Les rentes sont servies par arrérages mensuels à terme échu à compter du jour où le Participant est reconnu en état d'Invalidité.

Le premier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre le jour de reconnaissance de l'Invalidité et la fin du mois civil en cours. Le dernier paiement est effectué au prorata du

temps écoulé entre le début du mois civil en cours et la date à laquelle prend fin le service de la rente par la Sécurité sociale.

La rente est versée à l'entreprise Adhérente tant que le Participant fait parti de ses effectifs. La rente est versée au Participant s'il ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise Adhérente.

6.5 DISPOSITION CONCERNANT LE VERSEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Les indemnités journalières sont payables mensuellement à terme échu à l'issue de la période de maintien de salaire due par l'entreprise Adhérente ou à l'expiration du délai de Franchise mentionné sur le résumé de garanties pour les Participants ayants moins d'un an d'ancienneté dans l'entreprise Adhérente. La Franchise est décomptée à compter du premier (1^{er}) jour d'arrêt de travail.

Les indemnités journalières sont versées à l'entreprise Adhérente tant que le Participant fait parti de ses effectifs. Elles seront versées au Participant si ce dernier ne fait plus parti des effectifs de l'entreprise Adhérente.

6.6 REVALORISATION DES PRESTATIONS :

En application de la Convention Collective Nationale (C.C.N) de l'Immobilier, si les résultats techniques et financiers le permettent, une revalorisation du traitement de base des garanties décès et des prestations Incapacité/Invalidité sera effectuée en fonction de l'évolution des salaires minima prévus par la CCN, dans les conditions suivantes :

Traitement de base des garanties décès :

Le traitement de base servant au calcul de l'ensemble des garanties décès est revalorisé entre la date de l'arrêt de travail et celle du décès.

Garantie Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité, rente éducation :

Les prestations Incapacité, Invalidité ou rente éducation sont revalorisées dès lors que les prestations sont en service depuis au moins douze(12) mois.

En cas de résiliation de l'Adhésion, les revalorisations ultérieures cessent d'être effectuées, celles déjà intervenues restent toutefois acquises. Cependant, les revalorisations des prestations seront attribuées dans les mêmes conditions que ci-dessus à tous les anciens Participants en arrêt de travail dont le contrat de travail a pris fin et cela même si l'entreprise Adhérente venait à disparaître pour raison économique (liquidation judiciaire).

A noter : Si l'adhésion à cette Convention fait suite à un changement d'organisme assureur (reprise à la concurrence), la prise en charge de la revalorisation des prestations en cours de service et du traitement de base des garanties décès sera garantie si le précédent organisme assureur ne les garantissait pas.

Cette prise en charge est garantie en contrepartie du paiement par l'entreprise Adhérente d'une prime unique ou d'une surcotisation temporaire selon la nature de la reprise, calculée par l'Organisme assureur sur la base de la déclaration des risques de l'entreprise Adhérente.

7. EXCLUSIONS DE GARANTIES

Ne sont jamais garantis les Sinistres résultant et/ou provenant

- d'une guerre mettant en cause l'Etat Français ;
- d'une guerre ne mettant pas en cause l'Etat Français si le salarié prend une part active au conflit ;

Les garanties restent accordées en cas de déplacement professionnel ou personnel, dès lors que l'Etat Français n'est partie belligérante et que le salarié ne prend pas une part active au conflit.

- du meurtre du salarié provoqué ou causé par le Bénéficiaire. Dans ce cas les garanties dues en cas de décès seront versées aux autres Bénéficiaires ;

- des effets directs ou indirects d'explosions, de chaleur, ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, de la radioactivité, ainsi que les effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules.

Toutefois, les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ou de fausse manœuvre dans leur utilisation sont garanties si elles se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel est soumis le salarié.

8. EFFET, DUREE, CESSATION DES GARANTIES

8.1 DATE D'EFFET DES GARANTIES:

Les garanties prennent effet pour l'entreprise Adhérente à la date de prise d'effet de son adhésion à la Convention puis, pour chacun des Participants, à la date de prise d'effet de l'affiliation.

L'adhésion de l'entreprise est effective à compter de la date figurant sur la demande d'adhésion et au plus tôt le premier jour du mois au cours duquel le dossier complet est reçu par APRIL sous condition suspensive du paiement d'un acompte dont le montant est indiqué sur la demande d'adhésion et sous réserve d'acceptation par APRIL concrétisée par l'émission d'une Attestation d'adhésion précisant les garanties choisies.

La date d'effet de l'affiliation est la date figurant sur la demande d'affiliation sans pouvoir être antérieure à la date d'effet de l'adhésion et au plus tôt le premier jour du mois de la réception de la demande d'affiliation par APRIL.

En cas d'affiliation postérieure à l'adhésion de l'entreprise (embauche, promotion), la date d'effet des garanties interviendra au plus tôt le premier jour du mois de réception de la demande d'affiliation ou à la date de prise d'effet de l'embauche ou de la promotion si cette seconde date est postérieure au premier jour de ce même mois.

Dans tous les cas, l'affiliation n'est effective qu'après l'acceptation du dossier par APRIL qui se concrétise par l'émission d'un Certificat d'affiliation indiquant la date d'effet des garanties.

A noter : Si l'adhésion à la présente Convention s'effectue dans le cadre de la mise en place d'un régime de protection sociale à adhésion obligatoire au sein de l'entreprise Adhérente, les salariés bénéficient pendant une durée maximale de soixante (60) jours d'une garantie décès temporaire s'ils décèdent de manière accidentelle.

Cette garantie temporaire est accordée sous réserve que la demande d'adhésion soit accompagnée du chèque d'acompte. Elle cesse dès qu'APRIL notifie son acceptation ou son refus de l'adhésion ou de manière automatique à l'issue d'une période de soixante (60) jours à compter de la date de réception par APRIL de la demande d'adhésion.

8.2 ETATS ANTÉRIEURS :

Les garanties s'exercent sur les conséquences des Affections, Infirmités ou Accidents dont la première constatation ou la survenance est postérieure à la date de la prise d'effet des garanties à l'égard du Participant.

Seront également prises en charge, les conséquences des Affections, Infirmités et Accidents dont la première constatation ou la survenance est antérieure à la date d'affiliation sous réserve qu'ils aient été déclarés par le Participant lors de son affiliation et sous réserve que la prestation réclamée ne soit pas due par l'assureur d'un précédent contrat en application des articles 7 et 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

8.3 DURÉE DES GARANTIES :

L'adhésion a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses échéances, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année pour autant que la Convention soit toujours en vigueur.

Les garanties de la présente Convention restent acquises tant que le Participant reste salarié de l'entreprise Adhérente ou si ce dernier bénéficie du régime de portabilité des droits (cf. article 13).

De même, les garanties sont maintenues au Participant durant les périodes de suspension du contrat de travail dès lors que le Participant bénéficie par son entreprise d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par leur employeur.

Dans les cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, les garanties pourront toutefois être maintenues sur demande expresse du Participant dès lors qu'il acquitte la totalité de la cotisation (part patronale et part salariale) sur la base du salaire qu'il percevait avant la suspension.

8.4 LES GARANTIES DE LA CONVENTION CESSENT :

- a) En cas de résiliation par l'entreprise Adhérente ou par l'Association à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois ;
- b) en cas de non-paiement des cotisations (cf. article 10) ;
- c) dès que le Participant cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être Bénéficiaire ;
- d) en cas de dénonciation de la présente Convention par l'Association ou l'Organisme assureur à l'échéance annuelle ;
- e) dès que l'Assuré est radié de l'effectif de l'entreprise Adhérente ;
- f) dès la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension vieillesse ou d'une pension vieillesse au titre de l'inaptitude au travail versée au Participant ;
- g) en cours d'année, si la nouvelle affiliation remet en cause l'équilibre de l'adhésion (cf. article 9).

En cas de suspension du contrat de travail, les garanties sont suspendues pendant la même période, à l'exception des cas de suspension évoqués au paragraphe 8.3.

Maintien de la garantie décès en cas de résiliation ou de non renouvellement de la Convention :

En cas de résiliation ou de non renouvellement de la Convention, la garantie Décès de base définie à l'article 3.1 est maintenue pour l'ensemble des Participants bénéficiaires à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement d'indemnités versées par l'Organisme assureur au titre des garanties Incapacité et/ou Invalidité. Le maintien de la garantie Décès sera effectif tant que le Participant percevra de la part de l'Organisme assureur des indemnités au titre des garanties Incapacité et/ou Invalidité.

SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DECLARATION :

L'adhésion à la Convention est établie d'après les déclarations de l'entreprise Adhérente et de chacun des Participants. Ils doivent en conséquence répondre aux questions posées par l'Organisme assureur qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend à sa charge.

Attention, toute inexactitude, omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non de la part du Bénéficiaire ou de l'entreprise Adhérente portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion/affiliation ou en cours d'adhésion/affiliation ou lors de la déclaration d'un sinistre, expose l'entreprise Adhérente et les Bénéficiaires à une déchéance de garantie et à la résiliation de l'adhésion et/ou de l'affiliation à la Convention conformément aux articles L221-14 du Code de la mutualité ci-dessous reproduits.

