

« ASSEMBLEE GENERALE 21 AVRIL 2018 »

**PROPOSITIONS DE MODIFICATIONS STATUTAIRES  
APPROUVEES**

Prise d'effet : immédiat (au lendemain de l'Assemblée Générale) sauf pour l'article 28 (les nouvelles modalités d'élection visées à l'article 2 prendront effet à compter de 2021).

ARTICLE ANCIEN	ARTICLE NOUVEAU
<p><b>Article 1 : Dénomination</b> La mutuelle dénommée Mutuelle Générale de Prévoyance et d'Assistance est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le Livre II du code de la mutualité. Elle est immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 384 513 073. Son sigle est : MGPA</p> <p><b>Article 3 : Objet</b> La mutuelle a pour objet de fournir à ses membres des prestations relevant des branches d'assurance suivantes : 1- Accidents ; 2- Maladie ; 20- Vie-décès. La mutuelle a également pour objet : - d'accepter en réassurance les engagements mentionnés ci-dessus au titre des prestations accidents, maladie, vie/décès, nuptialité/natalité ; - de se substituer intégralement aux mutuelles ou unions qui le demandent, dans les conditions prévues par l'article L.211-5 du code de la mutualité ; - de participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité défini à l'article L.111-1-4°) du code précité ; (.....) Elle peut créer et adhérer à une union de groupe mutualiste. Enfin, elle peut créer et s'affilier à une union mutualiste de groupe.</p> <p><b>Article 5 : Règlements mutualistes</b> En application de l'article L.114-1 du code de la mutualité, un(des) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration, défini(ssen)t le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Toutefois, les cotisations dues et les prestations offertes dans le cadre de contrats collectifs souscrits auprès de la mutuelle ou souscrits par elle au profit d'une partie ou de l'ensemble de ses membres participants et/ou de leurs ayants droit, sont définies par ces contrats eux-mêmes et par les notices d'information correspondantes.</p>	<p><b>Article 1 : Dénomination</b> La mutuelle dénommée Mutuelle Générale de Prévoyance et d'Assistance est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le Livre II du code de la mutualité. Elle est immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 384 513 073 <b>et sous l'identifiant LEI numéro 549300IKA95HG0ACNR28</b>. Son sigle est : MGPA</p> <p><b>Article 3 : Objet</b> La mutuelle a pour objet de fournir à ses membres des prestations relevant des branches d'assurance suivantes : 1- Accidents ; 2- Maladie ; 20- Vie-décès. La mutuelle a également pour objet : - d'accepter en réassurance les engagements mentionnés ci-dessus au titre des prestations accidents, maladie, vie/décès, nuptialité/natalité ; - de se substituer intégralement aux mutuelles ou unions qui le demandent, dans les conditions prévues par l'article L.211-5 du code de la mutualité ; - de participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité défini à l'article <del>L.111-1-4°)</del> <b>L.111-1-1-4°</b> du code précité ; (.....) Elle peut créer et adhérer à une union de groupe mutualiste. Enfin, elle peut créer et s'affilier à une union mutualiste de groupe.</p> <p><b>Article 5 : Règlements mutualistes</b> En application de l'article L.114-1 du code de la mutualité, un(des) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) <del>par l'assemblée générale sur proposition du</del> <b>le</b> conseil d'administration, défini(ssen)t le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Toutefois, les cotisations dues et les prestations offertes dans le cadre de contrats collectifs souscrits auprès de la mutuelle ou souscrits par elle au profit d'une partie ou de l'ensemble de ses membres participants et/ou de leurs ayants droit, sont définies par ces contrats eux-mêmes et par les notices d'information correspondantes.</p>

**Article 8 : Catégorie de membres**

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

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

Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, ou font des dons sans bénéficier des prestations de la mutuelle, soit des personnes morales souscriptrices d'un contrat collectif auprès de la mutuelle.

\* Peuvent adhérer à la mutuelle, en qualité de membres participants, les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes :

- être âgées de 16 ans au moins.

\* Peuvent adhérer en qualité de membres honoraires :

- toute personne physique, sans condition d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité, dès lors qu'elle a été agréée par le conseil d'administration.

