

STATUTS



APPROUVÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 7 JUIN 2002 ET MODIFIÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 21 JUIN 2022

CNM Prévoyance Santé - Mutuelle régie
par le livre II du Code de la Mutualité
inscrite au SIRENE sous le N° 784492100

S O M M A I R E

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chapitre I – Formation et objet de la mutuelle Articles 1 à 6

Chapitre II – Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

Section 1 – Adhésion Articles 7 à 10
Section 2 – Démission, radiation, exclusion Articles 11 à 13

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I – Assemblée générale

Section 1 – Composition, élection Articles 14 à 16
Section 2 – Réunions, compétences, modalités de vote Articles 17 à 23

Chapitre II – Conseil d'administration

Section 1 – Composition, élections Articles 24 à 30
Section 2 – Réunions du Conseil d'administration Articles 31 et 32
Section 3 – Attributions du Conseil d'administration Articles 33 à 34
Section 4 – Statut des administrateurs Articles 35 à 42

Chapitre III – Président, Bureau et Comité d'audit

Section 1 – Election et missions du Président Articles 43 à 45
Section 2 – Election, composition du Bureau Articles 46 à 48
Section 3 – Comité d'audit Articles 49 et 50

**Chapitre IV – Direction de la Mutuelle
Dirigeant Opérationnel**

Articles 51 à 53
Article 54

Chapitre V – Le mandataire mutualiste

Chapitre VI – Organisation financière

Section 1 – Produits et charges Articles 55 à 58
Section 2 – Modes de placement et de retrait des fonds, règles de sécurité financière Articles 59 à 61
Section 3 – Commissaires aux Comptes Article 62
Section 4 – Fonds d'établissements Article 63

TITRE III – INFORMATIONS DES MEMBRES

Article 64

TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

Articles 65 à 67

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chapitre I - Formation et objet de la mutuelle

Article 1er – Dénomination de la mutuelle

La présente mutuelle a été constituée sous la forme d'une mutuelle dénommée CAISSE NATIONALE MUTUALISTE PREVOYANCE SANTE - C.N.M. PREVOYANCE SANTE, qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le code de la mutualité et soumise aux dispositions du Livre II.

Article 2 – Sièges de la mutuelle

Le siège de la mutuelle est situé au : 93 A, rue Oberkampf - 75553 PARIS CEDEX 11. La modification du siège social est régie par les dispositions de l'article 22-1 des statuts relatifs aux délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptés.

Article 3 – Objet de la mutuelle

La mutuelle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leur conditions de vie. La mutuelle est gérée en prenant en considération

les enjeux sociaux et environnementaux de son activité. Elle a pour objet :

- de fournir les prestations d'assurance suivantes :
 - la couverture des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie (branches 1 et 2) ;
 - la réalisation d'opérations d'assurance dépendant de la durée de la vie humaine (branche 20) ;
 - la réalisation d'opérations d'assurance ayant pour objet le versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance (branche 21) ;

Dans le cadre de la fourniture des prestations ci-dessus, la mutuelle peut :

- accepter les mêmes risques en coassurance avec des organismes habilités à présenter des opérations d'assurance ;
- pratiquer toute opération de réassurance et notamment accepter en réassurance les risques des opérations relevant du 1° du I de l'article L 111-1 du code de la mutualité qui lui sont présentés par tout organisme régi par le code de la mutualité, par le code de la sécurité sociale, par le code rural ou par le code des assurances ; Elle peut céder tout ou partie de ces risques et engagements à un ou plusieurs organismes relevant des codes de la mutualité, des assurances et de la sécurité sociale ;

- souscrire tout contrat ou convention auprès d'une mutuelle, union, institution de prévoyance ou compagnie d'assurances afin d'assurer au profit de ses membres participants la couverture des risques ou la constitution d'avantages mentionnés à l'article L 111-1 du code de la mutualité et de présenter des garanties dont le risque est porté par l'un des organismes précités ;
- conclure des contrats collectifs conformément aux dispositions législatives et réglementaires ;
- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance selon les dispositions de l'article L 116-2 du code de la mutualité ;

- de permettre à ses adhérents titulaires du Titre de Reconnaissance de la Nation ou de la Carte du Combattant de se constituer une retraite mutualiste du combattant avec participation de l'Etat ;
- à titre accessoire et dans les conditions visées à l'article L 111-1-III du code de la mutualité, la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, l'encouragement de la maternité, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées ;
- de mettre en oeuvre une action sociale et de prévention dans le cadre du fonds d'action sociale et de prévention.

Article 4 – Intermédiation – Délégation de gestion

La mutuelle peut, à titre accessoire :

- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à présenter des opérations d'assurances,
- recourir, pour la distribution de ses produits, à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance commissionnés.

La Mutuelle peut aussi déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion de contrat(s) collectif(s) ou la gestion d'un ou de plusieurs règlements mutualistes.

Article 5 – Les Règlements

I - Les règlements mutualistes

Les règlements mutualistes sont adoptés par le conseil d'administration de la mutuelle, dans le respect des règles générales qui auront été adoptées par l'assemblée générale de la mutuelle en application de l'article L114-9 p) du code de la mutualité. Pour les opérations individuelles, le règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce les prestations et les cotisations.

II – Le règlement intérieur du Conseil d'administration

Le règlement intérieur du Conseil d'administration est un instrument au service de la gouvernance de l'entreprise. Il a pour objectif de compléter les statuts en formalisant un ensemble de dispositions régissant le fonctionnement, l'organisation et les règles auxquelles s'astreignent les membres du Conseil d'administration.

Article 6 – Respect de l'objet de la mutuelle

Les organes de la mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L.III-1 du code de la mutualité.

Chapitre II - Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

Section 1 – Adhésion

Article 7 – Catégories de membres

La mutuelle se compose des membres participants et de membres honoraires.

Article 7-1 – Les Membres participants

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle. Peuvent adhérer à la mutuelle, en qualité de membre participant, les personnes physiques qui relèvent d'un régime obligatoire d'assurance maladie.

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

Article 7-2 – Les membres honoraires

Les membres honoraires sont :

- soit des personnes physiques qui paient une cotisation, ou font des dons ou ont rendu des services équivalents à la Mutuelle en vue de son développement et de sa notoriété sans bénéficier des prestations offertes par la mutuelle,

- soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle.