Article L221-14 du Code de la mutualité :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Lorsque l'adhésion à la mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel, les deux premiers alinéas ne s'appliquent pas.

9. AJUSTEMENT DE L'ADHÉSION

Si une décision législative ou réglementaire ou une évolution des résultats techniques ou une aggravation du risque vient à entraîner une modification des conditions de l'assurance, l'Organisme assureur se réserve la possibilité de réviser l'adhésion. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer à l'adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et/ou d'application immédiate.

En cas de révision suite à une évolution des résultats techniques, la révision ne prendra effet qu'au renouvellement de la Convention.

10. LA COTISATION

10.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE LA COTISATION ?

La cotisation est déterminée par application d'un taux de cotisation au cumul des traitements de base perçus par les Participants au cours de chaque trimestre.

Le taux de cotisation appliqué est fonction :

- du niveau de garanties souscrit par l'entreprise Adhérente ;
- du collège de salariés assuré.

Les taxes et contributions applicables sont à la charge de l'entreprise Adhérente et sont comprises dans la cotisation.

10.2 COMMENT ÉVOLUE LA COTISATION ?

La cotisation peut évoluer chaque année au 1er janvier en fonction des résultats du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'année d'adhésion, des garanties souscrites, des collèges de salariés assurés, des traitements de base des Participants.

Tout changement du taux des taxes applicables ou toute instauration de nouvelles impositions applicables à la Convention, toute évolution de la réglementation ou de la législation applicable à la Convention, pourra entraîner une modification du montant de la cotisation.

D'autre part, le taux de cotisation correspondant au niveau de garanties conventionnel suivra les évolutions prévues par les dispositions de la convention collective de branche.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1er janvier ou éventuellement en cours d'année en cas de modification de la réglementation applicable (cf. article 9).

10.3 LES MODES DE PAIEMENT

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu par chèque tiré sur un compte ouvert par l'entreprise Adhérente dans un établissement bancaire situé en France.

A noter : Lors de l'adhésion, un acompte est perçu au comptant pour la période comprise entre la date d'effet des garanties et la fin du trimestre civil en cours. Il est précisé que les cotisations afférentes à l'ensemble des garanties sont dues pour chaque Participant.

10.4 QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON PAIEMENT DE LA COTISATION ?

Les cotisations sont versées par l'entreprise Adhérente seule débitrice des cotisations vis-à-vis de l'Organisme assureur.

En cas de non paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, APRIL adressera à l'entreprise Adhérente une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, APRIL résiliera de plein droit l'adhésion à la Convention.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi, le lendemain du jour du paiement.

10.5 EXONÉRATION DES COTISATIONS:

En cas de mise en jeu des garanties Incapacité Temporaire Totale de travail ou Invalidité, les cotisations au titre de l'affiliation du Participant concerné sont exonérées. Cette exonération prend effet dès que les prestations entrent en service ; si les prestations d'incapacité sont versées partiellement, l'exonération l'est de la même façon. L'exonération cesse lorsque les prestations d'incapacité de travail ou d'invalidité s'interrompent.

A noter : En cas de mise en jeu de la garantie Incapacité ou Invalidité pendant une période de congé légal de maternité ou de paternité, il n'y a pas d'exonération de cotisation.

11. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE L'ADHÉSION À LA CONVENTION

La gestion de l'adhésion est confiée à APRIL. L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à l'adhésion doivent donc être transmis directement à APRIL.

En communiquant son adresse électronique, l'entreprise Adhérente et chaque Participant acceptent que les informations relatives à l'exécution de l'adhésion soient transmises à cette adresse. Ils peuvent à tout moment, par écrit, demander à APRIL de cesser ce mode de communication.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, ils doivent nous avertir dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

L'adhésion est établie d'après les déclarations faites par l'entreprise Adhérente lors de son adhésion et de chaque Participant lors de l'affiliation et pendant la durée de celles-ci.

Ainsi, au cours de l'adhésion/affiliation, l'entreprise Adhérente/ les Participants doivent nous déclarer par écrit dès qu'ils en ont connaissance, tout changement de situation tel que changement ou cessation d'activité professionnelle, de statut professionnel, de catégorie professionnelle, de modalité d'exercice de la profession.

12. OBLIGATIONS SPÉCIFIQUES DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

Lors de la prise d'effet de l'adhésion :

Présenter à APRIL et maintenir dans l'assurance la totalité de l'effectif assurable pour la mise en vigueur et lors du renouvellement annuel de l'adhésion à la Convention. Cette obligation s'entend sous réserve des cas de dispense prévus dans l'acte juridique ayant institué le régime de protection social complémentaire dans l'entreprise Adhérente, ou par la législation et les réglementations sociales et fiscales en vigueur.

L'entreprise Adhérente devra conserver les justificatifs de dispense en cas de demande des administrations fiscales et sociales et :

- produire à la souscription un état nominatif des personnes à affilier avec indication de leur date de naissance, la situation de famille, la rémunération annuelle brute de l'année civile précédant la date d'effet de l'adhésion ;

Cet état devra être accompagné d'une demande d'affiliation remplie et signée par chaque personne à assurer.

- déclarer le cas échéant les salariés atteints d'incapacité ou d'invalidité, par suite de maladie ou accident, ou bénéficiant d'un mi-temps thérapeutique ou d'un aménagement du temps/et ou des conditions de travail pour raison de santé ou étant en congé maternité ;
- remettre aux Participants une notice détaillée sur les garanties de la Convention et leurs modalités d'application ainsi qu'une copie des statuts de la Mutuelle.

En cours d'adhésion :

- fournir à APRIL, dans les trente (30) jours qui suivent la date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise Adhérente, une demande d'affiliation pour chaque nouveau membre du personnel à assurer ;
- transmettre à APRIL les demandes de changement de clause bénéficiaire formulées et signées par les Participants ;
- déclarer à APRIL tout arrêt de travail dans les trente (30) jours qui suivent la fin de la période de maintien de salaire due par l'entreprise Adhérente ou qui suivent la fin de la Franchise pour les Participants ayant moins d'un an d'ancienneté dans l'entreprise. De même toute prolongation d'Incapacité de travail doit être communiquée dans les trente (30) jours ;

Toute déclaration portée à la connaissance d'APRIL au-delà de ce délai sera prise en compte au jour sa déclaration effective auprès d'APRIL. Dans ce cas l'organisme assureur pourra refuser la prise en charge du Sinistre si la déclaration tardive lui a causé un préjudice ;

- communiquer à APRIL dès qu'elle en aura connaissance, et au plus tard dans les quinze (15) jours qui suivent l'événement, la date et la raison de la rupture du contrat de travail et demander, s'il y a lieu, le maintien des garanties au titre de la portabilité des droits (article 13).

Le défaut de déclaration dans le délai imparti engage la responsabilité de l'entreprise Adhérente et APRIL se réserve le droit de lui demander le remboursement des éventuelles prestations payées pour des frais engagés après la date de rupture du contrat de travail ;

- remettre aux Participants une Notice détaillée sur les garanties de la Convention et leurs modalités d'application ainsi qu'une copie des statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle ;
- communiquer à APRIL, dès qu'elle en aura connaissance, toutes les modifications intervenues dans la situation des Participants ; APRIL pourra demander à l'entreprise Adhérente toutes autres pièces complémentaires nécessaires relatives au collège assuré.
- informer par écrit les Participants des changements qui pourraient modifier leurs droits et obligations, particulièrement avant toute modification tarifaire ou résiliation de l'adhésion à la Convention, trois (3) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

La preuve de la remise de la Notice, des statuts, du règlement intérieur de la Mutuelle ainsi que l'information relative aux modifications contractuelles aux salariés incombe à l'entreprise Adhérente.

À la fin des trois premiers trimestres civils de chaque exercice,

- Remettre un état indiquant :
 - le montant de la masse salariale du trimestre, ventilé par tranches garanties A et B,
 - les mouvements du personnel constatés pendant la période de référence, les changements de situation des

Participants ;

- le montant de la cotisation trimestrielle correspondante.
- Régler les cotisations à leur échéance.

A la fin de chaque année civile :

- remettre un état nominatif du personnel assuré au cours de cette période avec indication des salaires individuels bruts et des entrées et sorties du personnel ;
- régler le montant de la cotisation du 4^{ème} trimestre.

13. LA PORTABILITÉ DES GARANTIES APRÈS RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Le présent article définit les modalités d'application du dispositif de portabilité des droits issu de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 et codifié à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Tout salarié dont le contrat de travail est rompu (sauf cas de faute lourde) et qui est éligible à l'indemnisation au titre de l'assurance chômage, bénéficie du maintien de ses garanties prévoyance au jour de la rupture de son contrat de travail.

Les dispositions ci-après définissent les conditions du maintien par l'Organisme assureur des garanties aux anciens salariés dans le cadre de ce dispositif.

► **Mise en œuvre des droits à portabilité**

L'entreprise Adhérente doit déclarer à APRIL, tout salarié dont le contrat de travail est rompu et qui est éligible au dispositif de portabilité des droits, au plus tard quinze (15) jours après la date de cessation du contrat de travail.

APRIL accusera réception de la prise en compte de cette demande et communiquera à l'entreprise Adhérente et à l'ancien salarié la durée effective maximale du maintien des garanties.

