

GARANTIES DE PRÉVOYANCE DES ÉTUDIANTS ET INTERNES DES PROFESSIONS DE SANTÉ

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 Objet du contrat et définition des parties au contrat

Le présent contrat a pour objet de garantir aux étudiants et internes des professions de santé :

- le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité totale temporaire de l'assuré résultant d'une maladie ou d'un accident aux étudiants et internes ayant une rémunération réglementaire ;
- le versement d'un capital invalidité de reconversion, en cas d'incapacité permanente plaçant l'assuré dans l'impossibilité de mener à son terme son cursus universitaire et d'exercer sa future profession ;
- le versement, à l'assuré, d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'assuré.

Les trois garanties ci-dessus peuvent être souscrites ensemble ou séparément.

Le présent contrat ne peut être souscrit que pour assurer des personnes n'étant pas en incapacité temporaire ou permanente de travail et affiliées à un régime de Sécurité Sociale français.

Souscripteur : la personne signataire du bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations. Avant la souscription du contrat, la personne physique demandant à souscrire le contrat (postulant à l'assurance).

Assuré : la personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie :

- ayant la qualité d'étudiant ou d'interne des professions de santé ;
- âgée de moins de 35 ans lors de la demande de souscription et du renouvellement du contrat.

Bénéficiaire : le bénéficiaire des prestations garanties par le contrat en cas d'incapacité de travail et d'invalidité (capital invalidité de reconversion) est l'assuré.

Le bénéficiaire, en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré est défini aux articles 22 et 24.

Le souscripteur du contrat acquiert et doit conserver la qualité de membre participant de la mutuelle d'accueil affiliée à AGMF-Prévoyance selon les règles statutaires en vigueur.

Le contrat est régi par le Code de la Mutualité. Le contrat est rédigé en langue française et les échanges relatifs au contrat se font en langue française.

Article 2 Obligations déclaratives du souscripteur et de l'assuré

L'assuré a l'obligation de répondre exactement aux questions posées, notamment dans le bulletin d'adhésion ou la demande d'avenant ainsi que dans la déclaration de bonne santé au titre des garanties de prévoyance, pour permettre à l'organisme assureur d'apprécier le risque qu'il prend à sa charge.

Le souscripteur a l'obligation de déclarer par lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme assureur son changement de statut ou la cessation de sa qualité d'étudiant ou d'interne visée à l'article 1^{er}, quelle qu'en soit la cause.

Article 3 Formation, prise d'effet du contrat et des garanties

§ 1 - Formation du contrat

1.1 Contrats souscrits sur support papier

Préalablement à la formation du contrat, l'organisme assureur remet au postulant à l'assurance un bulletin d'adhésion, les statuts de l'organisme assureur ainsi que les présentes conditions générales et une fiche d'information sur le contrat décrivant précisément les droits et obligations réciproques des parties (article L.221-4 du Code de la Mutualité).

Le contrat est formé après :

- signature du bulletin d'adhésion par le postulant à l'assurance ;
- transmission du questionnaire médical, rempli par le postulant à l'assurance (ou le proposant si c'est une personne distincte), sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur ;
- notification par l'organisme assureur de l'acceptation de la souscription, concrétisée par l'envoi d'un certificat d'adhésion et d'un premier appel de cotisation.

S'il y a lieu, pour se prononcer sur l'acceptation de la souscription, l'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'assuré tout renseignement complémentaire ou de le soumettre à un examen spécifique par le médecin conseil de l'organisme assureur et dont il assume le coût.

1.2 Contrats souscrits en ligne (via le site internet)

Préalablement à la formation du contrat, l'organisme assureur met en ligne à disposition du postulant à l'assurance une fiche d'information sur le produit, les statuts de l'organisme assureur, les conditions générales de souscription dématérialisée, la politique de signature ainsi que les présentes conditions générales notice d'information décrivant précisément les droits et obligations réciproques des parties.

Le contrat est conclu après :

- validation (en cochant la case prévue à cet effet) par le postulant à l'assurance de la déclaration de bonne santé intégrée au processus de souscription, au titre des garanties d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès/PTIA ;
- acceptation puis validation par voie numérique de l'adhésion par le postulant à l'assurance (procédé du double-clic).

Le contrat ne devient effectif qu'après la confirmation du paiement en ligne.

À l'issue de la confirmation du paiement en ligne, le souscripteur est informé que le contrat ainsi validé est produit par AGMF sous la forme d'un fichier PDF et que ce fichier est scellé par l'intermédiaire de la signature électronique de l'assureur, garantissant l'intégrité des documents ainsi produits.

§ 2 - Prise d'effet du contrat

2.1 Contrats souscrits sur support papier

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

- à la date de réception du bulletin d'adhésion complété et signé, par l'organisme assureur, sous réserve :
 - de la notification de l'acceptation de l'adhésion par l'organisme assureur,
 - et du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.
- ou, à la date d'acceptation des conditions particulières par l'adhérent (en cas de surprime, exclusion, ...), sous réserve du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.

Le règlement peut s'effectuer par chèque ou par prélèvement automatique.

En cas de règlement par chèque la date de prise en compte est sa date de réception par l'organisme assureur, et ce, sous réserve de son encaissement.

Faute pour l'adhérent d'avoir réglé le montant du premier appel de cotisation dans les 30 jours suivant son émission, l'acceptation de l'adhésion est caduque et l'assurance ou le contrat est de nul effet.

2.2 Contrats souscrits en ligne (via le site internet)

2.2.1 Prise d'effet

Le contrat produit ses effets, à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion signée électroniquement.

Le règlement s'effectue pour la première cotisation par carte bancaire (paiement en ligne) puis au renouvellement annuel par prélèvement automatique.

Pour les souscriptions effectuées avant le 31 juillet de l'année universitaire en cours, les garanties prennent effet le lendemain de la souscription, sous réserve du paiement de la cotisation annuelle (le cas échéant proratisée).

Pour les souscriptions effectuées à partir du 1er août de l'année universitaire en cours, les garanties sont souscrites pour la prochaine année universitaire et prennent effet le premier jour de l'année universitaire choisie par l'assuré, sous réserve du paiement de la cotisation annuelle.

2.2.2 Délai de rétractation

Dans le cadre de la réglementation sur la vente à distance, à compter de la date de conclusion du contrat (date de la signature électronique), le souscripteur dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à son contrat.