Les personnes physiques adhérant au contrat collectif « GFO », souscrit par la Mutuelle auprès d'un assureur tiers dans le cadre des dispositions de l'article L222-2 du code de la mutualité, sont membres honoraires de la Mutuelle en considération de leur paiement d'une cotisation à la Mutuelle et de services rendus à celle-ci, afin de lui permettre d'accroître sa notoriété auprès des personnes titulaires de la carte du combattant ou du titre de reconnaissance de la Nation.

Les personnes physiques adhérant au contrat « RMC » souscrit par la mutuelle auprès d'un assureur tiers

sont membres honoraires de la mutuelle ; un droit d'adhésion ayant été payé par ces personnes pour adhérer à la mutuelle.

Lorsqu'un membre honoraire vient à bénéficier de prestations de la mutuelle dans le cadre de son adhésion à un contrat collectif souscrit auprès de la mutuelle ou dans le cadre de la souscription d'une ou plusieurs garanties assurées par la mutuelle, il acquiert la qualité de membre participant qui se substitue alors à la qualité de membre honoraire.

Article 8 – Adhésion individuelle

Acquiert la qualité de membre participant (synonyme : adhérent) à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7-1 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, des droits et obligations définis par le règlement mutualiste. Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts, d'un règlement mutualiste, sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

Article 9 – Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I – Opérations collectives facultatives :

La qualité de membre participant (synonyme : adhérent) à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement mutualiste ou des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

II – Opérations collectives obligatoires :

La qualité de membre participant (synonyme : adhérent) à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat souscrit par l'employeur ou la personne morale et la mutuelle et ce en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

Article 10 – Ayants droit

Les ayants droit du membre participant qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- son époux ou épouse,
 - son concubin ou concubine,
 - son partenaire avec le ou laquelle il a signé un PACS,
 - ses enfants de moins de 18 ans et d'un maximum de 28 ans en fonction des gammes proposées :
 - s'ils sont en contrat d'apprentissage,
 - s'ils sont à la recherche d'un emploi,
 - s'ils poursuivent leurs études
 - ses ascendants à charge fiscale
- Sauf refus express de leur part, les ayants droit de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

Section 2 – Démission, radiation, exclusion

Article 11 – Démission

a/ Le membre participant pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en adressant sa demande à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance au moyen d'une lettre, d'un support durable ou d'un des moyens énumérés ci-après au c/. La mutuelle confirme par écrit la réception de cette résiliation.

b/ Pour les règlements ou contrats d'assurance tacitement reconductibles couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles, comportant des garanties pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et ne comportant aucune autre garantie, à l'exception, le cas échéant, des garanties couvrant les risques de perte d'autonomie, décès, incapacité de travail ou invalidité, ainsi que des garanties d'assistance,

de protection juridique, de responsabilité civile, de nuptialité-natalité ou d'indemnités en cas d'hospitalisation, le membre participant peut dénoncer l'adhésion et l'employeur ou la personne morale souscriptrice peut résilier le contrat collectif, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou par l'employeur ou la personne morale souscriptrice.

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues à l'alinéa ci-dessus, le membre participant, l'employeur ou la personne morale souscriptrice n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. La mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant, à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

c/ Une résiliation peut intervenir en utilisant l'un des moyens suivants :

- Soit une lettre ou tout autre support durable ;
- Soit une déclaration faite au siège social de la mutuelle ;
- Soit un acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque la conclusion du contrat ou l'adhésion au règlement est intervenue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

11-2 En application de l'article L221-10-1 du code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par le membre participant du droit de dénonciation à l'adhésion au règlement doit lui être rappelé avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret. Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions ci-dessus, le membre participant peut par lettre ou en utilisant tout autre support ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du code de la mutualité, mettre un terme à l'adhésion sans pénalités à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification. Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque à couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productrices d'intérêt au taux légal.

11-3 Pour les opérations individuelles, le membre participant ou la mutuelle peut résilier une adhésion lorsque ne sont plus remplies les conditions liées au champ de recrutement ou dans le cadre de l'article L221-17 du code de la mutualité en cas de survenance d'un des événements prévus à cet article. La résiliation s'effectue selon les dispositions de l'article R113-6 du code des assurances (soit l'un des dispositifs énumérés à l'article 11 c) ci-dessus si la résiliation est le fait du membre participant ou par lettre recommandée avec demande d'avis de réception si la résiliation est le fait de la mutuelle. La lettre ou cet envoi indique la nature et la date de l'événement qu'elle invoque et donne toutes les précisions de nature à établir que la résiliation est

en relation directe avec ledit événement.

11-4 La modification proposée par la mutuelle d'un contrat complémentaire santé collectif visant à le mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur. La mutuelle informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix en application du même article. Le souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des membres participants par le souscripteur.

Article 12 – Radiation – Défaut de paiement de la cotisation - Exclusion

12-1 Sont radiés les membres ne remplissant plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission. Sont aussi radiés les membres dont les garanties ont été résiliées pour défaut de paiement de la cotisation dans les conditions définies aux paragraphes 12-2 et 12-3 suivants.

12-2 Défaut de paiement : opérations individuelles
A défaut de paiement par le membre participant d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné ci-dessus.

12-3 Défaut de paiement : opérations collectives
Lorsque dans le cadre d'une opération collective, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale. La mutuelle a le droit de résilier le contrat dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

Lorsque dans le cadre d'une opération collective facultative, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu. Cette exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure.

12-4 Exclusion

Peut être exclu le membre qui aurait causé volontairement et de manière intentionnelle ou dolosive, atteinte aux intérêts de la Mutuelle. Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'administration (ou le président du conseil d'administration ou le dirigeant opérationnel lorsque le conseil d'administration leur a délégué ce pouvoir). Le membre est entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée ; la preuve du caractère intentionnel ou dolosif incombant à la mutuelle. La décision d'exclusion est d'application immédiate du jour de sa notification au membre.

Article 13 – Conséquence de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sous réserve des dispositions des articles

L.221-10-1, L221-10-2 et L221-17 du code de la mutualité et sauf stipulations contraires prévues au règlement mutualiste ou au contrat collectif. En cas de prestation versée indument à un membre participant ou à un ayant droit, ou en cas d'utilisation d'une carte de tiers payant postérieurement à la fin de l'adhésion à la mutuelle, ou pendant une période non garantie, entraînant un paiement par la mutuelle, la mutuelle a le droit de réclamer les prestations indument versées et d'engager tous les moyens juridiques pour lui permettre le recouvrement de ces sommes. La mutuelle peut invoquer une compensation lorsque, entre la mutuelle et un membre, des sommes d'argent sont dues de manière réciproque.