L'entreprise Adhérente devra préciser à APRIL la raison à l'origine de la rupture du contrat de travail et notamment si elle est consécutive à une faute lourde.

En cas d'absence de déclaration, le maintien des droits au profit du salarié dont le contrat est rompu ne sera pas pris en charge dans le cadre de la présente Convention.

► **Conditions d'ouverture des droits**

- la rupture du contrat de travail ne doit pas être consécutive à une faute lourde ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- l'ancien salarié doit bénéficier de l'assurance chômage (Pôle Emploi).

► **Obligations de l'entreprise Adhérente**

- signaler à l'ancien salarié le maintien de ses garanties dans le certificat de travail ;
- Informer APRIL de la cessation du contrat de travail dès la rupture du contrat et transmettre le formulaire de maintien des garanties.

► **Obligations de l'ancien salarié**

- justifier auprès d'APRIL, à l'ouverture et au cours du maintien des garanties, des conditions prévues pour bénéficier du dispositif de portabilité et notamment apporter la preuve du bénéfice de l'assurance chômage ;
- Informer APRIL de toute évolution de situation mettant fin au droit à maintien des garanties tel que reprise d'activité, cessation du versement des allocations chômage.

► **Garanties concernées**

Les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que celles en vigueur dans l'entreprise Adhérente. En cas

d'augmentation ou de diminution des garanties des salariés en activité, dans l'entreprise Adhérente, les garanties des bénéficiaires du dispositif de portabilité seront modifiées dans les mêmes conditions.

Les prestations sont payables au bénéficiaire du maintien des garanties à réception des pièces justificatives telles que listées au sein de la présente Notice (article 5) et sous réserve de la production, le cas échéant, des justificatifs du bénéfice du régime de l'assurance chômage.

► **Limitation de garanties**

Les droits garantis par le régime de prévoyance au titre de la garantie incapacité et invalidité ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

► **Durée et cessation du maintien aux garanties**

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de fin du contrat de travail, sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise Adhérente auprès d'APRIL.

Le maintien des garanties s'applique pour une durée égale à la période d'indemnisation chômage et pour une période maximale égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise Adhérente, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail consécutifs dans l'entreprise Adhérente, appréciée en nombre de mois entier, arrondie le cas échéant au nombre supérieur, dans la limite de douze (12) mois et sous réserve que durant cette période il perçoive effectivement des indemnités au titre de l'assurance chômage.

Exemples,

- * Pour un salarié en contrat à durée déterminée d'une durée de six (6) mois, son droit à maintien de ses garanties sera au maximum de six (6) mois.
- * Pour un salarié en contrat à durée indéterminée depuis plus de trois ans, son droit à maintien de ses garanties sera au maximum de douze(12) mois.

Le bénéfice du maintien aux garanties cesse dans les conditions suivantes :

- au terme de la durée des droits acquis par le bénéficiaire ;
- dès que le bénéficiaire du dispositif cesse de percevoir les allocations chômage du régime d'assurance chômage ;
- à la date à laquelle le bénéficiaire reprend une activité professionnelle et cesse à ce titre de percevoir les allocations du régime d'assurance chômage ;
- à la date à laquelle le bénéficiaire fait valoir ses droits à la liquidation de sa pension vieillesse ;
- à la date d'effet de la résiliation de la présente Convention par l'Organisme assureur ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion à la présente Convention par l'entreprise Adhérente.

Le droit aux prestations cesse à la fin du mois au cours duquel le droit au maintien des garanties cesse.

En outre, les garanties maintenues étant celles applicables aux salariés en activité, le maintien des garanties cesse de plein droit en cas de cessation totale d'activité de l'entreprise Adhérente par suite de sa liquidation judiciaire

14. PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L221-11, L221-12 et L221-12-1 du Code de la mutualité :

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

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

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

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité (contrat collectif à adhésion obligatoire), la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du membre participant, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

► Cotisations

Le maintien des garanties au titre de la portabilité des droits est financé par mutualisation, c'est-à-dire par un cofinancement de l'ensemble des salariés en activité dans l'entreprise (part salariale) et par l'entreprise Adhérente (part patronale), dans les conditions visées à l'article 10 de la présente Notice.

Aucune cotisation ne sera appelée au bénéficiaire du dispositif de portabilité.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat 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 ».

Les causes ordinaires d'interruption de prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

15. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET DEMANDE DE MÉDIATION

Pour toute réclamation, l'entreprise Adhérente ou le Participant peut contacter son conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier. Si un différend éventuel persistait après réponse, l'entreprise Adhérente ou le Participant pourrait adresser sa réclamation écrite à l'adresse suivante: Service réclamation – APRIL Entreprise Prévoyance – Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle CS 63341, 69439 Lyon Cedex 03 ou à l'adresse mail reclamationsaep@april.com.

APRIL s'attachera à apporter une réponse sous un délai de quarante-huit (48) heures en jours ouvrés. Si une analyse plus approfondie du dossier s'avère nécessaire, APRIL accusera réception de la réclamation auprès de son interlocuteur et s'engage à apporter une réponse dans un délai maximum de trente (30) jours.

Médiation :

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, l'entreprise Adhérente ou le Participant peut demander l'avis du médiateur de l'Organisme assureur, sans préjudice de leur droit à agir en justice. Les coordonnées du médiateur sont communiquées sur simple demande écrite adressée au Service réclamation.

Si l'entreprise a adhéré à la convention à distance par Internet, elle peut également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr>.

16. PROTECTION DES DONNÉES

Les informations recueillies par APRIL sont indispensables pour l'enregistrement, la gestion et l'exécution des adhésions.

Par ailleurs, APRIL met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude. Dans ce cadre les données peuvent être transmises aux assureurs, réassureurs, intermédiaires, autorités judiciaires et autres organismes concernés par la fraude.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et du 6 janvier 1978 modifiée, l'entreprise Adhérente et les Bénéficiaires peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figureraient sur les fichiers à l'usage d'APRIL ou s'y opposer en cas de motifs légitimes. Ce droit d'accès et de rectification

et d'opposition peut être exercé à l'adresse suivante : APRIL Entreprise Prévoyance – Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle - CS 63341 - 69439 Lyon Cedex 03.

Par ailleurs, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous rappelons que si l'entreprise Adhérente ou les Bénéficiaires, en dehors de leur relation avec APRIL, ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, ils peuvent gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret-10000 Troyes

Ils peuvent également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès APRIL Entreprise Prévoyance à l'adresse susmentionnée.

LEXIQUE

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus a, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

Accident

Toute atteinte à l'intégrité physique du Participant, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine violente, et imprévisible d'une cause extérieure au Participant. Les lésions organiques provoquées par un effort, ne sont pas considérées comme dues à un Accident pour l'exécution de la présente Convention.

L'Accident est apprécié en dehors de toute considération du régime de Sécurité sociale.

Adhérente :

Entreprise membre de l'Association des Assurés APRIL qui adhère à la Convention de groupe.

Affection :

Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou Maladie) attesté par une autorité médicale compétente.

Assuré :

Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose le risque.

Attestation d'adhésion :

Attestation remise à l'entreprise Adhérente confirmant l'adhésion à la Convention et qui précise les garanties souscrites, leur date d'effet et le niveau choisi.

Bénéficiaire :

Il s'agit de la personne au profit de laquelle l'assurance est conclue. Les sommes prévues en cas de décès du Participant sont versées au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) par ce dernier ou déterminé(s) par application de la présente convention (Cf. Article 3.1)

Certificat d'affiliation :

Certificat remis au Participant confirmant l'affiliation à la présente Convention et qui précise les garanties souscrites, leur date d'effet et les Bénéficiaires garantis.

Code :

Code de la mutualité.

Conjoint :

L'époux ou l'épouse du Participant, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec le Participant, en vigueur à la date du Sinistre.

Le concubin d'un Participant pourra être considéré comme ayant la qualité de Conjoint à la date du Sinistre, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition des Enfants à charge.

Consolidation :

Stabilisation durable de l'état de santé du Participant, telle qu'aucune amélioration n'est plus envisageable et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'invalidité permanente et de chiffrer son taux.

Enfants à charge

Sont considérés comme Enfants à charge les enfants du Participant ou de son Conjoint qui vivent sous le même toit s'ils sont mineurs ou, quel que soit leur âge s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue par le Code de la Famille et de l'Aide sociale ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de moins de vingt-huit (28) ans ;
- ne pas être salarié et ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail sauf lorsqu'ils poursuivent des études notamment en contrat d'apprentissage ou de contrat de professionnalisation ou s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à trois (3) mois ou d'un emploi dont la rémunération mensuelle est inférieure à soixante (60) pourcent du SMIC ;
- être à la charge fiscale du Participant ou s'ils reçoivent du Participant une pension alimentaire déductible de ses revenus imposables.

La situation d'Enfant à charge s'apprécie au jour du Sinistre. L'enfant né viable moins de 300 jours après le décès du Participant, est également considéré comme Enfant à charge.

Franchise

Période ininterrompue de journées d'Incapacité Temporaire Totale de travail pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

Maladie

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

Participant

Salarié de l'Adhérent affilié au régime obligatoire de la Sécurité sociale et faisant partie de la catégorie de personnel assurée, après affiliation à la présente Convention. Lorsqu'ils sont admis à la Convention, ils sont dénommés Participants et sont Assurés au titre de la présente Convention.

Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (P.A.S.S)

Valeur financière fixée par la Sécurité sociale par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales.

Le plafond annuel de Sécurité sociale évolue au premier janvier de chaque année, il est consultable sur www.securite-sociale.fr.

Rechute

Aggravation de l'Affection initiale ou apparition d'une nouvelle Affection résultant du Sinistre initial et entraînant un nouvel arrêt de travail dans un délai de deux (2) mois.

Sinistre

Événement donnant lieu à garantie au titre de l'adhésion à la Convention PRÉVOYANCE IMMOBILIER : décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité, Incapacité Temporaire Totale de travail.

EXTRAIT DES STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES APRIL

Les statuts complets et le règlement intérieur sont consultables sur internet à l'adresse suivante : www.association-assures-april.fr

Mis à jour au 1^{er} avril 2015

Article 2. OBJET

Cette Association a pour objet :

- d'étudier, rechercher, souscrire, développer tout type de produits d'assurances, d'assistance et de services, notamment dans le domaine de la prévoyance, de la santé, de la retraite, en vue d'optimiser pour ses membres, la souscription de garanties complémentaires ou sur complémentaires, intervenant en tant que de besoin en sus de celles découlant des régimes obligatoires notamment par la signature de contrats collectifs d'assurances à adhésion facultative ou obligatoire ;
- de sensibiliser ses membres aux thèmes essentiels de la prévention dans le but de leur permettre, d'une part, d'entretenir leur capital santé et d'autre part, d'obtenir des organismes d'assurances des conditions préférentielles qui prennent en compte les comportements responsables de ses membres en matière de santé ;
- de réaliser des études statistiques et des analyses sur les comportements de la vie quotidienne de ses Adhérents dans le domaine de la protection sociale ;
- de mettre en place des actions de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés à travers un Fonds d'Actions Solidaires.

Article 5. COMPOSITION

L'Association se compose de membres Adhérents qui se distinguent entre :

- les Membres Adhérents ;
- les Membres Adhérents ayant la qualité de travailleurs non salariés ;
- les Membres Adhérents Collectifs qui sont les entreprises, organismes ou autres personnes morales ayant souscrit à l'une des conventions souscrites par l'Association pour le compte de leurs salariés.

EXTRAIT DES STATUTS ASSOCIATION DES ASSURES APRIL MIS A JOUR AU 1^{er} avril 2015

Pour faire partie de l'Association, il faut être admis à l'assurance dans le cadre de l'une des conventions souscrites par l'Association et être en règle de sa cotisation associative.

La qualité de Membre Adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de la cotisation associative, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion à la convention d'assurance par l'organisme assureur. A défaut d'acceptation, le montant de la cotisation associative sera remboursé au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

Article 6. PERTE DE LA QUALITE DE MEMBRE

La qualité de membre se perd :

- par décès, disparition ou absence pour les personnes physiques ;
- par la liquidation ou la dissolution amiable ou judiciaire pour les personnes morales ;
- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association ;
- par la perte de la qualité d'assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association (résiliation, radiation, renonciation) ;
- par la démission adressée à l'intention du Président au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception. A ce courrier devra être jointe, la copie du courrier, délivrée par l'organisme de gestion du (des) contrat(s), confirmant leur résiliation ; lesdites résiliations devant respecter les conditions définies à la (aux) notice(s) d'information valant conditions générales du (des) contrat(s).

En tout état de cause, la cotisation éventuellement appelée au titre de l'année de perte de la qualité de membre reste acquise à l'Association.

Article 8. OPPOSABILITES AUX ADHERENTS

Toute adhésion à l'Association s'inscrit dans le cadre de conventions d'assurance conclues entre l'Association et des organismes assureurs. Le contenu de ces conventions, mentionnant notamment les conditions et conséquences d'une résiliation des conventions par l'Association ou l'organisme assureur, est remis aux Adhérents lors de leur adhésion à l'Association et au contrat sous la forme de notice d'information valant conditions générales.

Article 9. RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations de ses Membres Adhérents ;
- du revenu de ses biens ;
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- des subventions ou versements autorisés par la loi ;
- de toutes autres ressources non interdites par la loi ;

Article 11. FONDS D' ACTIONS SOLIDAIRES

Il est institué la création d'un Fonds d'Actions Solidaires destiné au financement des actions de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés, prévues ou non aux contrats collectifs d'assurances souscrits par l'Association.

Le montant de la dotation annuelle du Fonds d'Actions Solidaires est arrêté par le Conseil d'Administration qui en fixe les orientations, les missions et les règles de fonctionnement.

Les différentes Actions Solidaires menées par l'Association et leurs conditions d'accès et d'attribution sont définies dans le Règlement Intérieur.

Article 13. ASSEMBLEES GENERALES

1. Convocation

Les membres de l'Association tels que définis à l'article 5, adhérents au jour de la décision de la convocation, sont réunis au moins une fois par an en Assemblée Générale Ordinaire et en tant que de besoin en Assemblée Générale Extraordinaire.

Les Assemblées générales se composent de tous les membres de l'Association, en règle de leur cotisation associative.

La convocation est nominative et est valablement faite au choix du Conseil d'Administration :

- soit par lettre simple ou courrier électronique envoyé au moins soixante jours calendaires avant la date de l'Assemblée Générale ;
- soit par annonce au sein d'une publication destinée à tous les Adhérents.

Les Assemblées se réunissent sur convocation du Président de l'Association, ou pour ce qui concerne les Assemblées Générales Extraordinaires sur la demande d'au moins 10% des adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée doit être tenue dans les trente jours suivant l'envoi desdites convocations.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du Conseil d'Administration. Elles sont faites au moins soixante jours avant la tenue de l'Assemblée Générale.

Seront également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent adhérents, dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au Président du Conseil d'Administration quarante-cinq jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'assemblée.

Seules seront valables les résolutions prises par l'Assemblée Générale sur les points inscrits à son ordre du jour.

En outre, les convocations doivent mentionner qu'à défaut de quorum elles tiennent lieu de convocations à une seconde Assemblée Générale.

2. Droit de vote

Tout Adhérent de l'Association dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'Assemblée Générale.

Chaque membre Adhérent, personne physique, ne peut être représenté que par un autre membre Adhérent personne physique. Les membres Adhérents personnes morales sont représentés par leur représentant légal.

Chaque Adhérent a la faculté de donner mandat à un autre Adhérent ou à son conjoint. Un même Adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote. Le mandat donné vaut pour une seule Assemblée Générale ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint ou si deux Assemblées - ordinaire et extraordinaire - se tiennent le même jour.

Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président et donnent lieu à un vote à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

3. Tenue des Assemblées

La Présidence de l'Assemblée Générale appartient au Président du Conseil d'Administration qui peut déléguer ses fonctions au Vice-Président et à défaut à un autre Administrateur.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si au moins mille adhérents sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des adhérents présents ou représentés.

A défaut de quorum, la seconde Assemblée Générale pourra se tenir à la suite de la première sur le même ordre du jour.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le Président et le Secrétaire. Les procès-verbaux peuvent être consultés au siège de l'Association.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par chaque membre présent et certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées Générales obligent par leurs décisions tous les membres y compris les absents.



STATUTS IDENTITÉS MUTUELLE ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2014

SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II
DU CODE DE LA MUTUALITÉ
SIREN 379 655 541

IDENTITÉS MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité • SIREN 379 655 541
Siège social : **24 boulevard de Courcelles • 75017 PARIS**

Umanens
L'humain a du sens



SOMMAIRE

STATUTS IDENTITÉS MUTUELLE

| TITRE I FORMATION OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1	Formation et objet de la Mutuelle	Art. 1 à 6
CHAPITRE 2	Conditions d'adhésion, de démission de radiation et d'exclusion	
	Section 1 - Conditions d'adhésion	Art. 7 à 9
	Section 2 - Démission, radiation, exclusion	Art. 10 à 14

| TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1	Assemblée Générale	
	Section 1 - Composition, élections	Art. 15 à 17
	Section 2 - Réunion de l'Assemblée Générale	Art. 18 à 25
CHAPITRE 2	Conseil d'Administration	
	Section 1 - Composition, élections	Art. 26 à 30
	Section 2 - Réunion du Conseil d'Administration	Art. 31 à 32
	Section 3 - Attributions du Conseil d'Administration	Art. 33 à 43
	Section 4 - Obligations des administrateurs	Art. 44 à 47
CHAPITRE 3	Président et Bureau	
	Section 1 - Élections, composition	Art. 48 à 49
	Section 2 - Attributions des membres du Bureau - Réunions	Art. 50 à 54
CHAPITRE 4	Organisation financière	
	Section 1 - Produits et charges	Art. 55 à 57
	Section 2 - Modes de placement et de retrait de fonds - Règles de sécurité financière	Art. 58 à 59
	Section 3 - Commissaire aux Comptes	Art. 60 à 63

| TITRE III DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 62

| RÈGLEMENT INTÉRIEUR

INTRODUCTION		Art. 1 à 3
	Section 1 - Élection des délégués	Art. 4 à 7
	Section 2 - Assemblée Générale des délégués	Art. 8
	Section 3 - Conseil d'Administration - Bureau	Art. 9 à 11

TITRE I : FORMATION - OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1 • DÉNOMINATION DE LA MUTUELLE

Il est constitué une Mutuelle dénommée (IDENTITÉS MUTUELLE)
Personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.
Les présents statuts ont été établis suite à la fusion opérée entre MICOM-PREICOM et la MNIL

ARTICLE 2 • SIÈGE DE LA MUTUELLE

Le siège social est fixé au : 24, boulevard de Courcelles 75017 PARIS.
Il peut être transféré en tout autre lieu par simple décision du Conseil d'Administration, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale.