Cette rétractation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les présentes conditions générales précisent les conditions d'exercice de la faculté de rétractation (voir lettre-type page 7).

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

Le contrat ne produit ses effets qu'à l'expiration de ce délai sauf si l'assuré demande expressément l'exécution du contrat sans attendre la fin du délai de rétractation dans la demande de souscription.

Pour autant, l'assuré ayant renoncé à son droit de rétractation peut toujours l'exercer.

2.2.3 Effet de la rétractation

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

Si le souscripteur a souhaité que le contrat commence à être exécuté à la date prévue au certificat d'adhésion (et non à l'issue du délai de 30 jours), la renonciation entraîne :

- la restitution par le souscripteur à l'organisme assureur de l'intégralité des prestations payées,
- la restitution par l'organisme assureur au souscripteur de l'intégralité des cotisations payées, dans les meilleurs délais, et au plus tard dans le délai de 30 jours à compter du jour où l'organisme assureur a reçu la lettre de renonciation.

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

§ 3 - Prise d'effet des garanties

➤ Garanties incapacité de travail et capital invalidité de reconversion :

Est garantie, dès la date de prise d'effet du contrat, l'incapacité de travail ou l'invalidité de l'assuré, résultant d'une maladie ou d'un accident survenu à compter de cette date.

➤ Garantie décès-perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) :

Est garanti, dès la date de prise d'effet du contrat, le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, résultant d'un accident.

Est garanti à l'issue d'une période de trois mois suivant la date de prise d'effet du contrat, le décès de l'assuré résultant d'une maladie. La perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré résultant d'une maladie est garantie à l'issue d'une période de six mois suivant la date de prise d'effet du contrat.

- Indépendamment des dispositions ci-dessus, les assurés pouvant justifier d'une affiliation à un régime d'assurance offrant des garanties équivalentes ou supérieures, ne sont pas soumis à ces délais de stage à condition de produire un certificat précisant la date de la radiation volontaire étant entendu que celle-ci doit se situer dans les 30 jours précédant la demande d'adhésion.

Dans ce cas, la suppression des délais d'attente est mentionnée dans le certificat d'adhésion.

- Pour l'application des dispositions ci-dessus, on entend d'une façon générale par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

N'est pas considéré comme accidentel le sinistre résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou étant la conséquence d'un examen médical. La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le sinistre ainsi que la preuve de l'accident incombent à l'assuré.

Article 4 Renonciation pour les supports souscrits sur support papier

A compter de la date de paiement de la première cotisation, le souscripteur dispose d'un délai de 30 jours pour renoncer à son contrat. Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les présentes conditions générales remises au postulant à l'assurance lors de la souscription précisent les conditions d'exercice de la faculté de renonciation (voir lettre-type en page 7).

Le défaut de remise de ce document entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu au 1^{er} alinéa jusqu'au trentième jour suivant sa date de remise effective.

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

Dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée de renonciation, l'organisme assureur restitue l'intégralité des sommes versées par virement sur le compte du payeur des cotisations. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux contrats souscrits en ligne.

Article 5 Durée, renouvellement et résiliation du contrat

§ 1

Sauf dispositions spécifiques prévues selon le cas par le certificat d'adhésion ou le bulletin d'adhésion signé électroniquement, le contrat est souscrit pour l'année universitaire choisie par l'adhérent. Il se termine à la fin de l'année universitaire choisie.

Il est renouvelable annuellement par tacite reconduction, sauf résiliation par le souscripteur opérée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au moins deux mois avant le terme de la durée universitaire choisie.

§ 2

L'organisme assureur procède à la résiliation du contrat dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 18 ;
- dès que l'assuré ne remplit plus les conditions prévues à l'article 1 ci-dessus.

§ 3

Le contrat est résilié de plein droit à son échéance en application de l'article 6 ci-après, en cas de non-acceptation, par le souscripteur des modifications des conditions générales et des tarifs présentées par l'organisme assureur lors du renouvellement annuel du contrat.

Il peut également, s'il y a lieu, être résilié par l'une ou l'autre des parties dans les cas et conditions prévus par l'article L.221-17 du Code de la Mutualité.

§ 4 - Effets de la résiliation

La résiliation du contrat met fin définitivement à l'assurance et prive de tout droit à prestation l'assuré ou les bénéficiaires pour les incapacités de travail ou invalidités survenues postérieurement à la date de résiliation.

Il en est de même des décès survenus ou de la perte totale et irréversible d'autonomie constatée postérieurement à la résiliation du contrat.

Aucun remboursement de cotisations ne peut intervenir pour les périodes antérieures à la résiliation.

Article 6 Modification du contrat

§ 1 - A la demande du souscripteur

Le souscripteur peut demander à tout moment, sous réserve d'en formuler la demande par lettre, un aménagement de ses garanties (augmentation ou diminution de ses garanties).

Une demande d'augmentation de garantie est soumise aux mêmes conditions d'acceptation qu'une souscription nouvelle, les règles de prise d'effet des garanties visées à l'article 3 §3 étant applicables sur le complément.

En cas de refus, le contrat continue de s'appliquer sur ses anciennes bases.

En cas de diminution des garanties, la nouvelle garantie ne peut prendre effet avant la rentrée universitaire suivante, sauf dispositions spécifiques prévues au certificat d'adhésion.

§ 2 - A la demande de l'organisme assureur

A/ Les modifications des conditions générales ou des tarifs des garanties, approuvées par l'Assemblée Générale de l'organisme assureur ou le Conseil d'Administration agissant dans le cadre de l'article L.114-11 du Code de la Mutualité, sont appliquées à la date du prochain renouvellement du contrat.

B/ Le souscripteur en est informé par lettre adressée avant le dit renouvellement. Le paiement ou le non-paiement de la cotisation à l'échéance vaut de plein droit respectivement acceptation par le souscripteur des nouvelles dispositions ou résiliation du contrat à cette date.

Article 7 Nullité du contrat

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque (article L.221-14 du Code de la Mutualité).

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

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

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au certificat d'adhésion.