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I – Assemblée générale

Section 1 – Composition, Election

Article 14 – Composition de l'assemblée générale
L'assemblée générale est composée des délégués élus par des sections de vote.

Article 15 – Sections de vote

Tous les membres de la Mutuelle sont répartis en deux sections de vote :

- la première correspond aux membres demeurant en France métropolitaine,
- la seconde correspond aux membres demeurant hors France métropolitaine.

Article 16 – Election des délégués

I – Commission électorale

Préalablement à l'élection des délégués, le Conseil d'administration constituera une Commission électorale dont il déterminera la composition et le mode de fonctionnement. Cette commission pourra se faire assister par un huissier de justice et par tout prestataire extérieur. Cette commission aura pour rôle d'organiser les élections des délégués et de veiller à la régularité de la procédure suivie.

II – Conditions d'éligibilité

Pour être candidat à la fonction de délégué, les conditions à réunir sont les suivantes :

- être membre participant ou membre honoraire au sens de l'article 7 des statuts (personne physique ou représentant d'une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif) ;
- être à jour de ses cotisations.

Conformément aux dispositions de l'article L114-6 du Code de la mutualité, peuvent être désignés en qualité de délégués :

- les représentants des personnes morales souscriptrices de contrats collectifs en tant que membres honoraires ;
- leurs salariés en tant que membres participants.

III – Appel des candidatures

Les membres sont informés de l'organisation des élections de délégués par les différents canaux de communication utilisés par la Mutuelle. Cette information précise la date avant laquelle les candidatures aux postes de délégués titulaires et de délégués suppléants doivent être adressées ou déposées au siège de CNM Prévoyance Santé pour être valables. Dans le cas d'envoi de candidature par lettre, la date retenue sera celle de la réception de la lettre par CNM Prévoyance Santé et dans le cas de dépôt au siège social la date figurant sur le récépissé de dépôt qui sera remis aux candidats.

IV – Validation des candidatures

Les candidatures seront validées par la Commission électorale qui sera chargée de vérifier que les candidats répondent aux conditions d'éligibilité et que les délais de dépôt de candidature ont été respectés. La Commission établira les listes de candidats titulaires par section. Pour les délégués suppléants la liste de candidats sera commune à toutes les sections.

V – Désignation des délégués

Dans chaque section, les membres élisent parmi les candidats, les délégués titulaires, chargés de les représenter. Ils élisent aussi les délégués suppléants (la liste des candidats à un poste de délégué suppléant étant commune pour toutes les sections). Les délégués sont élus chacun au scrutin majoritaire à un tour, pour une durée de quatre ans qui viendra à expiration à l'issue du vote qui sera destiné à procéder à leur renouvellement ou à leur remplacement et qui aura lieu avant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle expire leur mandat. L'élection des délégués a lieu par correspondance ou par vote à distance électronique.

Dans le cas de vote par correspondance, il est adressé à chaque membre, par courrier ordinaire, ou par courrier électronique lorsqu'une adresse électronique été communiquée à la mutuelle, un formulaire de vote par correspondance. Le formulaire de vote par correspondance doit permettre aux membres d'exprimer, pour chaque nomination, un vote favorable ou défavorable ou sa volonté de s'abstenir. Il doit en outre indiquer la date avant laquelle il devra être reçu par CNM Prévoyance Santé pour que le vote soit pris en compte (soit par courrier, soit par courrier électronique via une adresse électronique dédiée). Le dépouillement des votes par correspondance est effectué par la Commission électorale.

Les délégués titulaires sont les candidats à ces fonctions dans la section, ayant obtenu le plus grand nombre de voix, dans la limite des postes de délégués titulaires à pourvoir.

Les délégués suppléants sont les candidats à ces fonctions ayant obtenu le plus grand nombre de voix, toutes sections confondues, dans la limite des postes à pourvoir.

Dans le cas de vote à distance électronique, il appartiendra à la Commission électorale d'organiser les modalités de ce vote, en s'assurant de la fiabilité et de la traçabilité des votes émis ainsi que des résultats obtenus.

Les mineurs de plus de 16 ans, ayant la qualité de membre participant, exercent leur droit de vote pour l'élection des délégués.

VI – Vacance en cours de mandat d'un délégué titulaire ou d'empêchement

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un délégué titulaire ou d'empêchement, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant, ayant obtenu le plus grand nombre de voix.

Dans le cas de plusieurs vacances, les délégués suppléants sont classés par ordre décroissant en fonction du nombre de voix obtenu, le premier délégué suppléant étant celui ayant obtenu le plus grand nombre de voix.

VII – Nombre de délégués

Le nombre de délégués titulaires doit être compris entre un nombre minimum de 12 et un nombre maximum de 20. Chaque section élit un nombre de délégués titulaires égal au nombre de membres de la section divisé par 2 437 correspondant à 20 délégués. Lorsque dans une section le nombre de membres est inférieur à 1 500 cette section est représentée par un seul délégué titulaire.

Si aucun délégué ne se présente dans une section, les membres de cette section votent dans le cadre de l'autre section et sont représentés au titre de l'autre section.

Le nombre de délégués suppléants est égal, au minimum à deux et au maximum à 50% des postes de délégués titulaires à pourvoir. Le nombre exact est fixé par le conseil d'administration en fonction des candidatures reçues, classées par ordre chronologique selon la date de réception. Si en vue d'une élection, le nombre de candidats aux postes de délégués titulaires est insuffisant pour permettre de pourvoir le nombre statutaire de délégués titulaires, le conseil d'administration est autorisé à ramener le nombre statutaire des délégués titulaires à élire au nombre des candidats, à condition de toujours respecter un minimum de 12 délégués titulaires.

Si au cours du mandat des délégués titulaires élus, le nombre des délégués titulaires devient inférieur au nombre statutaire (les délégués suppléants n'étant pas en nombre suffisant pour pourvoir aux vacances de postes des délégués titulaires), le conseil d'administration est autorisé à modifier ce nombre statutaire des délégués titulaires pour le fixer au nombre des délégués titulaires restant en poste à condition de toujours respecter un minimum de 7 délégués titulaires.