ARTICLE 3 • OBJET DE LA MUTUELLE

La Mutuelle a pour objet essentiellement, au moyen de cotisations de ses membres de mener dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide en vue :

- 1) de couvrir les risques liés à l'accident (y compris accident et maladie professionnelle, branche 1.)
 - 1a prestations forfaitaires
 - 1b prestations indemnitaires
 - 1c combinaisons
- 2) de couvrir les risques liés à la maladie, branche 2.
 - 2a prestations forfaitaires
 - 2b prestations indemnitaires
 - 2c combinaisons
- 3) de couvrir les risques liés au décès. Branche 20.

Toutes opérations comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine autre que les activités visées aux branches 22 et 26.

La Mutuelle, peut à ce titre,

- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance,
- déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion des contrats collectifs dans le respect des principes définis à l'Assemblée Générale,
- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.
- Créer ou adhérer à une Union de Mutuelles ou à tout groupement mutualiste, notamment adhérer à une Union Mutualiste de Groupe
- céder tout ou partie des risques qu'elle couvre à tout organisme habilité à pratiquer la réassurance,
- accepter des risques et engagements en réassurance ou coassurance dans la limite de son objet social
- prendre des participations dans tout type de société.

ARTICLE 4 • RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur, établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, détermine les conditions d'application des présents statuts.

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

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

ARTICLE 5 • RÈGLEMENT MUTUALISTE

En application de l'article L.114-1 du code de la mutualité, un règlement mutualiste adopté par l'Assemblée Générale, sur proposition du Conseil d'Administration, définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

Les modifications apportées à ces contrats collectifs sont constatées par avenant en applications des dispositions des articles L 221-5 et L221-6 du code de la Mutualité.

ARTICLE 6 • RESPECT DE L'OBJET DES MUTUELLES

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.

CHAPITRE 2 CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 CONDITIONS D'ADHÉSION

ARTICLE 7 • CATÉGORIES DE MEMBRES

La Mutuelle admet des membres honoraires et des membres participants.

Ont qualité de membres honoraires, soit les membres qui payent une cotisation, font des dons ou ont rendu des services équivalents à la Mutuelle, sans bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Ont qualité de membres participants, les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes : toutes les personnes en activité, en préretraite, en retraite ou en invalidité qui remplissent l'une des conditions décrites à l'article 1 du règlement mutualiste.

Sauf dispositions particulières, les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la Mutuelle sont :

- Le conjoint du participant, ou le partenaire de Pacs du participant, salarié ou sans activité,
- les enfants, et ceux du conjoint, jusqu'à leur 16^{ème} anniversaire, à charge fiscale du salarié ou de son conjoint,
- les enfants, et ceux du conjoint, jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire, en apprentissage ou poursuivant leurs études.

Les concubins notoires sont assimilés aux conjoints.

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

ARTICLE 8 • ADHÉSION INDIVIDUELLE

Acquièrent la qualité d'adhérent à la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, et des droits et obligations du règlement mutualiste.

Toute modification des statuts est portée à la connaissance de chaque adhérent.

ARTICLE 9 • ADHÉSION DANS LE CADRE DE CONTRATS COLLECTIFS

9-1 Opérations collectives obligatoires :

Conformément à l'article L221-2 du code de la mutualité, la Mutuelle propose des garanties de prévoyance collective mises en place dans les conditions prévues à l'article L911-1 du code de la sécurité sociale. A cet effet, elle peut recevoir l'adhésion d'entreprises, d'organismes, ou de groupements habilités à conclure de tels accords ou conventions.

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte dans ce cas de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle et ce en application des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

9-2 Opérations collectives facultatives :

La Mutuelle propose des garanties de prévoyance collective facultative. La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte dans ce cas de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

SECTION 2 DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 10 • DÉMISSION

Le membre participant pour les opérations individuelles, l'employeur ou la personne morale pour les opérations collectives peuvent mettre fin à l'adhésion ou résilier le contrat collectif.

La démission de la Mutuelle ne peut prendre effet qu'au 31 Décembre de chaque année civile.

La démission doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au moins 2 mois avant la date d'échéance.

A défaut, l'adhésion se reconduit pour une nouvelle période d'une année et la cotisation s'y rapportant est due dans son intégralité, quel que soit le fractionnement retenu pour son paiement.

ARTICLE 11 • RADIATION

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, la garantie est suspendue, 30 jours après l'envoi d'une mise en demeure. Elle précise que la radiation peut être prononcée si, 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours prévu à l'alinéa précédent, le paiement n'est pas intervenu.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi, le lendemain du jour ou les cotisations, arriérés cotisations ainsi qu'éventuellement les frais de recouvrement ont été payés intégralement à la Mutuelle.

ARTICLE 12 • OPÉRATIONS COLLECTIVES

Lorsque dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans un délai de 10 jours suivant son échéance, la Mutuelle adresse à l'entreprise une lettre de rappel valant mise en demeure précisant les conséquences du défaut de paiement et 30 jours après suspend l'effet des garanties.

Lorsque dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte de la cotisation, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure précisant les conséquences du défaut de paiement.

Cette lettre ne peut être envoyée que dans les 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 bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

ARTICLE 13 • EXCLUSION

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif 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 14 • 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 et ne font pas obstacle au recouvrement des sommes qui seraient éventuellement dues à la Mutuelle.

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 1 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE****SECTION 1 COMPOSITION, ÉLECTIONS****ARTICLE 15 • COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**

L'Assemblée Générale est composée des délégués représentant les membres de la Mutuelle.

Pour les opérations collectives visées à l'article L221-2 du code de la mutualité, peuvent être désignés, des délégués représentant les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs en tant que membres honoraires et de délégués représentant leurs salariés membres participants.

ARTICLE 16 • ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

Les membres participants et honoraires élisent parmi eux les délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Les délégués sont élus pour 6 ans. 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. Le mandataire doit être muni d'un pouvoir signé du mandant précisant nom et prénom usuel et domicile. Le mandat peut être donné pour une assemblée ou pour toute assemblée successive convoquée avec le même ordre du jour. Le mandataire doit être obligatoirement membre adhérent de la mutuelle. Chaque délégué ne peut être porteur de plus 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.

Le délégué porteur d'un pouvoir, doit le transmettre à la mutuelle et le faire enregistrer cinq jours au moins avant la réunion de l'assemblée générale, faute de quoi ce pouvoir sera nul et de nul effet.

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

Les élections des délégués ont lieu par correspondance, suivant le mode de scrutin suivant : scrutin de liste à un tour à la majorité des suffrages exprimés. Pour voter comme pour être délégué, l'adhérent doit être à jour de ses cotisations.

Le bulletin de vote devant comporter autant de noms que de sièges à pourvoir, des noms doivent être rayés lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de sièges à pourvoir.

Les candidats doivent déclarer par écrit accepter les modalités pratiques des règles électorales arrêtées par le Conseil d'Administration

ARTICLE 17 • DISPOSITIONS PROPRES AUX MINEURS

Le droit de vote des membres participants mineurs est exercé par leur représentant légal.

Toutefois, les membres participants mineurs âgés de 16 ans au moins sont admis à participer personnellement au vote.

SECTION 2 RÉUNION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**ARTICLE 18 • CONVOCATION ANNUELLE OBLIGATOIRE**

Le Président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale. Il la réunit au moins une fois par an.

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 19 • AUTRES CONVOCATIONS

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

- La majorité des administrateurs composant le Conseil,
- Les Commissaires aux Comptes
- L'Autorité de contrôle mentionnée à l'article R 510-1 du code de la mutualité, d'office ou à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- Les liquidateurs,

ARTICLE 20 • MODALITÉS DE CONVOCATION

L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion.

La convocation pourra être faite par lettre ordinaire adressée à chaque délégué. Si l'Assemblée Générale n'a pas pu délibérer, faute de quorum requis, la seconde Assemblée Générale est convoquée 8 jours à l'avance dans les mêmes formes que la première.

L'ordre du jour doit être joint aux convocations, accompagné des documents prévus par la réglementation

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

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

ARTICLE 21 • ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour des Assemblées Générales est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolutions dans les conditions prévues par la réglementation.

Toute question, dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'Assemblée Générale par le quart au moins des membres de la Mutuelle, est obligatoirement soumise à l'Assemblée Générale.

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

ARTICLE 22 • COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

1. la modification des statuts,
2. l'existence et le montant du droit d'adhésion,
3. les activités exercées,
4. Le montant du fonds d'établissement,
5. les montants et les taux et les rappels de cotisation, les prestations, le règlement mutualiste défini à l'article L114-1, 5ème alinéa du code de la mutualité ainsi que ses modifications,
6. l'adhésion à une union ou à une union de groupe mutualiste ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre Mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou d'une union, ou d'une union de groupes mutualistes.

7. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
8. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de délégations de gestion accordées par la mutuelle,
9. Le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire.
10. Le rapport de gestion, le rapport sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L 116-1 à L116-3 du code de la mutualité et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
11. Le rapport spécial du Commissaire aux Comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L114-34 du code de la mutualité.
12. Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou unions régies par les livres II et III du code de la mutualité auquel est joint le rapport du Commissaire aux Comptes prévu à l'article L114-39 du code de la mutualité.
13. Toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives en vigueur.

L'Assemblée Générale décide :

1. La nomination des Commissaires aux Comptes,
2. La dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle prononcée conformément aux dispositions statutaires.
3. Les délégations de pouvoir prévues à l'article 25 des présents statuts,

Les apports faits aux Mutuelles et unions créées en vertu des articles L111-3 et L111-4 du code de la mutualité

ARTICLE 23 • MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Lorsqu'elle se prononce sur les points suivants :

- les statuts et leurs modifications,
- les activités exercées,
- les montants et les taux et les rappels de cotisation,
- le montant du fonds d'établissement,
- La délégation de pouvoir prévue à l'article 25 des présents statuts,
- les prestations offertes,
- Le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- La fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- la création d'une mutuelle ou d'une union.

L'Assemblée ne peut délibérer valablement que si le nombre de ses **délégués** présents et **représentés est au moins égal à la moitié** du total des **délégués**.

Si ce quorum n'est pas atteint, une deuxième Assemblée est convoquée 8 jours à l'avance dans les mêmes formes que la première. Elle délibère valablement que si le nombre de ses **délégués** présents **représentés est au moins égal au quart** du total des **délégués**.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés, à l'exception des décisions relatives à la composition du conseil **qui doivent être adoptées à la majorité renforcée de 80 % des suffrages exprimés**.

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées ci-dessus, l'Assemblée ne peut délibérer valablement que si le nombre de ses **délégués** présents **représentés est au moins égal au quart du total des délégués**.

Si ce quorum n'est pas atteint, une deuxième Assemblée est convoquée 8 jours à l'avance dans les mêmes formes que la première. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou **représentés**.

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

ARTICLE 24 • FORCE EXÉCUTOIRE DES DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres adhérents sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, pour les contrats collectifs, les modifications adoptées par l'Assemblée Générale, sont applicables à

l'échéance annuelle du contrat, sous réserve de la signature d'un avenant dûment signé par les parties conformément aux dispositions de l'article L 221-5 du code de la Mutualité.

ARTICLE 25 • DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS

L'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants et des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'Administration.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

CHAPITRE 2 CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 COMPOSITION, ÉLECTIONS

ARTICLE 26 • COMPOSITION

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration dont les membres sont élus parmi les membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations.

Le Conseil d'Administration est composé de 10 à 26 administrateurs dont les deux tiers au moins de membres participants.

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

Pour toute question liée à la composition du Conseil d'Administration, les décisions sont adoptées à la majorité renforcée de 80 % des suffrages exprimés.

ARTICLE 27 • CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Pour être éligibles au Conseil d'Administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans révolus,
- n'avoir encouru aucune des condamnations dans les conditions prévues par l'article L 114- 21 du code de la mutualité,
- ne pas avoir exercé de fonction salariée au sein de la Mutuelle au cours des 3 années précédant l'élection.

Le nombre des membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans ne pourra être supérieur au tiers des administrateurs en fonction.

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

Le Conseil peut s'adjoindre une ou plusieurs personnes connues pour leurs compétences en mutualité ; ces membres n'ont pas de voix délibérative.

ARTICLE 28 • MODALITÉS D'ÉLECTION

Les membres du Conseil sont élus à bulletin secret par l'ensemble des délégués de l'Assemblée Générale.

Le bulletin de vote devant comporter autant de noms que de sièges à pourvoir, des noms doivent être rayés lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de sièges à pourvoir.

L'élection a lieu à la majorité relative ; dans le cas où les candidats obtiendraient un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

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

ARTICLE 29 • DURÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil sont élus pour une période de 6 ans.

Le renouvellement a lieu par moitié tous les trois (3) ans. Il est procédé par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ces membres sont soumis à réélection.

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 sortants sont rééligibles sous réserve de remplir les conditions d'éligibilité prévues par l'article 27 des présents statuts.

Les membres du Conseil cessent leurs fonctions :

- Lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions fixées à l'article 27 des présents statuts.
- Lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle.
- Lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, ils présentent 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 L114-21 du code de la mutualité.

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

ARTICLE 30 • VACANCE

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou tout autre cause d'un administrateur, le Conseil peut pourvoir provisoirement à la nomination, au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale. Si la nomination faite par le Conseil d'Administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée Générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur 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 2 RÉUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 31 • RÉUNIONS

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins trois fois par an.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le tiers des membres du Conseil.

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

La convocation ainsi que les documents préparatoires aux réunions du Conseil, Bureau, des comités et commissions peuvent être adressés par la voie électronique.

Les réunions peuvent se tenir à distance par tout moyen technologique.

Le Président Délégué assiste de droit à toutes les réunions du Conseil d'Administration et remplace le Président en cas d'empêchement de celui-ci. Ils peuvent inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration, qui délibère alors sur cette présence.

Conformément à l'article L114-16 du code de la mutualité, deux représentants des salariés assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil.

Les représentants des salariés sont élus par un collège composé des membres élus du comité d'entreprise et des délégués du personnel.

ARTICLE 32 • DÉLIBÉRATIONS

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents à l'exception des décisions liées à la création des sections qui sont adoptées à la majorité renforcée de 80 % des suffrages exprimés.

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

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

Les membres du Conseil d'Administration peuvent, par décision de ce Conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale.

SECTION 3 ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 33 • COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

Le Conseil gère la Mutuelle, détermine ses orientations et veille à leur application. Il peut créer, en son sein, des commissions ou comités temporaires ou permanents. A la clôture de chaque exercice, le Conseil arrête les comptes, et établit notamment un rapport de gestion et un rapport de solvabilité. Il approuve au moins annuellement le rapport sur le contrôle interne. Il fixe annuellement les lignes directrices de la politique de placement.

Le Conseil est compétent pour décider d'agir en justice ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle. Il peut déléguer ce pouvoir au Président.

ARTICLE 34 • CRÉATION DES SECTIONS

Les membres participants et honoraires IDENTITÉS MUTUELLE sont répartis, pour partie, en sections instituées par décision du Conseil d'Administration, conformément aux dispositions de l'article L115-4 du Code de la Mutualité.

Chaque section est administrée par une commission à laquelle le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs. La composition de cette commission est déterminée par le Conseil d'Administration, parmi les membres participants et honoraires appartenant à la section, à la majorité renforcée de 80 % des suffrages exprimés.

Toute modification apportée à cette composition est soumise à la même majorité. La commission est présidée par le Président du Conseil d'Administration de IDENTITÉS MUTUELLE, le Président Délégué ou leurs délégués.

Les règles de fonctionnement de la section font l'objet d'un règlement établi par le Conseil d'Administration et validé par l'Assemblée Générale.

ARTICLE 35 • SECTION PRÉVOYANCE COLLECTIVE MICOM-PREICOM

Le Conseil d'Administration crée une section chargée de suivre les opérations collectives de MICOM-PREICOM dont les membres, sont désignés tous les 2 ans par le Conseil d'Administration.

Elle est constituée paritairement de :

- 5 membres représentant les entreprises souscriptrices de contrats collectifs,
- 5 membres représentant les participants,

La Section PRÉVOYANCE COLLECTIVE MICOM-PREICOM est présidée par le Président du Conseil d'Administration d'IDENTITÉS MUTUELLE, le Président Délégué ou leurs délégués.

La Section PRÉVOYANCE COLLECTIVE MICOM-PREICOM :

- Examine le budget relatif aux contrats collectifs,
- Analyse les comptes de résultats,
- Propose l'indice de revalorisation des prestations,
- Prend connaissance des résultats des audits de gestion.

ARTICLE 36 • SECTION GARANTIES INDIVIDUELLES MICOM-PREICOM

Une Section Mutualiste IDENTITÉS MUTUELLE est instituée et dénommée « Section GARANTIES INDIVIDUELLES MICOM-PREICOM » chargée de suivre les opérations des adhérents MICOM-PREICOM couverts à titre individuel.

Ladite section est administrée en application d'un règlement adopté par la section et validée par l'Assemblée Générale d'IDENTITÉS MUTUELLE.

La section « GARANTIES INDIVIDUELLES MICOM-PREICOM » est présidée par le Président du Conseil d'Administration d'IDENTITÉS MUTUELLE, le Président Délégué ou leurs délégués.

ARTICLE 37 • SECTION MUTUALISTE ENSEIGNEMENT CATHOLIQUE DE LA MNIL

Une Section Mutualiste IDENTITÉS MUTUELLE est instituée et dénommée « Section Mutualiste Enseignement catholique » chargée de suivre les opérations des garanties spécifiques des membres participants de la section. Ladite section est administrée en application d'un règlement adopté par la section et validée par l'Assemblée Générale d'IDENTITÉS MUTUELLE.