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

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

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

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

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

Article 8 Risques exclus

§ 1

L'organisme assureur ne prend pas en charge, au titre des garanties "incapacité de travail", "capital invalidité de reconversion", "capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie", les sinistres résultant :

- 1/ de faits de guerre étrangère, lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- 2/ des faits de guerre civile ;
- 3/ du fait intentionnel causé ou provoqué par l'assuré, entraînant l'incapacité de travail ou la perte totale et irréversible d'autonomie ;
- 4/ de luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense) ou agressions auxquels l'assuré participe activement ;
- 5/ du fait d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme ou de sabotage, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- 6/ de tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation ;
- 7/ des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation des noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules, à l'exception de ces mêmes effets lorsqu'ils sont subis ou provoqués dans le cadre d'une thérapeutique médicale ;
- 8/ du risque de navigation aérienne, lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet pour l'appareil utilisé ou de licence valide, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- 9/ de la participation à des courses en haute montagne ; on entend par courses en haute montagne les randonnées remplissant simultanément les deux conditions ci-après :
 - nécessiter des équipements particuliers en vue d'escalades ou du franchissement de zones de rochers ou de passage de glaciers ;
 - être effectuées dans une zone d'altitude située au-dessus de la moyenne montagne, constituée en totalité de roches, glaces ou neiges éternelles ou en tout état de cause au-dessus de 3 000 mètres d'altitude ;
- 10/ de la plongée subaquatique avec appareil respiratoire ;
- 11/ de la spéléologie ;
- 12/ de la pratique de sports aériens et notamment vols sur aile volante, ULM, delta-plane, vol à voile, parachutisme, parachutisme ascensionnel, parapente, saut à l'élastique, voltige aérienne ;
- 13/ de tous sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur, à titre professionnel ou amateur et de tous sports à titre professionnel ;
- 14/ de la participation à des matches, paris, défis, courses, raids, acrobaties, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, sauf compétition normale concernant un sport dont la pratique n'est pas exclue par l'alinéa précédent. (Par compétition normale, il faut entendre toute compétition organisée selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré).

§ 2

L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès résultant :

- d'un suicide de l'assuré survenant pendant la première année suivant la prise d'effet de l'assurance ;
- de l'homicide volontaire de l'assuré par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.

§ 3

L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie suite à un accident ou un accident de la circulation résultant :

- de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre, défini à l'article R.234-1 (alinéa 1^{er}) du Code de la Route ;
- de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement.

§ 4

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

- de la grossesse et ses suites normales.

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

- d'une lombalgie sans support organique.

Sont également exclues de la garantie « incapacité de travail » :

- les périodes d'incapacité de travail pour lesquelles l'assuré se trouve hors du territoire français (exception faite des périodes d'hospitalisation) ;

- les périodes correspondant à des séjours dans des établissements de cure et de repos, sauf si elles sont prescrites médicalement et font suite d'une manière ininterrompue à un arrêt de travail d'au moins de 30 jours.

L'incapacité de travail de l'assuré résultant d'un accident imputable à l'un des événements énumérés au § 3 ci-dessus se verra appliqué le délai de franchise prévu en cas de maladie visé à l'article 11 et non celui réduit en cas d'accident.

§ 5

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

Article 9 Prescription – Réclamation – Médiation

§ 1 - Prescription

Tous les droits et actions afférents aux présentes garanties se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à dix ans pour le paiement du capital dû versé au décès de l'assuré dès lors que le bénéficiaire n'est pas le membre participant⁽¹⁾.

L'interruption de la prescription peut résulter de l'une des causes prévues à l'article L.221-12 du Code de la Mutualité⁽²⁾.

(1) Reproduction de l'article L 221-11 du Code de la Mutualité : « Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant 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.

(2) Reproduction de l'article L 221-12 du Code de la Mutualité : "La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. 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 ou l'union au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement des cotisations et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union en ce qui concerne le règlement de l'indemnité".

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

- article 2240 : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (c'est notamment le paiement des intérêts, une reconnaissance de responsabilité, un engagement de payer...)
- articles 2241 à 2243 : une demande en justice
- articles 2244 à 2246 : une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée

Article L.221-12-1 du Code de la Mutualité : « Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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 ».

§ 2 - Réclamation - Médiation

Toute information complémentaire ou réponse à une réclamation concernant l'application du contrat est fournie par le Département Services aux Adhérents d'AGMF au siège social.

Si le souscripteur, l'adhérent ou le bénéficiaire est en désaccord avec la position retenue, il peut soumettre son litige à la Direction des Risques et de l'Actuariat - Service Médiation Interne d'AGMF, au siège social, qui formulera son avis.

Après épuisement des procédures internes de règlement amiable ci-dessus et pour autant qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée, le Médiateur peut être saisi par une demande écrite et argumentée envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur d'AGMF Prévoyance 34, boulevard de Courcelles 75809 PARIS CEDEX 17.

L'avis motivé du Médiateur, rendu en droit ou en équité, est notifié dans les trois mois de sa saisine. Cet avis ne lie pas les parties. Il est confidentiel, les parties s'interdisant d'en faire état devant les tribunaux.

§ 3 - Autorité de contrôle

AGMF est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75 436 Paris Cedex 09.

Article 10 Subrogation

En ce qui concerne la garantie en cas d'incapacité temporaire totale de travail, l'organisme assureur est subrogé de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

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

CHAPITRE II - PRESTATIONS GARANTIES

SECTION 1 - Prestations en cas d'incapacité de travail

Article 11 Définition des prestations

§ 1

L'organisme assureur verse les indemnités mentionnées au certificat d'adhésion en cas d'incapacité temporaire totale de travail d'un assuré médicalement constatée débutant à compter de la date d'effet du contrat ou de l'adhésion, résultant d'une maladie ou d'un accident n'ayant pas fait l'objet d'une exclusion mentionnée selon le cas, dans le certificat d'adhésion ou dans le bulletin d'adhésion signé électroniquement et à l'article 8 des conditions générales.

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

§ 2 - Etendue de la garantie - Délai de franchise

1/ L'indemnité journalière est due à compter du 15^{ème} jour d'incapacité de travail et jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail. Pour les internes, l'indemnité journalière est due à compter du 91^{ème} jour d'incapacité de travail pour la garantie portant sur le traitement (hors gardes et astreintes) et ce jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail.

Toutefois, elle est versée dès le 4^{ème} jour d'hospitalisation continue et dès le 4^{ème} jour d'incapacité en cas d'accident entraînant un arrêt de travail

d'une durée au moins égale à la franchise prévue en cas de maladie.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'incapacité de travail de l'assuré ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombent à l'assuré.