- toute personne morale souscriptrice d'un contrat collectif dès lors qu'elle a elle-même été agréée par le conseil d'administration.

Les ayants droit des membres participants susceptibles de bénéficier des prestations de la mutuelle sont, d'une manière générale, les personnes définies par les articles L.613-10 et L.313-3 du code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire en particulier :

- Le conjoint, le concubin du membre participant ou la personne liée à ce dernier par un PACS,

- Les enfants à la charge du membre participant sous réserve de justifier, à partir de leur seizième anniversaire, de la poursuite de leurs études,

- les ascendants à la charge des membres participants.

(.....)

**Article 9 : Adhésion individuelle**

Acquièrent la qualité de membre participant ou de membre honoraire à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 8 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

(.....)

**Article 20 : Compétence de l'assemblée générale**

I – Sous réserve des stipulations des articles 19 et 19-I ci-dessus, l'assemblée générale statue sur les questions qui lui sont soumises par le Président du conseil d'administration ou par l'auteur de la convocation.

Elle élit et révoque les membres du conseil d'administration.

Elle désigne le commissaire aux comptes et son suppléant.

**Article 8 : Catégorie de membres**

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

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

Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui ~~paient une cotisation, ou~~ font des dons sans bénéficier des prestations de la mutuelle, soit des personnes morales souscriptrices d'un contrat collectif auprès de la mutuelle

\* Peuvent adhérer à la mutuelle, en qualité de membres participants, les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes :

- être âgées de 16 ans au moins.

\* Peuvent adhérer en qualité de membres honoraires :

- toute personne physique, sans condition d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité, dès lors qu'elle a été agréée par le conseil d'administration.

- toute personne morale souscriptrice d'un contrat collectif dès lors qu'elle a elle-même été agréée par le conseil d'administration.

~~Les ayants droit des membres participants susceptibles de bénéficier des prestations de la mutuelle sont, d'une manière générale, les personnes définies par les articles L.613-10 et L.313-3 du code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire en particulier~~

~~Le conjoint, le concubin du membre participant ou la personne liée à ce dernier par un PACS,~~

~~Les enfants à la charge du membre participant sous réserve de justifier, à partir de leur seizième anniversaire, de la poursuite de leurs études :~~

~~les ascendants à la charge des membres participants.~~

Sont considérés comme ayants droit du membre participant susceptible de bénéficier des prestations de la mutuelle, les personnes dont le membre participant a demandé l'inscription suivant les modalités du règlement mutualiste et conditions générales des contrats.

(.....)

**Article 9 : Adhésion individuelle**

Acquièrent la qualité de membre participant ~~ou de membre honoraire~~ à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 8 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion et confirmé par l'acquittement de la première cotisation.

(.....)

**Article 20 : Compétence de l'assemblée générale**

I – Sous réserve des stipulations des articles 19 et 19-I ci-dessus, l'assemblée générale statue sur les questions qui lui sont soumises par le Président du conseil d'administration ou par l'auteur de la convocation.

Elle élit et révoque les membres du conseil d'administration.

Elle désigne le commissaire aux comptes et son suppléant.