Si au cours du mandat des délégués suppléants, plus aucun délégué suppléant n'est en poste, le conseil

d'administration est autorisé à modifier les statuts pour supprimer les délégués suppléants.

VIII – Nombre de voix – Procuracy – vote par correspondance – vote électronique

Chaque délégué titulaire dispose dans les votes à l'assemblée générale d'une voix. Un délégué peut donner pouvoir de voter en ses lieux et place à un autre délégué titulaire.

Un délégué ne peut détenir au maximum que trois procurations. Un délégué peut voter par correspondance en adressant son vote à l'adresse postale ou à l'adresse électronique mentionnée dans le formulaire de vote par correspondance que lui aura adressé la mutuelle. Le vote par correspondance pour être valable doit être reçu par la mutuelle au plus tard trois jours avant l'assemblée générale. Le formulaire de vote par correspondance adressé à la mutuelle vaut pour toutes les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Si le conseil d'administration le décide, pour une assemblée générale, le vote peut aussi intervenir de manière électronique.

Le vote électronique vient alors compléter les autres modalités de vote (présentiel, mandat, vote par correspondance).

Les modalités de ce vote électronique, pour une assemblée générale, sont définies par le conseil d'administration de la mutuelle et doivent permettre de respecter le secret du vote et la sincérité du scrutin.

La mutuelle peut faire appel à tout prestataire externe ayant une expérience dans le vote électronique sous la responsabilité du conseil d'administration de la mutuelle.

La convocation à l'Assemblée Générale doit préciser si les délégués peuvent prendre part à l'Assemblée Générale par voie électronique, au moyen de matériels et de logiciels permettant de respecter le secret du vote et la sincérité du scrutin. Si cela est le cas, à compter de la date de la convocation à l'Assemblée Générale un formulaire électronique de vote est alors mis à disposition de chaque délégué à l'Assemblée Générale.

IX – Rôle des délégués

Les délégués titulaires élus siègent à l'assemblée générale de la mutuelle. Les délégués suppléants peuvent être invités à participer à l'assemblée générale sans droit de vote.

Les délégués peuvent, le cas échéant, signaler et soumettre au Bureau la situation particulière d'un membre de la mutuelle.

De façon générale, les délégués sont tenus vis-à-vis des tiers à une obligation de discrétion sur tout fait ou acte dont ils auraient connaissance.

X – Interventions de la mutuelle

Le Président et le ou les Vices-Présidents de la mutuelle disposent de la faculté permanente de s'adresser directement à un membre ou à un délégué.

XI - Infractions aux dispositions statutaires ou réglementaires

En cas de litige entre un délégué et la mutuelle, le Président ou le ou les Vices-Présidents procèdent aux arbitrages et peuvent déléguer sur place un administrateur.

Les délégués peuvent être révoqués par le Conseil d'administration de la mutuelle en cas d'infractions aux dispositions statutaires, réglementaires, de non respect des décisions de l'assemblée générale de la mutuelle et pour tout motif considéré comme grave par le Conseil d'administration tel qu'un manquement à l'obligation de discrétion, l'omission ou la commission d'actes préjudiciables aux intérêts et à l'image de la mutuelle.

Le Conseil d'administration doit convoquer et entendre en ses explications le délégué susceptible de révocation. La décision du Conseil d'administration est portée à la connaissance de l'intéressé.

Dans l'attente de la prochaine élection de délégué, le Conseil d'administration désigne au poste vacant le délégué suppléant ayant obtenu le plus grand nombre de voix, auquel le délégué révoqué doit remettre l'ensemble des documents, archives,

fichiers...

La révocation ne donne pas lieu à dommages et intérêts.

XII – Prise en charge des frais et assurances

Les fonctions de délégués ne sont pas rémunérées.

Les délégués doivent être autorisés, par écrit, par la CNM à engager toutes dépenses nécessaires à l'organisation de réunions d'information. Les délégués doivent également être autorisés, par écrit, par la CNM à engager des dépenses pour l'exécution des missions qui peuvent leur être confiées.

Dans tous les cas cités aux deux paragraphes ci-dessus, les remboursements ne sont effectués que sur justificatifs des frais réels engagés.

Les frais de voiture, de restauration et d'hébergement seront remboursés selon le barème établi par le Conseil d'administration de la mutuelle. Les frais de chemin de fer seront remboursés sur présentation du billet de transport.

Sauf à obtenir l'autorisation de la CNM, le délégué utilisera, pour ses déplacements, le moyen de transport le moins onéreux pour la mutuelle.

La mutuelle négocie et souscrit, au nom des délégués et de leur suppléant, les contrats d'assurances garantissant les risques liés à leur activité.

Section 2 – Réunions, compétences, modalités de vote

Article 17 - Convocation annuelle obligatoire

Le Président du Conseil d'administration convoque l'assemblée générale. Il la réunit au moins une fois par an dans un délai de sept mois suivant la clôture de l'exercice, afin de procéder à l'examen des comptes. A défaut, le Président du Tribunal judiciaire statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 18 – Autres auteurs de la convocation

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

1. La majorité des administrateurs composant le Conseil,
2. Les commissaires aux comptes,
3. L'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 du code de la mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant,
4. Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du code de la mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
5. Les liquidateurs.

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

Article 19 – Modalités de convocation de l'assemblée générale

L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion sur première convocation et au moins six jours sur deuxième convocation. Les membres composant l'assemblée générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article 20 – Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les délégués, à condition de représenter le quart au moins des délégués, peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée générale de projets de résolutions au moins cinq jours avant la date de l'assemblée générale. Les demandes d'inscription à l'ordre du jour d'une assemblée générale de projets de résolution doivent être adressées par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, au président du conseil d'administration de la mutuelle au moins cinq jours avant la date de réunion de l'assemblée générale. Ces projets de

résolution sont inscrits à l'ordre du jour et soumis au vote de l'assemblée. L'assemblée ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour. Cependant, elle peut, en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la mutualité.

Article 21 – Compétences de l'assemblée générale

I – L'assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation. Elle se prononce sur les nominations d'administrateurs faites à titre provisoire par le Conseil d'administration.