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

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

La rechute se définit comme l'apparition, à la suite d'un premier état pathologique ayant constitué l'ouverture du droit aux prestations et ayant fait l'objet d'une constatation de reprise du travail d'un état pathologique dont les caractéristiques sont identiques et provoquées par la même cause que celle ayant entraîné la première cessation d'activité.

2/ Le montant de l'indemnité journalière versée en cas d'incapacité de travail est égal à 90% du traitement journalier de base du souscripteur défini à l'article 12 ci-après, sous déduction des prestations éventuellement versées par le régime obligatoire et/ou le centre hospitalier.

Le maintien des gardes et astreintes intervient à compter du 15^{ème} jour, quel que soit le statut du souscripteur, dans les conditions définies ci-dessus et dans les limites indiquées à l'article 12 ci-dessous.

Pour le calcul de l'indemnité journalière garantie, le traitement journalier pris en compte est égal à 1/360^{ème} du traitement de base défini à l'article 12 ci-après.

3/ Il ne peut être versé un montant de prestations qui ferait bénéficier l'assuré de revenus nets supérieurs à ceux dont il disposait en période d'activité, compte tenu le cas échéant de la fraction de traitement maintenue par l'établissement hospitalier et/ou des indemnités journalières perçues de la Sécurité Sociale.

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

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

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

Article 12 Définition du traitement de base

► Pour le calcul des garanties définies à l'article 11 ci-dessus, on entend par traitement de base le montant brut de la rémunération annuelle ou des indemnités annuelles allouées aux étudiants et internes visés à l'article 1^{er} (à l'exclusion de toutes indemnités annexes), en vigueur à l'adhésion au contrat ou à son dernier renouvellement.

Rémunération annuelle brute prise en compte pour le calcul des prestations d'incapacité de travail (Année universitaire 2013/2014)* :

Statut		Rémunération annuelle
2 ^{ème} Cycle		
Médecine	DCEM 2	1 536,73 €
	DCEM 3	2 980,96 €
	DCEM 4	3 330,61 €
3 ^{ème} Cycle		
Médecine Pharmacie Odontologie	Internes de 1 ^{ère} année	16 506,09 €
	Internes de 2 ^{ème} année	18 273,81 €
	Internes de 3 ^{ème} année	25 348,46 €
	Internes de 4 ^{ème} année	25 348,46 €
	Internes de 5 ^{ème} année	25 348,46 €
	Faisant fonction court T1	15 105,87 €
Odontologie	3 ^{ème} cycle court T1	3 330,61 €
Pharmacie	Etudiants hospitaliers	2 980,96 €

* Montants au 01/07/2010 - arrêté du 12/07/2010 (JO 21/07/2010).

► La garantie prévoit, soit en complément du maintien du traitement susvisé, soit de manière isolée, une option de souscription pour les internes de 3^{ème} cycle, permettant, dès la première année de 3^{ème} cycle, de garantir dans les conditions stipulées à l'article 11, les gardes et astreintes que l'assuré ne peut assurer du fait de son incapacité de travail.

La prestation est garantie sur la base de la rémunération définie réglementairement pour lesdites gardes et astreintes, dans la double limite :

- des gardes et astreintes attribuées à l'assuré et inscrites à cet effet au tableau des gardes tenu par l'établissement hospitalier dont il doit justifier ;
- d'un maximum de 2 gardes par semaine calendaire.

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

Article 13 Définition des prestations

Le montant du capital garanti, choisi par le souscripteur et figurant au certificat d'adhésion, est versé à tout étudiant ou interne atteint d'une

incapacité définitive de travail d'un taux au moins égal à 66% non révisable, le plaçant définitivement dans l'impossibilité d'exercer sa profession ou sa spécialité.

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

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

SECTION 3 - Prestations en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Article 14 Définition des prestations

L'assurance décès-perte totale et irréversible d'autonomie, hormis les cas prévus à l'article 8 du présent contrat, est exempte de toute restriction concernant la cause et le lieu du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie.

§ 1 - En cas de décès

Le présent contrat garantit au décès de l'assuré le versement d'un capital dont le montant est, selon l'option souscrite, mentionné au certificat d'adhésion.

§ 2 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

La perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré ouvre droit au paiement du capital garanti en cas de décès, y compris le cas échéant les majorations de garantie "accident" et "accident de la circulation" visées aux articles 15 et 16 ci-après.

Est considéré comme atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) l'assuré qui est reconnu par la Sécurité Sociale comme étant en invalidité de 3^{ème} catégorie⁽¹⁾ ou en invalidité permanente d'un taux de 100% au titre de la réglementation des accidents du travail et des maladies professionnelles, de telle sorte que cet état ait un caractère irréversible⁽²⁾.

Le montant du capital garanti en cas de perte totale et irréversible d'autonomie est mentionné au certificat d'adhésion.

(1) *Infirmitté complète, l'empêchant définitivement de se livrer à quelque activité que ce soit pouvant lui rapporter gain ou profit et l'obligeant en outre à recourir à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale).*

(2) *Incapacité permanente totale obligeant la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (article L.434-2 du Code de la Sécurité Sociale).*

Article 15 Majoration de garantie "accident"

Le souscripteur a la possibilité d'opter, soit au moment de la souscription du contrat, soit en cours de contrat dans les conditions prévues par l'article 6 §1, pour une garantie complémentaire en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentel.

On entend d'une façon générale par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

N'est pas considéré comme accidentel le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie, résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou étant la conséquence d'un examen médical.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré ainsi que la preuve de l'accident incombent aux bénéficiaires.

Le montant du capital garanti figure au certificat d'adhésion.

Article 16 Majoration de garantie "accident de la circulation"

Le souscripteur a la possibilité d'opter, soit au moment de la souscription du contrat, soit en cours de contrat dans les conditions prévues par l'article 6 § 1 pour une garantie complémentaire en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie résultant d'un accident de la circulation.

Pour l'application de cette garantie complémentaire, on entend par accident de la circulation, celui dont l'assuré est victime, soit au cours d'un trajet à

piéd sur une voie publique ou privée, du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton, soit à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau, lorsque l'accident affecte le moyen de transport public ou privé utilisé.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombent aux bénéficiaires.

Le montant du capital garanti figure au certificat d'adhésion.