<p><b>II – L’assemblée générale se prononce obligatoirement sur :</b></p> <p>1° les modifications des statuts,</p> <p>2° les activités exercées,</p> <p>3° le montant des droits d’adhésion, dans les limites fixées par l’article R.212-9-1 du code de la mutualité,</p> <p>4° le montant du fonds d’action sociale,</p> <p>5° les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles ainsi que le(s) règlement(s) mutualiste(s) défini(s) par l’article L.114- 1 alinéa 5 du code de la mutualité,</p> <p>6° la création d’une mutuelle dédiée, d’une union, d’une union de groupe mutualiste, ou toute forme de groupement autorisé par la loi,</p> <p>7° l’adhésion à une union, à une union de groupe mutualiste, à une fédération, ou toute forme de groupement autorisé par la loi,</p> <p>8° le retrait d’une union, d’une union de groupe mutualiste, d’une fédération, ou toute forme de groupement autorisé par la loi,</p> <p>9° la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle et la dévolution de l’actif net en cas de dissolution,</p> <p>10° la conclusion d’une convention de substitution,</p> <p>11° les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,</p> <p>12° 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,</p> <p>13° le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,</p> <p>14° le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d’administration et les documents, états et tableaux qui s’y rattachent,</p> <p>15° le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions, mentionnées à l’article L.114-32 du code de la mutualité,</p> <p>16° 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.</p> <p>17° le rapport du conseil d’administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les livres II et III en application des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité, auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l’article L.114-39 du même code,</p> <p>18° le rapport établi par le conseil d’administration et qui rend compte des opérations d’intermédiation et de délégation de gestion,</p> <p>19° le cas échéant, les comptes combinés ou consolidés de l’exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe, si les conditions prévues par l’article L.212-7 du code de la mutualité sont réunies,</p> <p>20° les délégations de pouvoir prévues à l’article 23 des présents statuts,</p> <p>21° les règles générales auxquelles doivent obéir les</p>	<p><b>II – L’assemblée générale se prononce obligatoirement sur :</b></p> <p>1° les modifications des statuts,</p> <p>2° les activités exercées,</p> <p>3° <b>l’existence et</b> le montant des droits d’adhésion, dans les limites fixées par l’article R.212-9-1 du code de la mutualité,</p> <p>4° le montant du fonds d’action sociale,</p> <p><del>5° les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles ainsi que le(s) règlement(s) mutualiste(s) défini(s) par l’article L.114- 1 alinéa 5 du code de la mutualité,</del></p> <p>5° la création d’une mutuelle dédiée, d’une union, d’une union de groupe mutualiste, ou toute forme de groupement autorisé par la loi,</p> <p>6° l’adhésion à une union, à une union de groupe mutualiste, à une fédération, ou toute forme de groupement autorisé par la loi,</p> <p>7° le retrait d’une union, d’une union de groupe mutualiste, d’une fédération, ou toute forme de groupement autorisé par la loi,</p> <p>8° la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle et la dévolution de l’actif net en cas de dissolution,</p> <p>9° la conclusion d’une convention de substitution,</p> <p>10° les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,</p> <p>11° 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,</p> <p>12° le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,</p> <p>13° le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d’administration et les documents, états et tableaux qui s’y rattachent,</p> <p>14° le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions, mentionnées à l’article L.114-32 du code de la mutualité,</p> <p>15° 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.</p> <p>16° le rapport du conseil d’administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les livres II et III en application des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité, auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l’article L.114-39 du même code,</p> <p>17° le rapport établi par le conseil d’administration et qui rend compte des opérations d’intermédiation et de délégation de gestion,</p> <p>18° le cas échéant, les comptes combinés ou consolidés de l’exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe, si les conditions prévues par l’article L.212-7 du code de la mutualité sont réunies,</p> <p><del>20° les délégations de pouvoir prévues à l’article 23 des présents statuts,</del></p> <p>19° les règles générales auxquelles doivent obéir les</p>
---	--