II – L'assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

- 1° - les modifications des statuts,
- 2° - les activités exercées,
- 3° - l'existence et le montant des droits d'adhésions,
- 4° - le montant du fonds d'établissement,
- 5° - dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L221-2, les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles,
- 6° - l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union,
- 7° - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- 8° - le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- 9° - l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du code de la mutualité,
- 10° - le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- 11° - les comptes combinés ou consolidés de l'exercice, ainsi que le rapport sur la gestion du groupe,
- 12° - le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité,
- 13° - le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les Livres 2 et 3 du code de la mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même code,
- 14° - le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-3 du code de la mutualité,
- 15° - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L221-2
- 16° - le rapport du Conseil d'administration relatif aux opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées à l'article 4 des présents statuts,
- 17° - toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Elle prend, en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la mutualité.

III – L'assemblée générale décide :

- 1° - la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- 2° - la nomination des commissaires aux comptes,
- 3° - les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité.

Article 22 – Modalités de vote de l'assemblée

générale

I – Délébérations 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 règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, la fusion, la scission, la dissolution de la mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents, représentés, ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique, est au moins égal à la moitié du total des délégués. A défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents, représentés, ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique, représente au moins le quart du total des délégués. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

II – Délébérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I ci-dessus, l'assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents, représentés, ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique, est au moins égal au quart du total des délégués. A défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents, représentés ou ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou de vote électronique. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Article 23 – Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale et du conseil d'administration

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au code de la mutualité.

Pour les adhésions individuelles, les modifications du règlement mutualiste décidées par le conseil d'administration, en ce inclus les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents.

Chapitre II - Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élections

Article 24 – Composition

La mutuelle est administrée par un Conseil d'administration composé de dix à vingt administrateurs. Le nombre d'administrateurs, fixé par délibération de l'Assemblée générale, est de 20 administrateurs maximum. Conformément à l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il ne peut être inférieur à 10. Le Conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants. Le Conseil d'administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personnes morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité..

Article 25 – Présentation des candidatures

Le Conseil d'administration fixe la date et les modalités de dépôt des candidatures pour l'exercice d'un mandat d'administrateur.

Article 26 – Conditions d'éligibilité – Limite d'âge

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

- être âgés de 18 ans révolus,
- être âgé de moins de 80 ans au jour de la date de l'élection
- ne pas avoir exercé de fonctions de salarié au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,

- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation, dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Par application de l'article R.114-8 du code de la mutualité, la limite d'âge fixée à 75 ans s'applique à au moins un tiers des membres du Conseil d'administration.

Article 27 – Modalités de l'élection

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'administration sont élus par l'ensemble des membres de l'assemblée générale au scrutin uninominal à un tour dans des conditions qui seront déterminées par le conseil d'administration de la mutuelle, ces conditions devant garantir le secret du vote. En cas d'égalité des suffrages lors de l'élection d'un administrateur, l'administrateur le plus jeune est élu.

Article 28 – Durée du mandat

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

Les membres du Conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle,
 - lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 26 des présents statuts,
 - lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du code de la mutualité relatif au cumul ; ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
 - un mois après qu'une décision de justice définitive les ait condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité (ce délai d'un mois pouvant être réduit ou supprimé par la juridiction qui a rendu cette décision).
- Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'assemblée générale.

Article 29 – Renouvellement du Conseil d'administration

Le renouvellement des membres du conseil d'administration a lieu par tiers tous les deux ans.

Les membres sortants sont rééligibles sous réserves des dispositions de l'article 26 des présents statuts.

Lors d'un renouvellement complet du conseil d'administration, pour permettre ce renouvellement par tiers, les administrateurs sont élus pour des durées différentes (2 ans pour le premier tiers, 4 ans pour le deuxième tiers et 6 ans pour le nombre restant).

Article 30 – Vacance

Dans la mesure où le nombre d'administrateurs est supérieur au minimum légal, il est pourvu provisoirement par le Conseil d'administration à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant par décès, démission ou tout autre cause de fin de mandat d'un administrateur, sous réserve de ratification par l'assemblée générale. L'administrateur ainsi nommé achève le mandat de l'administrateur qu'il remplace. Si la nomination faite par le Conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables. Dans le cas où le nombre d'administrateurs devient inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le Président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

Section 2 – Réunions du conseil d'administration

Article 31 – Réunions

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président, et au moins quatre fois par an. Le Président du Conseil d'administration établit

l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'administration cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence. Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'administration, qui délibère alors sur cette présence. Le dirigeant opérationnel et (les) éventuel(s) autre(s) dirigeant(s) effectif(s) au sens de l'article R211-15 du code de la mutualité, participent de droit aux réunions du Conseil d'administration.

Article 32 – Délibérations du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Un administrateur qui ne peut assister à une séance du conseil d'administration ne peut se faire représenter.

Un administrateur est réputé présent lorsqu'il participe à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant son identification et garantissant sa participation effective. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante. Le Conseil d'administration vote obligatoirement à bulletins secrets pour l'élection des membres du Bureau, ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur ou le dirigeant opérationnel. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'administration lors de la séance suivante et signé par le Président et un autre administrateur.

Section 3 – Attributions du conseil d'administration

Article 33 – Compétences du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration :

- détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité,
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle,
- Arrête les comptes annuels à la clôture de chaque exercice et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale,
- Etablit, le cas échéant, les comptes consolidés ou combinés ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'assemblée,
- Etablit le rapport de solvabilité et un état annuel, annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, visé à l'article L 212-6 du code de la mutualité,
- Examine, au moins une fois par an, la mise en œuvre de la politique financière et les risques encourus par la mutuelle,
- Adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.
- Fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale,
- Gère toutes opérations financières de la mutuelle,
- Décide de l'orientation des placements et de l'arbitrage de la gestion du portefeuille selon les opportunités et dans l'optique d'une gestion de « personne prudente » ,
- Vote le budget,
- Adopte les dispositions du règlement intérieur du Conseil d'administration, et apporte toute modification et adaptation de ces dispositions,
- Nomme le dirigeant opérationnel sur proposition du président et approuve les éléments de son contrat de travail. Fixe les délégations qui lui sont consenties,
- Peut aussi mettre fin à la fonction du dirigeant opérationnel suivant la même procédure,
- Nomme éventuellement, en application de l'article R211-15 du code de la mutualité, sur proposition

du président, un ou plusieurs autres dirigeants effectifs,

- Désigne les responsables des fonctions clés au sens de l'article L211-12 du code de la mutualité (fonction de la gestion des risques, fonction de vérification de la conformité, fonction de l'audit interne et fonction actuarielle),
- Plus généralement, veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles. Le Conseil d'administration peut accorder le titre de « Président d'honneur » à tout ancien président de la mutuelle. Le président d'honneur a un rôle moral et un pouvoir consultatif envers le Conseil d'administration et lors des Assemblées générales. Il est invité aux réunions du Conseil d'administration et aux Assemblées générales. Il ne représente pas la mutuelle, ce rôle étant toujours dévolu au Président de la mutuelle en exercice. La mutuelle rembourse au Président d'honneur ses frais pour sa participation à un Conseil d'administration ou une assemblée générale selon les modalités prévues à l'article 36 des statuts pour les administrateurs.