CHAPITRE III - COTISATIONS

Article 17 Paiement de la cotisation

§ 1

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

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

§ 2

Pour les contrats souscrits en ligne (via le site internet), la cotisation est indiquée dans le récapitulatif de la demande lors de la souscription.

Pour les souscriptions effectuées avant le 31 juillet de l'année universitaire en cours, la première cotisation est calculée à compter de la date de prise d'effet du contrat (le lendemain de la souscription) jusqu'au terme de la période universitaire choisie.

Pour les souscriptions effectuées à partir du 1^{er} août de l'année universitaire en cours, la première cotisation est annuelle, elle est calculée à compter du premier jour jusqu'au terme de la période universitaire choisie par l'assuré.

§ 3

La cotisation peut être révisée lors du renouvellement annuel du contrat, suite à la modification du tarif portée à la connaissance du souscripteur dans les conditions visées à l'article 6 § 2.

Article 18 Non-paiement de la cotisation

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, l'organisme assureur adresse au souscripteur une lettre recommandée de mise en demeure, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue ainsi que des cotisations venues éventuellement à échéance entre temps, entraîne de plein droit la résiliation du contrat.

CHAPITRE IV - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE

SECTION 1 - En cas d'incapacité de travail

Article 19 Déclaration de sinistre et pièces justificatives

Pour faire valoir ses droits, l'assuré doit, lors de l'arrêt de travail initial :

- dans les 15 jours au plus suivant la perception des prestations en espèces par le régime obligatoire ou l'expiration du délai de franchise visé à l'article 11 § 2, adresser une demande d'indemnités journalières et, fournir sous pli confidentiel à l'adresse du médecin conseil, un certificat précisant la cause de l'arrêt de travail, la nature de la maladie et le traitement prescrit ;
- joindre les originaux des décomptes de prestations en espèces du régime obligatoire et une attestation de l'employeur prouvant le versement de prestations en espèces au titre du régime maladie et précisant le montant du traitement maintenu pour la période dont la prise en charge est sollicitée ;
- en cas d'hospitalisation, l'assuré doit, s'il y a lieu, transmettre un bulletin de situation ;
- en cas d'accident, tous éléments justificatifs de l'origine accidentelle de l'arrêt de travail ;
- le cas échéant, une attestation de reprise de travail.

Article 20 Service des indemnités journalières

Après ouverture des droits d'un assuré, les paiements sont effectués mensuellement à terme échu jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail sur production des justificatifs ci-dessus.

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

Article 21 Déclaration de sinistre et pièces justificatives

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

- 1/ une demande de règlement formulée dans un délai de trois mois à compter de la date de constatation médicale de l'incapacité de travail devenue définitive ;
- 2/ un certificat médical du médecin traitant, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur, certifiant que l'assuré est atteint d'une incapacité définitive de travail d'un taux au moins égal à 66% ne pouvant donner lieu à révision et le plaçant dans l'impossibilité de poursuivre son cursus universitaire et d'exercer sa profession ou sa spécialité ;
- 3/ un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne ;

4/ tout autre justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

SECTION 3 - En cas de décès

Article 22 Bénéficiaires en cas de décès

Le(s) bénéficiaire(s) du capital lors du décès de l'assuré sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle auprès de l'organisme assureur précisant, si besoin est, l'ordre de priorité de versement ou la répartition du capital.

La désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou acte authentique.

La désignation du bénéficiaire peut, à tout moment, être modifiée par l'adhérent, avec l'accord de l'assuré s'il est distinct de l'adhérent. Ce droit ne peut pas être exercé du vivant de l'adhérent par ces créanciers ni par ses représentants légaux. Tant que cette désignation n'a pas fait l'objet d'une acceptation (cf ci-dessous), tout changement n'est valablement opposable à l'organisme assureur qu'autant que ce dernier ait normalement accusé réception de ce changement.

La désignation du(des) bénéficiaire(s) devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire de sa désignation, effectuée dans les conditions ci-après* :

- tant que l'assuré et l'adhérent, s'il s'agit d'une personne distincte de l'assuré, sont en vie, l'acceptation est faite par avenant signé de l'organisme assureur, de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par acte authentique ou sous seing privé, signé de l'adhérent et du bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de l'organisme assureur que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.
- après le décès de l'assuré ou de l'adhérent, s'il s'agit d'une personne distincte de l'assuré, l'acceptation est libre.

L'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où l'adhérent est informé que le contrat est conclu.

* Ces règles s'appliquent aux contrats en cours, n'ayant pas fait l'objet au 18 décembre 2007 d'une acceptation de bénéficiaire.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang, nominativement désignés et de prédécès de l'un ou plusieurs d'entre eux, la part de capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

A défaut de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint marié survivant de l'assuré, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, non divorcé ;

- aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- aux ascendants de l'assuré par parts égales entre eux ;
- aux héritiers de l'assuré par parts égales entre eux.

Article 23 Déclaration du décès et pièces justificatives

En cas de décès de l'assuré, le ou les bénéficiaires transmettent à l'organisme assureur, dans les délais mentionnés à l'article 9, une demande de capital décès en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- un extrait d'acte de décès (bulletin de décès) ;
- un certificat médical indiquant que le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- la photocopie intégrale du livret de famille tenu à jour de l'assuré décédé, certifiée conforme par le(s) bénéficiaire(s) ou si le livret de famille est indisponible ou inexistant : un certificat de notoriété établi par le notaire chargé du règlement de la succession ou un certificat d'hérédité délivré par la mairie ou le tribunal d'instance du lieu du dernier domicile du défunt ;
- le cas échéant, tout document probant établissant le lien de cause à effet entre le décès et un accident ou un accident de la circulation (rapport de l'autorité compétente, coupure de presse etc.) ;
- le cas échéant, tout document à caractère fiscal exigé par la réglementation en vigueur ;
- en cas de désignation nominative de bénéficiaires, une copie intégrale de l'acte de naissance de chaque bénéficiaire ;
- en cas de désignation du conjoint de l'assuré ès-qualité : une copie intégrale de l'acte de naissance établi au nom de la personne qui a cette qualité au jour du décès de l'assuré ; en cas de divorce ou de séparation de corps, une copie de la décision de justice définitive ;
- en cas de désignation générique des bénéficiaires (exemples : enfants nés ou à naître, descendants, héritiers, etc.), un certificat de notoriété ou de propriété établi par le notaire chargé du règlement de la succession ou par le greffe du tribunal d'instance du lieu du domicile du défunt ou un certificat d'hérédité délivré par la mairie ou le tribunal d'instance du lieu du dernier domicile du défunt ;
- tout justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

A compter de la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées ci-dessus, l'organisme assureur procède au paiement du capital dans les trente jours par chèque.