<p>opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2 du code de la mutualité, 22° plus généralement, toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.</p> <p><b>Article 23 : Délégations de pouvoir</b> L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et des prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable qu'un an. Les décisions prises au titre de cette délégation sont ratifiées par l'assemblée générale qui statue sur les comptes de l'exercice écoulé.</p> <p><b>Article 24 – Composition</b> La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 21 membres, <u>délégués de section ou non</u>.</p> <p><b>Article 26 : Candidatures</b> Les déclarations de candidatures aux fonctions d'administrateurs doivent être adressées au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception 10 jours au moins avant la date de l'assemblée générale, ou déposées dans le même délai au siège de la mutuelle contre un récépissé.</p> <p><b>Article 28 : Modalités d'élection</b> Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale, au scrutin uninominal majoritaire à deux tours. Nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a réuni la majorité absolue des suffrages exprimés. Au second tour, l'élection a lieu à la majorité relative ; en cas d'égalité de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune des candidats.</p> <p><b>Article 31 : Vacances, cooptation</b> En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause, d'un poste d'administrateur, 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'est pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aura</p>	<p>opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2 du code de la mutualité, <u>20° les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité,</u> 21° plus généralement, toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.</p> <p><b>Article 23 : Délégations de pouvoir</b> <del>L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et des prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable qu'un an. Les décisions prises au titre de cette délégation sont ratifiées par l'assemblée générale qui statue sur les comptes de l'exercice écoulé.</del> <b>[Sans objet]</b></p> <p><b>Article 24 – Composition</b> La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de <u>21 18</u> membres, <u>délégués de section ou non</u>.</p> <p><b>Article 26 : Candidatures</b> Les déclarations de candidatures aux fonctions d'administrateurs doivent être adressées au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception 10 jours au moins avant la date de l'assemblée générale, ou déposées dans le même délai au siège de la mutuelle contre un récépissé. <u>La mutuelle s'engage à respecter le principe de la parité femmes-hommes au sein du conseil d'administration comme le prévoit le nouvel article L.114-16-1 du code de la mutualité, et à compter de la date de prise d'effet de ces nouvelles dispositions.</u></p> <p><b>Article 28 : Modalités d'élection</b> Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale, au scrutin uninominal majoritaire à deux tours, <u>dans le respect des dispositions du code de la mutualité et de l'article 26 des statuts.</u> Nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a réuni la majorité absolue des suffrages exprimés. Au second tour, l'élection a lieu à la majorité relative ; en cas d'égalité de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune des candidats.</p> <p><b>Article 31 : Vacances, cooptation</b> En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause, d'un poste d'administrateur, 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'est pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aura</p>
---	--

accomplis n'en seront pas moins valables.  
L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.  
Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, le président convoque l'assemblée générale afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs et de compléter ainsi l'effectif du conseil d'administration.

### Article 35 : Compétences du conseil d'administration

Le conseil d'administration gère la mutuelle, détermine ses orientations et veille à leur application.

Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la législation applicable aux mutuelles.

A la clôture de chaque exercice, il arrête les comptes annuels et établit :

- un rapport de gestion présenté à l'assemblée générale et un état annexé aux comptes, relatif aux plus-values latentes et visé à l'article L.212-6 du code de la mutualité ;
- un rapport de solvabilité dans les conditions prévues par les articles L.114-17 et L.212-3 du code de la mutualité,
- en tant que de besoin, un rapport présenté à l'assemblée générale, dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du code de la mutualité.

Dans les conditions prévues aux articles R.211-28 à R.211-29 du code de la mutualité, il approuve annuellement :

- un rapport sur le contrôle interne qui décrit notamment les travaux du conseil d'administration et l'organisation du contrôle interne de la gestion des placements de la mutuelle. Il se prononce en particulier sur la qualité des actifs, les opérations sur les instruments financiers à terme et le choix des intermédiaires financiers.
- les lignes directrices de la politique de réassurance. Un rapport à la politique de réassurance lui est soumis annuellement.

accomplis n'en seront pas moins valables.  
L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.  
Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, le président convoque l'assemblée générale afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs et de compléter ainsi l'effectif du conseil d'administration.

**A défaut de cooptation pour la vacance en cours de mandat d'un administrateur non compris dans le tiers sortant, il est pourvu à son élection en même temps que le tiers sortant.**

**Les postes ainsi concernés sont affectés pour la durée restant à courir dans l'ordre des suffrages obtenus par les élus.**

### Article 35 : Compétences du conseil d'administration

Le conseil d'administration gère la mutuelle, détermine ses orientations et veille à leur application.

Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la législation applicable aux mutuelles.

A la clôture de chaque exercice, il arrête les comptes annuels et établit :

- un rapport de gestion présenté à l'assemblée générale et un état annexé aux comptes, relatif aux plus-values latentes et visé à l'article L.212-6 du code de la mutualité ;
- ~~- un rapport de solvabilité dans les conditions prévues par les articles L.114-17 et L.212-3 du code de la mutualité,~~
- en tant que de besoin, un rapport présenté à l'assemblée générale, dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du code de la mutualité.