Article 34 – Délégations d'attributions par le Conseil d'administration

Le Conseil peut confier l'exécution de certaines missions, qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions, soit au dirigeant opérationnel, soit à un autre dirigeant effectif visé à l'article R 211-15 du code de la mutualité. Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions. Les délégations peuvent prévoir la possibilité de subdélégation au profit d'un salarié de la mutuelle.

Section 4 - Statut des administrateurs

Article 35 – Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du code de la mutualité.

Article 36 – Remboursement des frais aux administrateurs

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le code de la mutualité. Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées à l'article L.114-26 du code de la mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

Article 37 – Situation et comportements interdits aux administrateurs et au dirigeant opérationnel

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du code de la mutualité. Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou à un dirigeant opérationnel. Les anciens membres du Conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat. Il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel de passer des conventions avec la mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 39, 40 et 41 des présents statuts. 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 38 – Obligations des administrateurs et du dirigeant opérationnel

Les administrateurs et le dirigeant opérationnel veillent à accomplir leurs missions dans le respect

de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel. Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard. Le dirigeant opérationnel est tenu de déclarer au Conseil d'administration, avant sa nomination, l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'il entend conserver, et de faire connaître après sa nomination les autres activités ou fonctions qu'il entend exercer. Les personnes appelées à diriger une mutuelle ou à y exercer une des fonctions clés mentionnées à l'article L211-12 doivent posséder l'honorabilité, la compétence, ainsi que l'expérience, nécessaires à leurs fonctions. Les administrateurs, le dirigeant opérationnel et les responsables des fonctions clés, sont tenus de faire connaître à la mutuelle les sanctions, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité. Les administrateurs, le dirigeant opérationnel et les responsables des fonctions clés qui font l'objet de l'une des condamnations prévues aux I et II de l'article L114-21 du code de la mutualité, doivent cesser leur activité dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle la décision de justice est devenue définitive. Ce délai peut être réduit ou supprimé par la juridiction qui a rendu la décision.

Article 39 – Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du Conseil d'administration

Sous réserve des dispositions de l'article 40 des présents statuts, toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou le dirigeant opérationnel ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'administration. Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur ou un dirigeant opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs, dirigeant opérationnel de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du Conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale. Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur ou un dirigeant opérationnel et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité. Le non respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du code de la mutualité. Le Conseil d'administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisations qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

Article 40 – Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou le dirigeant opérationnel, telles que définies par un décret pris en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité, sont communiquées par l'intéressé au Président du Conseil d'administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'assemblée générale dans les conditions de l'article L.114-33 du code de la mutualité.

Article 41 – Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers. Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes

concernées peuvent, en qualité d'administrateur ou de dirigeant opérationnel, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des participants au titre de l'action sociale mise en oeuvre. Cette interdiction ne s'applique pas au dirigeant opérationnel lorsque celui-ci est susceptible d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la mutuelle. Dans tous les cas, le Conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs et au dirigeant opérationnel. La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des administrateurs et du dirigeant opérationnel, ainsi qu'à toute personne interposée.

Article 42 – Responsabilité

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

Chapitre III - Président, Bureau et Comité d'Audit

Section 1 – Election et missions du président

Article 43 – Election, durée du mandat et révocation

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres, en qualité de personne physique, un Président. Le Président est élu à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à un tour par les membres du conseil d'administration, au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration. Le Président est élu pour une durée de six (6) ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible. Il peut être révoqué à tout moment par ledit Conseil.

Article 44 – Vacance

En cas de décès, de démission, de perte de la qualité d'adhérent du Président, ou de cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, en application de l'article L612-23-1 du code monétaire et financier, le Conseil d'administration pourvoit à son remplacement en élitant parmi ses membres un nouveau Président. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le premier Vice-Président ou à défaut par le second Vice-Président ou à défaut par le Vice-Président suivant dans la liste des Vice-Présidents ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le premier Vice-Président ou à défaut par le second Vice-Président ou à défaut par le Vice-Président suivant dans la liste des Vice-Présidents ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Article 45 – Missions

Le président du conseil d'administration dirige la mutuelle au sens de l'article L211-13 du code de la mutualité et est considéré comme un dirigeant effectif de celle-ci.

Le Président du Conseil d'administration organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre 1er du livre VI du code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées. Le Président convoque le Conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage les dépenses. Le Président représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Après autorisation du conseil d'administration, le président peut, sous sa responsabilité et son

contrôle, confier au dirigeant opérationnel de la mutuelle, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Ces délégations peuvent prévoir la possibilité de subdélégation par le dirigeant opérationnel de la mutuelle au profit d'un autre salarié de la mutuelle. Toute subdélégation doit être soumise à l'autorisation du Président de la mutuelle. En aucun cas le président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi.

A l'égard des tiers la mutuelle est engagée même par les actes du président qui ne relèvent pas de l'objet de la mutuelle à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances.

Section 2 - Election, composition du bureau

Article 46 – Election

Les membres du Bureau sont élus par le Conseil d'administration selon les modalités déterminées dans le règlement intérieur du Conseil d'administration.

Font automatiquement partie du Bureau les présidents des Commissions spécialisées mises en place au sein du conseil d'administration de la mutuelle et le président du Comité d'audit.

Article 47 – Composition

Le Bureau est composé de la façon suivante :

- le Président du Conseil d'administration,
- un ou des Vice-Présidents,
- les présidents des commissions spécialisées, le président du comité d'audit.