SECTION 4 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Article 24 Bénéficiaire du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, au sens de l'article 14 § 2 ci-dessus, le bénéficiaire du capital garanti est l'assuré lui-même.

Article 25 Déclaration de la perte totale et irréversible d'autonomie et pièces justificatives

L'assuré souhaitant bénéficier du versement par anticipation du capital décès en cas de perte totale et irréversible d'autonomie transmet à l'organisme assureur, dans les six mois suivant la date de survenance de cet état, une demande de capital "P.T.I.A." en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- production du titre d'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité de "troisième catégorie" en application de l'article L.341-4-3° du Code de la Sécurité Sociale ou d'une rente d'incapacité permanente avec majoration pour tierce personne en application de l'article L.434-2 (troisième alinéa) du Code de la Sécurité Sociale ;
- à défaut, notamment au cas où l'assuré ne pourrait ouvrir droit aux prestations en espèces de la Sécurité Sociale pour des raisons

administratives, un certificat médical délivré par le médecin traitant, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur, attestant que l'état de l'assuré correspond à la définition de la perte totale et irréversible d'autonomie visée à l'article 14 § 2 ci-dessus. Ce certificat doit préciser la nature et la date d'origine de la maladie ou de l'accident ayant entraîné la perte totale et irréversible d'autonomie ainsi que la date de consolidation ⁽¹⁾ ;

- le cas échéant, tout document probant établissant le lien de cause à effet entre la perte totale et irréversible d'autonomie et un accident ou un accident de la circulation ;
- tout justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

(1) On considère que l'état de santé est consolidé à partir du moment où la pathologie n'est plus susceptible d'évolution ou encore, à partir du moment où les traitements médicaux et chirurgicaux ne sont plus susceptibles d'apporter une amélioration supplémentaire.

Article 26 Paiement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

L'organisme assureur procède au paiement du capital dû en cas de perte totale et irréversible d'autonomie reconnue, dans les trente jours suivant la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées à l'article 25 ou, si ces procédures sont mises en œuvre, suivant la réception du rapport de l'examen médical, visé à l'article 27 ou la décision du médecin arbitre, visée à l'article 28.

Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie en cas de décès.

SECTION 5 - Dispositions communes

Article 27 Examen médical et contrôle de l'assuré

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

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

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

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

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

Article 28 Litiges médicaux

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

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

Les honoraires du tiers expert sont à la charge de l'organisme assureur.

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

EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE 4 DES CONDITIONS GÉNÉRALES

MODÈLE DE LETTRE-TYPE DE RENONCIATION AU CONTRAT SOUSCRIT SUR SUPPORT PAPIER

(A adresser par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 30 jours après le versement de cotisation à AGMF-Prévoyance - 34 boulevard de Courcelles - 75809 PARIS CEDEX 17).

Monsieur le Président,

Je soussigné(e),
domicilié(e) à

vous prie de bien vouloir prendre note, qu'usant de la faculté qui m'est conférée par l'article 4 des conditions générales, je désire renoncer à ma souscription au contrat "Pack Etudiant-Interne AGMF"⁽¹⁾, "Pack Etudiant-Interne GPM"⁽¹⁾, auprès de votre organisme.

Vous voudrez bien en conséquence, procéder dans les délais requis, à la restitution de l'intégralité des cotisations versées.

Fait à, le
(signature du souscripteur)

(1) rayer la ou les mention(s) inutile(s)

EXERCICE DU DROIT DE RETRACTATION PRÉVU À L'ARTICLE 3 § 2.2 DES CONDITIONS GÉNÉRALES/NOTICE D'INFORMATION

MODÈLE DE LETTRE-TYPE DE RETRACTATION AU CONTRAT SOUSCRIT EN LIGNE (VIA LE SITE INTERNET)

(A adresser par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 30 jours à compter de la date d'effet à AGMF-Prévoyance : 34, boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17).

Monsieur le Président,

Je soussigné(e),
domicilié(e) à

vous prie de bien vouloir prendre note, qu'usant de la faculté qui m'est conférée par l'article 3§2.2 des conditions générales/notice d'information, je désire renoncer à l'adhésion n° au contrat Prévoyance Etudiant-interne enregistré auprès de votre organisme.

Le cas échéant, préciser :

Ayant expressément demandé l'exécution de mon contrat à effet de la date prévue au le bulletin d'adhésion signé électroniquement, je demande le remboursement des cotisations d'assurances déjà versées dans le délai de 30 jours prévu par la loi et m'engage à vous rembourser le montant des prestations perçues pendant ce même délai.

Fait à, le
(signature du souscripteur ou de l'adhérent)

Statuts AGMF PREVOYANCE

TITRE 1^{er} - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE L'UNION

CHAPITRE 1^{er} - FORMATION ET OBJET

ARTICLE 1^{er} - DÉNOMINATION ET SIÈGE

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

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

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

ARTICLE 2 - OBJET

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

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

Elle accepte les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 3 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

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

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

ARTICLE 4 - RÈGLEMENTS DES GARANTIES

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

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

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

ARTICLE 5 - RESPECT DE L'OBJET SOCIAL

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

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

SECTION I - CONDITIONS D'ADMISSION

ARTICLE 6 - CONDITIONS D'ADMISSION

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

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

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

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

ARTICLE 7 - ASSURÉS, BÉNÉFICIAIRES, AYANTS-DROIT

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

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

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

ARTICLE 8 - LOGO DU GROUPE

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

ARTICLE 9 - FUSION OU SCISSION DES MEMBRES ADHÉRENTS

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

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

SECTION II - DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 10 - DÉMISSION

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

ARTICLE 11 - RADIATION

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

Sont également radiés les membres qui n'ont pas payé la contribution visée à l'article 68 ci-après au 31 décembre de l'exercice écoulé. En ce cas, la radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée. La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de quinze jours à compter de sa réception. Il peut toutefois être sursis par le Conseil à l'application de cette mesure pour les membres participants qui établissent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

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

ARTICLE 12 - EXCLUSION

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

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

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

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

ARTICLE 13 - CONSÉQUENCES DE LA CESSATION D'ADHÉSION

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

CHAPITRE 3 - DISSOLUTION VOLONTAIRE

ARTICLE 14 - CONDITIONS DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE

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

ARTICLE 15 - CONSÉQUENCES DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE

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

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

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

Les liquidateurs convoquent une Assemblée Générale chargée d'approuver les comptes de la liquidation. Sans préjudice du respect des règles énoncées à l'article L. 212-5 du Code de la mutualité, la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif est décidée par l'Assemblée Générale dans les conditions énoncées à l'article L. 113-4 dudit Code.