La section « Section Mutualiste Enseignement catholique » est présidée par le Président du Conseil d'Administration d'IDENTITÉS MUTUELLE, le Président Délégué ou leurs délégués.

ARTICLE 38 • SECTION MUTUALISTE TEXTILE RHÔNE POULENC DE LA MNIL

Une Section Mutualiste IDENTITÉS MUTUELLE est instituée et dénommée « Section Mutualiste Textile Rhône Poulenc » chargée de suivre les opérations des garanties spécifiques des membres participants de la section.

Ladite section est administrée en application d'un règlement adopté par la section et validée par l'Assemblée Générale d'IDENTITÉS MUTUELLE.

La « Section Mutualiste Textile Rhône Poulenc » est présidée par le Président du Conseil d'Administration de IDENTITÉS MUTUELLE, le Président Délégué ou leurs délégués.

ARTICLE 39 • SECTION MUTUALISTE SMAC DE LA MNIL

Une Section Mutualiste IDENTITÉS MUTUELLE est instituée et dénommée « Section Mutualiste de l'Assurance Chômage-SMAC » chargée de suivre les opérations des garanties spécifiques des membres participants de la section.

Ladite section est administrée en application d'un règlement adopté par la section et validée par l'Assemblée Générale d'IDENTITÉS MUTUELLE.

La « Section Mutualiste de l'Assurance Chômage-SMAC » est présidée par le Président du Conseil d'Administration d'IDENTITÉS MUTUELLE, le Président Délégué ou leurs délégués.

ARTICLE 40 • SECTION MUTUALISTE DES ASSISTANTS PARLEMENTAIRES DE LA MNIL

Une Section Mutualiste IDENTITÉS MUTUELLE est instituée et dénommée « Section Mutualiste des Assistants Parlementaires » chargée de suivre les opérations des garanties spécifiques des membres participants de la section. Ladite section est administrée en application d'un règlement adopté par la section et validée par l'Assemblée Générale d'IDENTITÉS MUTUELLE. La « Section Mutualiste des Assistants Parlementaires » est présidée par le Président du Conseil d'Administration d'IDENTITÉS MUTUELLE, le Président Délégué ou leurs délégués.

ARTICLE 41 • COMITÉ D'AUDIT

Conformément aux articles L823-19 du code de commerce et L511-46 du code monétaire et financier, le Comité d'Audit est notamment chargé, sous la responsabilité du Conseil d'Administration, d'assurer le suivi : des questions relatives à l'élaboration et au contrôle de l'information comptable et financière ; de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques ; du contrôle légal des comptes annuels ; de l'indépendance des Commissaires aux Comptes. Il émet une recommandation sur le Commissaire aux Comptes proposé à l'Assemblée. Le Comité d'Audit assure le suivi de la politique, des procédures et des systèmes de gestion des risques.

La composition du comité d'audit est fixée par le Conseil d'administration, soit parmi ses membres, pour leur compétence particulière en matière financière et comptable, soit pour deux membres au plus, parmi des personnes non membres du conseil mais désignées par lui pour leurs compétences.

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

ARTICLE 42 • DÉLÉGATION D'ATTRIBUTION PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs soit au Bureau, soit au Président, soit au Président délégué, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions, et plus généralement toutes les attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'Administration par la loi. Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Le Président, Le Président délégué ou l'administrateur ainsi désigné agit sous contrôle et autorité du Conseil à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

ARTICLE 43 • DIRECTEUR GÉNÉRAL

Le Conseil consent au Directeur Général les délégations de pouvoirs nécessaires en vue d'assurer dans le cadre des textes législatifs et réglementaires, sous son contrôle, le fonctionnement de la Mutuelle.

Il participe aux réunions du Bureau ou du Conseil d'Administration, sauf avis contraire du Président.

SECTION 4 OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS**ARTICLE 44 • GRATUITÉ DES FONCTIONS - INDEMNITÉ**

Les fonctions d'administrateurs sont gratuites.

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 45 • INCOMPATIBILITÉ AVEC LE MANDAT D'ADMINISTRATEUR

Il est interdit aux administrateurs de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, une commission, rémunération ou ristourne, sous quelque forme que ce soit.

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.

Les membres du Conseil d'Administration 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.

Il leur est également interdit de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à quelque titre que ce soit et sous quelque forme que ce soit, des rémunérations à l'occasion du fonctionnement de la Mutuelle ou du service des avantages statutaires.

ARTICLE 46 • CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES SOUMISES À AUTORISATION

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

ARTICLE 47 • RESPONSABILITÉ

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

CHAPITRE 3 PRÉSIDENT ET BUREAU**SECTION 1 ÉLECTIONS, COMPOSITION****ARTICLE 48 • ÉLECTION DU BUREAU**

Tous les 3 ans, au cours de la réunion qui suit l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration élit parmi ses membres le Bureau.

Le Bureau est composé de la façon suivante : un Président, un Président délégué, quatre Vice-Présidents, un Secrétaire, un Secrétaire-Adjoint, un Trésorier, un Trésorier-Adjoint.

Le Conseil d'Administration peut conférer l'honorariat à tout administrateur, ayant exercé les fonctions de Président, en raison des services rendus à la Mutuelle.

Le titre de Président d'Honneur est purement honorifique. Il s'accompagne de la prérogative d'assister à toutes les séances du Conseil, avec voix consultative, et sans prendre part à aucun acte d'administration ou de gestion.

Les membres du Bureau peuvent à tout moment être révoqués 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 au poste vacant. L'administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

ARTICLE 49 • VACANCE DU PRÉSIDENT

En cas de décès, démission ou de perte de qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Président délégué. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont exercées par le Président délégué.

SECTION 2 ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU - RÉUNIONS**ARTICLE 50 • MISSIONS DU PRÉSIDENT**

Le Président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

Il informe le cas échéant, le Conseil d'Administration des procédures engagées en application de l'article L 510-8 du code de la mutualité.

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

Le Président convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux Commissaires aux Comptes sur les conventions réglementées.

Il engage les recettes et les dépenses.

Le Président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider et agir en justice, ou défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

ARTICLE 51 • MISSIONS DU PRÉSIDENT DÉLÉGUÉ

Le Président Délégué seconde le Président qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

De plus le Président Délégué assiste de droit à toutes les réunions des Instances.

Les Vice-Présidents suppléent le Président Délégué en cas d'empêchement de celui-ci.

ARTICLE 52 • MISSIONS DU SECRÉTAIRE

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

Le Secrétaire peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Directeur Général de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Le Secrétaire Adjoint assiste et supplée le Secrétaire en cas d'empêchement de celui-ci.

ARTICLE 53 • MISSIONS DU TRÉSORIER

Le Trésorier effectue les opérations financières de la Mutuelle et tient la comptabilité.

Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle.

Il fait procéder selon les directives du Conseil d'Administration, à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

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

Le Trésorier Adjoint assiste et supplée le Trésorier en cas d'empêchement de celui-ci.

Le Trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Directeur Général ou à des salariés de la Mutuelle, l'exécution de certaines des tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 54 • RÉUNIONS ET DÉLIBÉRATIONS DU BUREAU

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

La convocation est envoyée aux membres du Bureau cinq jours francs au moins avant la date de la réunion, sauf cas d'urgence.

Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions du Bureau, qui délibère alors sur cette présence.

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins des membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents, sans voix prépondérante.

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

CHAPITRE 4 ORGANISATION FINANCIÈRE**SECTION 1 PRODUITS ET CHARGES****ARTICLE 55 :**

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- 1) les cotisations des membres participants et les rappels de cotisation éventuellement nécessaires,
- 2) les cotisations des membres honoraires,
- 3) les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- 4) plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, concours financiers, subventions, prêts.

ARTICLE 56 :

Les charges comprennent :

- 1) les diverses prestations servies aux membres participants,
- 2) les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
- 3) les versements faits aux unions et fédérations,
- 4) la participation aux dépenses de fonctionnement des comités départementaux de coordination,
- 5) plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

ARTICLE 57 • VÉRIFICATIONS PRÉALABLES

Les dépenses de la Mutuelle sont engagées par le Président et payées par le Trésorier ou par les personnes habilitées. Le responsable de la mise en paiement s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la Mutuelle.

SECTION 2 MODE DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DE FONDS RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE**ARTICLE 58 • MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT**

Le fonds d'établissement constitué conformément à la réglementation en vigueur, est fixé à 761 000 €.

Son montant pourra être augmenté suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions de l'article 23-1 des statuts, sur proposition du Conseil d'Administration.

ARTICLE 59 • SYSTÈME DE GARANTIE

La Mutuelle adhère au système de garantie de la F.N.M.F.

SECTION 3 COMMISSAIRE AUX COMPTES**ARTICLE 60 • NOMINATION DU COMMISSAIRE AUX COMPTES**

Conformément à l'article L 114-38 du code de la mutualité, l'Assemblée Générale nomme pour six ans, un Commissaire aux Comptes titulaire et un Commissaire aux Comptes suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L 822-1 du code de commerce, chargés de contrôler et de certifier les comptes.