Le Bureau peut inviter toute personne dont la présence est jugée nécessaire, pour assister à une réunion du bureau.

Article 48 – Les Vice-Présidents

Le Conseil d'administration de la mutuelle peut élire un ou plusieurs Vice-Présidents. Le premier Vice-Président seconde le Président qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Le second Vice-Président est membre du Bureau et peut aussi présider une commission ou un comité.

Section 3 – Comité d'audit

Article 49 – Composition et fonctionnement

Le comité d'audit est composé de deux membres au moins choisis parmi les administrateurs. Le comité d'audit peut également comprendre deux membres au plus qui ne font pas partie du conseil d'administration mais qui sont désignés par ce dernier à raison de leurs compétences. Ses membres, ainsi que son Président et son Secrétaire sont désignés par le Conseil d'administration pour une durée de deux ans qui vient à expiration lors de l'expiration du mandat du tiers sortant des membres du Conseil d'administration. La désignation des membres du Comité d'audit est organisée lors du premier Conseil d'administration qui suit le renouvellement partiel du Conseil.

Le Président du Conseil d'administration ne peut pas être membre du Comité d'audit.

Chaque réunion du Comité d'audit fait l'objet d'une convocation spécifique de ses membres et d'un compte-rendu lors du Conseil d'administration suivant.

Le Président du Comité d'audit a pour rôle d'animer les réunions, de coordonner les actions de ses membres et de rendre compte au Conseil d'administration. Il peut inviter, avec l'accord du dirigeant opérationnel le responsable de la fonction de gestion des risques, le responsable de la fonction de vérification de la conformité, le responsable de la fonction actuarielle, le responsable du contrôle interne et avec l'accord du président du comité d'audit des personnes extérieures, notamment les commissaires aux comptes.

Le responsable de la fonction d'audit interne assiste à toutes les réunions du comité d'audit.

Le Secrétaire est chargé de l'organisation matérielle des réunions, des convocations, de la communication aux membres du Comité d'audit du calendrier prévisionnel des réunions, de la tenue du registre de présence et de l'établissement des comptes-rendus des réunions.

Les règles de confidentialité applicables aux administrateurs, s'imposent aux membres du Comité d'audit ainsi qu'à toute personne invitée à participer aux réunions.

Le règlement intérieur du Comité d'Audit est établi par le Conseil d'administration.

Article 50 - Missions

Le Comité d'Audit est chargé :

- de suivre le processus d'élaboration de l'information financière et notamment des comptes annuels de la Mutuelle, d'examiner les hypothèses retenues pour les arrêtés de compte et d'étudier la pertinence du choix des principes et méthodes comptables.
 - D'assurer le suivi de la politique de gestion des risques, des procédures et des systèmes de gestion des risques et d'un dispositif de contrôle interne et de son efficacité.
 - de surveiller l'exécution de la mission du Commissaire aux Comptes, son mode de rémunération et son indépendance. En outre, le Comité d'Audit participe au processus de désignation et de renouvellement des Commissaire aux Comptes.
- Le Comité d'Audit pourra se voir confier d'autres missions par le Conseil d'Administration.

Chapitre IV – Direction de la mutuelle – Dirigeant Opérationnel

Article 51 – les dirigeants effectifs de la mutuelle

Le président du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel dirigent la mutuelle. Le conseil d'administration peut également, sur proposition de son président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques, qui ne sont pas mentionnées à l'alinéa précédent. Ces personnes doivent disposer d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de la mutuelle, faire preuve d'une disponibilité suffisante au sein de la mutuelle pour exercer ce rôle, et être impliquées dans les décisions ayant un impact important sur la mutuelle, notamment en matière de stratégie, de budget ou de questions financières. Sur proposition de son président, le conseil d'administration peut leur retirer cette fonction.

Article 52 – Nomination d'un dirigeant opérationnel

Le Conseil d'administration nomme, sur proposition du président du conseil d'administration, le dirigeant opérationnel qui a le statut de salarié de la mutuelle et qui ne peut être un administrateur. Il est mis fin aux fonctions du dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

Le conseil d'administration approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel. Le dirigeant opérationnel assiste à chaque réunion du Conseil d'administration et aux réunions du Bureau.

Les dispositions des articles 37, 38, 39, 40 et 41 des statuts sont applicables au dirigeant opérationnel.

Article 53 – Délégations de pouvoirs au dirigeant opérationnel

Le conseil d'administration fixe les conditions dans lesquelles il délègue au dirigeant opérationnel les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle.

Le dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L114-17 du code de la mutualité.

Il doit rendre régulièrement compte au conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet social de la mutuelle, et de la délégation qui lui a été confiée par le conseil d'administration et sous réserve de ceux que la loi

attribue expressément aux assemblées générales, au conseil d'administration et au président du conseil d'administration.

Chapitre V - Le mandataire mutualiste

Article 54 – Le rôle et les modalités de désignation du mandataire mutualiste.

La qualité de mandataire mutualiste, en application des dispositions de l'article L114-37-1 du code de la mutualité, peut être attribuée à toute personne physique ayant la qualité de membre de la mutuelle et qui apporte à cette dernière un concours personnel et bénévole, soit en mettant à la disposition de la mutuelle ses compétences particulières, soit par le biais de sa notoriété permettant notamment de développer la promotion de la mutuelle auprès de différents publics.

Le mandataire mutualiste œuvre au développement et à la notoriété de la Mutuelle sans pouvoir exercer toutefois une activité de distribution d'assurances au sens du code des assurances.

Le mandataire mutualiste est désigné par le conseil d'administration, pour une durée de deux ans, sur proposition du dirigeant opérationnel ou sur proposition conjointe d'un administrateur et du dirigeant opérationnel.

Le mandat de mandataire mutualiste ne peut être cumulé avec un poste d'administrateur.

Le mandat de mandataire mutualiste peut être renouvelé, pour une même durée, sur proposition de la commission à laquelle le conseil d'administration a confié cette responsabilité.

Un mandataire mutualiste peut présenter à tout moment sa démission de son poste en adressant un courrier soit au Président de la Mutuelle soit au dirigeant opérationnel de la Mutuelle. De même, le conseil d'administration de la Mutuelle peut mettre fin à aux fonctions d'un mandataire mutualiste à tout moment, sur proposition de l'Administrateur Référent.