TITRE II - ADMINISTRATION DE L'UNION

CHAPITRE 1^{er} - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTIONS

ARTICLE 16 - COMPOSITION

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

Chaque délégué ne dispose que d'une seule voix.

ARTICLE 17 - NOMBRE DE DÉLÉGUÉS

Chaque groupement est représenté à l'Assemblée Générale par un délégué pour 0,314% du chiffre d'affaires prévoyance et complémentaire santé des contrats individuels et collectifs d'AGMF Prévoyance (hors acceptations) généré par ses membres participants. L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles locales d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance au sens de l'article 69 ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour lesdites mutuelles nationales.

L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles dites professionnelles (au sens de l'article 69) d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance au sens de l'article 69 ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour lesdites mutuelles nationales.

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION II - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 18 - CONVOCATIONS

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

ARTICLE 19 - ORDRE DU JOUR

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

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

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

ARTICLE 20 - PROCÈS-VERBAUX

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

ARTICLE 21 - QUORUM ET MAJORITÉ

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

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

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

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

2/ Autres délibérations de l'Assemblée Générale

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

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

SECTION III - ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 22 - COMPÉTENCES RÉSERVÉES À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

Elle est seule compétente pour statuer sur :

- 1°) la modification des statuts ;
 - 2°) la dissolution de l'Union, sa scission ou sa fusion avec une autre Union ;
 - 3°) l'adhésion à une Union, à une fédération ou à une SGAM ;
 - 4°) la création d'une autre Union ;
 - 5°) les activités exercées ;
 - 6°) la nature des prestations offertes ;
 - 7°) la conclusion d'une convention de substitution ;
 - 8°) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
 - 9°) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'Union agisse comme cédante ou cessionnaire ;
 - 10°) la ratification de toute décision de souscription d'un contrat collectif dans les conditions prévues par l'article L. 221-3 du Code de la mutualité ;
 - 11°) l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations ;
 - 12°) la désignation des Commissaires aux comptes ;
 - 13°) les principes que doivent respecter les délégations de gestion des contrats collectifs prévues à l'article L.116-3 du Code de la mutualité et à l'article 2 V des présents statuts ;
- et plus généralement sur toutes les matières pour lesquelles la loi impose la consultation de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 23 - COMPÉTENCES À EXERCER CHAQUE ANNÉE

L'Assemblée Générale statue chaque année sur :

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

ARTICLE 24 - CLAUSE GÉNÉRALE DE COMPÉTENCE

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

CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 25 - COMPOSITION

1/ L'Union est administrée par un Conseil d'Administration de 53 membres élus parmi les délégués à l'Assemblée Générale de l'Union, dans les conditions fixées aux articles 26 à 28.

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

- collège des médecins : 42 sièges ;
- collège des professions médicales autres que médecins : 5 sièges ;
- collège des auxiliaires médicaux : 3 sièges ;
- collège des autres professions : 3 sièges.

2/ Dispositions transitoires 2014/2016

2/1 Situation 2014 après renouvellement du tiers sortant : 45 postes répartis comme suit :

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

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

Pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires retenu est celui défini à l'article 17 ci-dessus.

ARTICLE 26 - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Nul ne peut être élu au Conseil d'Administration :

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

ARTICLE 27 - DÉCLARATIONS DE CANDIDATURES

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

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

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

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

ARTICLE 28 - MODALITÉS DE L'ÉLECTION

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

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

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

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

ARTICLE 29 - LIMITE D'ÂGE

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

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

ARTICLE 30 - DURÉE NORMALE DU MANDAT

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

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

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

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

ARTICLE 31 - FIN ANTICIPÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration perdent leur mandat :

- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, conformément aux dispositions de l'article 29 ;
- lorsqu'ils perdent leur qualité de délégué à l'Assemblée Générale par suite d'une décision du groupement mutualiste auquel ils appartiennent ;
- en cas de démission, radiation ou exclusion du groupement mutualiste dont ils sont délégués ;
- lorsqu'ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office en application de l'article L. 114-23 du Code de la mutualité ;
- lorsqu'ils sont frappés d'une quelconque incapacité d'exercer des fonctions d'Administrateur par application de la loi, et notamment des articles L. 114-21 et L. 510-11 du Code de la mutualité.

ARTICLE 32 - VACANCE

En cas de vacance d'un siège d'Administrateur, et à la condition que cette vacance n'ait pas pour effet de faire tomber le nombre d'Administrateurs en dessous du nombre minimum prévu par l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il est pourvu provisoirement par le conseil à la nomination d'un Administrateur 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 et les actes accomplis par

lui n'en seraient pas moins valables.

L'Administrateur coopté dont la désignation est ratifiée achève le mandat de son prédécesseur.

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

ARTICLE 33 - REPRÉSENTATION DES SALARIÉS

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

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

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

SECTION II - RÉUNIONS

ARTICLE 34 - CONVOCATIONS

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

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

ARTICLE 35 - DÉLIBÉRATIONS

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

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

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

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

ARTICLE 36 - PROCÈS-VERBAUX

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

SECTION III - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 37 - ATTRIBUTIONS DE PLEIN DROIT

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

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

ARTICLE 38 - DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS

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

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

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

ARTICLE 39 - COMMISSIONS

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

CHAPITRE 3 - PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION I - ÉLECTION, COMPOSITION

ARTICLE 40 - COMPOSITION DU BUREAU

Le Bureau est composé de la façon suivante :

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

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

ARTICLE 41 - DURÉE DU MANDAT

Les membres du Bureau sont élus pour deux ans par le Conseil d'Administration parmi ses membres au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle

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

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

ARTICLE 42 - MODALITÉS D'ÉLECTION AU BUREAU

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

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

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

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

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

ARTICLE 43 - VACANCE D'UN POSTE DU BUREAU

I - Lorsque le poste de Président devient vacant, le premier Vice-président convoque sans délai le Conseil d'Administration aux fins de procéder à une nouvelle élection.