Le rapport du Commissaire aux Comptes est présenté à l'Assemblée Générale chargée d'approuver les comptes.

Les fonctions du Commissaire aux Comptes expirent après la réunion de l'Assemblée Générale qui statue sur les comptes du sixième exercice.

ARTICLE 61 • CERTIFICATION DES COMPTES

Le Commissaire aux Comptes porte à la connaissance du Conseil d'Administration les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par la loi n°66-537 du 24 Juillet 1966 sur les sociétés commerciales.

Il 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.

Le Commissaire aux Comptes doit établir et déposer au siège social le rapport spécial prévu à l'article L114-39 du code de la mutualité.

ARTICLE 62 • RAPPORT SPÉCIAL DU COMMISSAIRE AUX COMPTES

Le Commissaire aux Comptes présente sur les conventions dont il a été avisé, soumises à autorisation du Conseil d'Administration en application de l'article L114-32 du code de la mutualité, un rapport spécial qui doit comporter :

L'énumération des conventions soumises à l'approbation de l'Assemblée Générale,

Les modalités essentielles de ces conventions, L'importance des fournitures livrées ou des prestations de services fournies, ainsi que le montant des sommes versées ou reçues au titre de ces conventions

TITRE III : DISPOSITIONS DIVERSES**ARTICLE 63 • DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION**

En dehors des cas prévus par les lois et règlement en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 23 des statuts.

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

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, statuant dans les conditions prévues à l'article 24-I des présents statuts, 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.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR IDENTITÉS MUTUELLE

Le règlement intérieur traite de la vie statutaire de votre mutuelle et notamment des modalités d'élection, de la représentation des adhérents à l'assemblée générale et de l'élection des membres du conseil. Ce document préparé par le bureau, validé par le Conseil d'Administration est soumis à l'approbation de l'assemblée générale. Ce document doit être remis à chaque adhérent de la mutuelle. Nous vous invitons à garder précieusement ce dernier dans votre dossier mutuelle.

ARTICLE 1 • OBJET DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur établi par le Conseil d'Administration détermine les conditions d'application des statuts. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer.

ARTICLE 2 • INFORMATION DES ADHÉRENTS

A chaque adhérent, la Mutuelle remet un exemplaire des statuts, un exemplaire du règlement intérieur et du règlement mutualiste ainsi qu'une carte de membre participant.

ARTICLE 3 • MEMBRES

Peuvent être admis comme membres honoraires, les participants qui remplissent les conditions indiquées à l'article 7 des statuts. Ils ne sont soumis à aucune condition d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité. Leur admission est examinée par le Bureau qui apprécie la notion de services rendus en fonction de l'activité déployée par l'intéressé au profit de la Mutuelle, de son passé et de la nature des services apportés à celle-ci. Sur proposition du Conseil, la qualité de membre honoraire est conférée par l'Assemblée Générale

SECTION 1 ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

ARTICLE 4 • ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS - VOTE

Les membres participants et honoraires de la Mutuelle sont représentés en Assemblée Générale par des délégués élus parmi eux. Le nombre de délégués est arrêté par le Conseil dans le cadre du règlement électoral en tenant compte notamment du nombre de membres participants, et dans un souci de maintien du lien de proximité. Les délégués sont élus pour 6 ans.

Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée Générale.

Les élections des délégués ont lieu par correspondance, suivant le mode de scrutin suivant : scrutin de liste à un tour à la majorité des suffrages exprimés.

Le bulletin de vote devant comporter autant de noms que de sièges à pourvoir, des noms doivent être rayés lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de sièges à pourvoir.

Les candidats doivent déclarer par écrit accepter les modalités pratiques des règles électorales arrêtées par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 5 • RÉCEPTION ET PRÉSENTATION DES CANDIDATURES DE DÉLÉGUÉS

Chaque candidature est individuelle ; elle s'exprime par lettre adressée au Président et est accompagnée d'une note brève expliquant les raisons qui la justifient. Elle doit être déposée au siège social de la Mutuelle trois mois avant la date de la prochaine élection.

Les délégués sortants qui sollicitent le renouvellement de leur mandat se soumettent à la même obligation.

Le Bureau après avoir vérifié la validité des candidatures la soumet au Conseil d'Administration pour établissement de la liste qui servira de bulletin de vote.

ARTICLE 6 • COMMISSION DE VOTE

Une commission de vote est instituée à effet de décompter le nombre de votants, de suffrages exprimés et de voix recueillies par les candidats, ainsi que de compter les bulletins blancs ou nuls qui seront annexés au procès-verbal. La commission de vote décide de la date limite de réception des bulletins de vote pour participer au scrutin.

Le bulletin de vote peut comporter un code à barre permettant le dépouillement automatique tout en respectant la confidentialité. Dans ce cas, ce bulletin peut être envoyé par la poste sans le mettre sous enveloppe.

Cette commission est composée du Président et du Président délégué de la Mutuelle et de deux assesseurs désignés par le Conseil d'Administration. En cas d'empêchement du Président, la commission est présidée par le Président délégué ou à défaut par l'un des Vice-Présidents.

Le secrétariat de la commission est assuré par le moins âgé des assesseurs

SECTION 2 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES DÉLÉGUÉS

ARTICLE 7 • CONVOCATION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

La convocation adressée aux délégués indique les questions sur lesquelles ils sont invités à se prononcer, ainsi que, le cas échéant, les noms des

candidats aux fonctions d'administrateurs, avec le nombre de sièges à pourvoir. Les convocations à l'Assemblée Générale doivent être remises à la poste au plus tard 15 jours avant la date de celle-ci.

Tout document peut également être adressé par la voie électronique.

L'Assemblée Générale désigne parmi ses membres, deux scrutateurs.

SECTION 3 CONSEIL D'ADMINISTRATION - BUREAU

ARTICLE 8 • RÉCEPTION ET PRÉSENTATION DES CANDIDATURES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Chaque candidature est individuelle ; elle s'exprime par lettre adressée au Président et est accompagnée d'une note brève expliquant les raisons qui la justifient. Elle doit être déposée 3 mois au moins avant la date de la prochaine Assemblée Générale.

Les administrateurs sortants qui sollicitent le renouvellement de leur mandat se soumettent à la même obligation.

Le Bureau après avoir vérifié la validité des candidatures, établit la liste qui servira de bulletin de vote et la présentera au Conseil d'Administration. La liste des candidatures distinguera les sièges soumis à renouvellement des autres sièges faisant l'objet d'une élection.

Les candidats seront désignés par leurs seuls nom et prénom usuel pour l'établissement du bulletin de vote.

Pour les administrateurs sortant se représentant, la mention « administrateur sortant » sera indiquée à la suite.

La liste des candidats sera établie suivant l'ordre alphabétique à partir d'une lettre tirée au sort lors d'un Conseil d'Administration.

ARTICLE 9 • CONDITIONS D'ÉLECTION DES ADMINISTRATEURS

Pour être valable, le bulletin de vote doit comporter autant de noms que de sièges à pourvoir. Des noms doivent être rayés lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de sièges à pourvoir.

Lors de la fin de période de mandat du Bureau et du Président (trois ans), le Président sortant assume

la présidence du Conseil d'Administration jusqu'à la prochaine réunion du Conseil d'Administration qu'il convoque pour élire le Président et les membres du Bureau pour une période de trois ans.

Si le Président sortant arrive en fin de mandat d'administrateur et s'il n'est pas élu par l'Assemblée Générale, il est remplacé par un administrateur non sortant ou sortant et élu par l'Assemblée Générale :

- le Président délégué
- à défaut, le Vice-Président le plus âgé
- à défaut, le plus âgé des administrateurs.

Les bulletins de vote sont ceux édités par la Mutuelle.

Tout autre bulletin sera considéré comme nul.

Sont considérés comme nuls les bulletins portant un signe de reconnaissance, des mentions quelconques ou les bulletins dans lesquels les votants se sont fait connaître.

ARTICLE 10 : REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE SÉJOUR

A l'occasion des réunions du Conseil d'Administration et du Bureau, les administrateurs ont droit au remboursement de leurs frais engagés à l'occasion de leur déplacement dans des conditions arrêtées par le Conseil d'Administration.

Si des administrateurs sont salariés et subissent une perte de salaire pour participer aux activités du Bureau ou du Conseil d'Administration, cette perte est remboursée directement à l'employeur de l'administrateur concerné afin que celui-ci perçoive l'intégralité de son salaire.

Dans le cas de missions spéciales, effectuées dans l'intérêt de la Mutuelle et sur mandat du Conseil ou de l'Assemblée Générale, le remboursement des frais exposés a lieu conformément aux dispositions du paragraphe 1^{er} du présent article et le remboursement de la perte de salaire conformément aux dispositions du 2^{ème} paragraphe du présent article.

april entreprise | prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
CS 63341- 69439 Lyon Cedex 03
Fax : 04 72 36 79 95

www.april-entreprise-prevoyance.fr

S.A.S. au capital de 2 441 600 € à Conseil d'Administration - RCS LYON 493 481 816
Intermédiaire en assurances immatriculé l'ORIAS sous le n° 08 040 197 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.
Contrat conçu et géré par APRIL Entreprise Prévoyance
et assuré par AXERIA Prévoyance.