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

Chapitre VI - Organisation financière

Section 1 – Produits et charges

Article 55 – Produits

Les produits de la mutuelle comprennent :

- 1° - les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
- 2° - les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- 3° - les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- 4° - plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités de la mutuelle, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

Article 56 – Charges

Les charges comprennent :

- 1° - les diverses prestations servies aux membres participants,
- 2° - les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
- 3° - les versements faits aux unions et fédérations,
- 4° - les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds,
- 5° - les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L.111-6 du code de la mutualité,
- 6° - la redevance prévue à l'article L.612-20 du code monétaire et financier et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) pour l'exercice de ses missions,
- 7° - plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

Article 57 – Vérifications préalables

Le responsable de la mise en paiement des charges de la mutuelle s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la

mutuelle.

Article 58 – Apports et transferts financiers

En cas de création de mutuelles définies à l'article L.111-3 ou d'unions définies à l'article L.111-4 du code de la mutualité, la mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

Section 2 – Modes de placement et de retrait des fonds, règles de sécurité financière

Article 59 – Modes de placement et de retrait des fonds

La Mutuelle gère la totalité de ses actifs et de ses passifs dans le respect des dispositions légales et réglementaires, notamment les dispositions du code de la mutualité et celles du code des assurances qui lui sont applicables.

Le conseil d'administration définit les règles générales applicables aux placements des fonds de la mutuelle.

Article 60 – Règles de sécurité financière

La mutuelle doit respecter les règles prudentielles telles que prévues à l'article L212-1 du code de la mutualité en vue de garantir le règlement intégral des engagements pris vis à vis de ses membres.

Article 61 – Fonds d'action sociale et de prévention

Conformément à l'article 3 des statuts, il peut être créé un fonds d'action sociale et de prévention. Le règlement de fonctionnement de ce fonds est établi et approuvé par le conseil d'administration.

Section 3 – Commissaires aux comptes

Article 62 – Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L.114-38 du code de la mutualité, l'assemblée générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée au I de l'article L.822-1 du code de commerce. Le Président convoque le(s) commissaire(s) aux comptes à toute assemblée générale.

Les dispositions du titre II du livre VIII du code de commerce sont applicables aux commissaires aux comptes contrôlant une mutuelle sous réserve des dispositions du code de la mutualité et dans les conditions d'exercice définies par voie réglementaire au code de commerce.

Le commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- certifie les comptes établis par le Conseil d'administration,
- prend connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du code de la mutualité, et des articles 39, 40 et 41 des présents statuts,
- établit et présente à l'assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité, et des articles 39, 40 et 41 des présents statuts,
- fournit à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel, conformément aux dispositions des articles L.612-44 et L.612-45 du code monétaire et financier,
- signale sans délai à la commission tout fait et décision mentionnés à l'article L.612-44 du code monétaire et financier dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du Conseil d'administration et du Comité d'audit statutaire les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le code de commerce,
- signale dans son rapport annuel à l'assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission. Il joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers,

subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du Livre III du code de la mutualité.

Section 4 – Fonds d'établissements

Article 63 – Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme d'un million d'euros (1 000 000 euros). Son montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 22/1 des statuts, sur proposition du Conseil d'administration.

TITRE III – INFORMATION DES MEMBRES

Article 64 – Etendue de l'information

Article 64-1 – Adhésion individuelle

Chaque membre participant reçoit gratuitement, avant la signature du bulletin d'adhésion, sur support papier ou sur un autre support durable tel que défini par l'article L221-6-4 du code de la mutualité, un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance sur support papier ou au moyen d'un autre support durable tel que défini à cet article L221-6-4 du code de la mutualité.

Il est informé :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès,
- des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 64-2 – Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

Chaque membre participant reçoit gratuitement par le souscripteur du contrat collectif les statuts de la mutuelle et la notice d'information établie par la mutuelle.

Les modifications des statuts sont portées, par la mutuelle, à la connaissance de chaque adhérent sur support papier ou au moyen d'un autre support durable tel que défini à l'article L221-6-4 du code de la mutualité.

Il est informé :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès,
- des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations qui en découlent.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres par avenant au contrat collectif signé, l'employeur ou la personne morale est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la mutuelle trois mois au minimum avant la date prévue de l'entrée en vigueur de ces modifications. Pour les opérations collectives facultatives, tout membre peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

Article 64-3

Conformément aux deux derniers alinéas de l'article L221-4 du code de la mutualité, avant la conclusion d'une opération portant sur un risque non vie, la mutuelle ou ses intermédiaires fournissent, au membre participant pour les opérations individuelles, ou à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives, un document d'information normalisé sur le règlement ou le contrat collectif élaboré par son concepteur.

Article 64-4

Constitue un support durable, au sens de l'article L221-6-4 du code de la mutualité, tout instrument offrant la possibilité de stocker des informations qui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Un membre participant, un souscripteur de contrat collectif a le droit de s'opposer à l'utilisation par la mutuelle d'un support durable autre que le papier dès son entrée en relation avec la Mutuelle ou à n'importe quel autre moment. Un membre ou le souscripteur d'un contrat collectif peut, à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais par la mutuelle pour la poursuite de leurs relations.

TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 65 – Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 22/1 des statuts.

L'assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'administration. La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 22/1 des présents statuts à d'autres mutuelles, unions ou fédérations, au fonds national de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L.421-1 du code de la mutualité ou au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du code de la mutualité.

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

Article 66 – Durée de l'exercice social de la mutuelle

L'exercice social débute le premier janvier de chaque année et se termine le trente-et-un décembre de la même année.

Article 67 – Participation à une UGM ou à une UMG,

à une SGAM ou à une GAM, à une SGAPS ou à une GAPS
CNM Prévoyance Santé peut adhérer ou s'affilier à toute union de groupe mutualiste (UGM) ou à toute union mutualiste de groupe (UMG), à une société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM) ou à un groupement d'assurance mutuelle (GAM), à une société de groupe assurantiel de protection sociale (SGAPS) ou à un groupement assurantiel de protection sociale (GAPS).



Pour nous contacter

Par courrier :

CNM Prévoyance Santé
93A, rue Oberkampf
75553 PARIS Cedex 11
Tél. : 01 44 62 33 40

(Prix d'un appel local)

Fax : 01 44 62 86 73

Mail : contact@cnmsante.fr

Site : www.cnmsante.fr