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

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

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

SECTION II - RÉUNIONS DU BUREAU

ARTICLE 44 - CONVOCATIONS

Le Bureau se réunit sur convocation du Président et au moins trimestriellement. Les dirigeants salariés assistent aux réunions du Bureau sans voix délibérative.

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

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

ARTICLE 45 - DÉLIBÉRATIONS

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

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

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

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

ARTICLE 46 - PROCÈS-VERBAUX

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

SECTION III - ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU

ARTICLE 47 - ATTRIBUTIONS DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

ARTICLE 48 - ATTRIBUTIONS DES VICE-PRÉSIDENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE 4 - DIRIGEANTS SALARIÉS

ARTICLE 51 - DÉSIGNATION

Le Conseil d'Administration peut nommer un ou plusieurs dirigeants salariés. Il fixe leur rémunération.

ARTICLE 52 - ATTRIBUTIONS DES DIRIGEANTS SALARIÉS

Les dirigeants salariés accomplissent les missions qui leur sont confiées par le Conseil d'Administration.

Ils assistent aux réunions du Conseil d'Administration et du Bureau, avec voix consultative.

ARTICLE 53 - DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS AUX DIRIGEANTS SALARIÉS

Le dirigeant salarié agit sous le contrôle et l'autorité du conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

Le Président ou les Administrateurs peuvent aussi donner délégation de pouvoir à un dirigeant salarié pour signer en leur nom des actes relevant de leur compétence. Ils en informent le Conseil d'Administration à sa plus prochaine réunion.

Les délégations données aux dirigeants salariés ne peuvent en aucun cas porter sur des compétences que la loi ou les règlements réservent explicitement aux organes statutaires.

Elles peuvent à tout moment être révoquées par celui qui les a consenties ou par le Conseil d'Administration.

CHAPITRE 5 - STATUT DES ADMINISTRATEURS ET DES DIRIGEANTS SALARIÉS

SECTION I - DISPOSITIONS COMMUNES AUX ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANTS SALARIÉS

ARTICLE 54 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET DES DIRIGEANTS SALARIÉS

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

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

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

ARTICLE 55 - CONVENTIONS INTERDITES OU RÉGLEMENTÉES

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

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

Les conventions courantes, telles que définies à l'article L. 114-33 du Code de la mutualité, ne sont pas régies par les dispositions des deux alinéas qui précèdent. Elles sont toutefois soumises aux règles énoncées à l'article L. 114-33 et au décret pris pour son application ainsi que, le cas échéant, à celles énoncées à l'article L. 612-15 du Code de commerce et au décret pris pour son application.

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

SECTION II - STATUT SPÉCIFIQUE DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 56 - INDEMNISATION DES ADMINISTRATEURS

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

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

ARTICLE 57 - ACTIVITÉS INTERDITES AUX ADMINISTRATEURS

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

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

ARTICLE 58 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

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

ARTICLE 59 - HONORARIAT

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

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

SECTION III - STATUT SPÉCIFIQUE DES DIRIGEANTS SALARIÉS

ARTICLE 60 - DÉCLARATIONS

Les dirigeants salariés font connaître à l'Union, avant leur nomination, les activités professionnelles et les mandats électifs qu'ils entendent conserver. Ils sont de même tenus,

lorsqu'ils sont en fonction, de faire connaître à l'Union les activités professionnelles nouvelles ou les mandats électifs nouveaux qu'ils souhaitent exercer.

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

TITRE III - ORGANISATION FINANCIÈRE

CHAPITRE 1^{er} - PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 61 - PRODUITS

Les produits de l'Union comprennent :

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

ARTICLE 62 - CHARGES

Les charges de l'Union comprennent :

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

ARTICLE 63 - ENGAGEMENT, PAIEMENT ET CONTRÔLE DES DÉPENSES

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

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

CHAPITRE 2 - RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

ARTICLE 64 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT

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

ARTICLE 65 - RÈGLES PRUDENTIELLES

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

ARTICLE 66 - RÉASSURANCE DES RISQUES

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

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

ARTICLE 67 - COMMISSAIRE AUX COMPTES

Un Commissaire aux comptes et un suppléant sont choisis par l'Assemblée Générale sur la liste mentionnée à l'article L. 225-219 du Code de commerce. L'Assemblée Générale peut librement décider de désigner un deuxième Commissaire aux comptes.

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

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

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

ARTICLE 68 - CONTRIBUTIONS DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS

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

L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles locales d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance au sens de l'article 69 ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour lesdites mutuelles nationales.

L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles dites professionnelles (au sens de l'article 69) d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance au sens de l'article 69 ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour lesdites mutuelles nationales.

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

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

ARTICLE 69 - MULTIPLE APPARTENANCE

Les membres participants des mutuelles nationales adhérentes à l'Union et dont les statuts prévoient une clause à cet effet, sont membres de droit de la mutuelle locale de leur domicile professionnel ou personnel pour autant que cette dernière ait statutairement vocation à les accueillir.

Les membres participants des mutuelles nationales adhérentes à l'Union et dont les statuts prévoient une clause à cet effet, sont membres de droit d'une autre mutuelle nationale (dite mutuelle professionnelle) pour autant que cette dernière ait statutairement vocation à les accueillir.

ARTICLE 70 - INFORMATIONS DONNÉES À L'UNION

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

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

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

ARTICLE 71 - ADHÉSION À AGMF ACTION SOCIALE

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

ARTICLE 72 - ADHÉSION À UNE AUTRE UNION

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

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

ARTICLE 73 - COTISATION MUTUALISTE

Les mutuelles membres d'AGMF PREVOYANCE s'engagent à fixer la cotisation mutualiste au montant arrêté par l'Assemblée Générale d'AGMF Prévoyance ou, sur délégation de l'Assemblée Générale, par le Conseil d'Administration.

CHAPITRE 2 - OBLIGATIONS DE L'UNION ENVERS LES ADHÉRENTS

ARTICLE 74 - DROIT À L'ACCÈS AUX PRESTATIONS

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

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

ARTICLE 75 - INFORMATION DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS

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

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

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