~~Dans les conditions prévues aux articles R.211-28 à R.211-29 du code de la mutualité, il approuve annuellement :~~

- ~~○ un rapport sur le contrôle interne qui décrit notamment les travaux du conseil d'administration et l'organisation du contrôle interne de la gestion des placements de la mutuelle. Il se prononce en particulier sur la qualité des actifs, les opérations sur les instruments financiers à terme et le choix des intermédiaires financiers.~~
- ~~les lignes directrices de la politique de réassurance. Un rapport à la politique de réassurance lui est soumis annuellement.~~

**Le conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations individuelles et collectives 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. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du conseil d'administration ou au dirigeant opérationnel.**

<p><b>Article 48 : Missions du Président</b> 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 articles L.510-8 et L.510-10 du code de la mutualité. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure, en particulier, que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées. (.....)</p> <p><b>Article 51 : Réunions</b> Le bureau se réunit sur convocation du président, aussi souvent que l'intérêt de la mutuelle l'exige, sans qu'un quelconque formalisme ait à être respecté. (.....). Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.</p> <p><b>Article 52 : Vice-présidents</b> Les vice-présidents secondent le président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions. L'empêchement du président est constaté par une délibération du conseil d'administration.</p> <p><b>Article 63 : Commissaires aux comptes</b> En vertu de l'article L.114-38 du code de la mutualité, l'assemblée générale nomme, pour six ans, au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du code de commerce, après que l'avis de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution a été sollicité dans les conditions prévues par l'article R.510-2-1 du Code de la mutualité. (.....)</p>	<p><u><b>Le conseil d'administration analyse et valide tous rapports et états réglementaires à destination de l'autorité de contrôle et à destination des tiers.</b></u></p> <p><b>Article 48 : Missions du Président</b> 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 articles <del>L.510-8 et L.510-10 du code de la mutualité</del> <u>L.631-30 et suivants du code monétaire et financiers.</u> 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. (.....)</p> <p><b>Article 51 : Réunions</b> Le bureau se réunit sur convocation du président, aussi souvent que l'intérêt de la mutuelle l'exige, sans qu'un quelconque formalisme ait à être respecté. (.....). Il est établi un procès-verbal de chaque réunion <u>ou un relevé de décisions.</u> <del>qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.</del></p> <p><b>Article 52 : Vice-présidents</b> Les vice-présidents secondent le président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions, <u>à l'exclusion de ceux relevant de la mission de dirigeant effectif.</u> L'empêchement du président est constaté par une délibération du conseil d'administration.</p> <p><b>Article 63 : Commissaires aux comptes</b> En vertu de l'article L.114-38 du code de la mutualité, l'assemblée générale nomme, pour six ans, <u>renouvelable dans la limite de la réglementation en vigueur,</u> au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du code de commerce, <del>après que l'avis de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution a été sollicité dans les conditions prévues par l'article R.510-2-1 du Code de la mutualité.</del> (.....)</p>
---	--

**PROPOSITIONS DE MODIFICATIONS DU  
REGLEMENT MUTUALISTE SANTE « INDIVIDUELS » APPROUVEES**

Prise d'effet : immédiat (au lendemain de l'Assemblée Générale)

ARTICLE ANCIEN	ARTICLE NOUVEAU
<p><b>Article 1 : Formalité d'adhésion</b> Le bénéfice des prestations est réservé aux assurés qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sont affiliés à un régime d'assurance maladie obligatoire français,</li> <li>- satisfont aux conditions d'admission fixées pour chaque option, notamment à la condition de limite d'âge à l'adhésion.</li> </ul> <p>A cet effet, l'adhérent doit renseigner le bulletin d'adhésion et choisir l'une des options définies à l'annexe au présent règlement. Elle s'impose pour tous ses ayants droit.</p> <p>Par ayants droit, il faut entendre les personnes par l'adhérent désignées sur le bulletin d'adhésion et ayant une des qualités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Le conjoint (époux légitime),</li> <li>o Le concubin reconnu tel que défini par l'article 515-8 du code civil, le partenaire tel que défini par l'article 515-1 du code civil, lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou les ascendants à charge au sens de l'article 196 A bis du CGI.</li> <li>o Le ou les enfants à charge de l'adhérent.</li> </ul> <p>Par enfant à charge, il faut entendre :</p> <p>Les enfants non-salariés de l'adhérent, âgés de moins de 21 ans, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont il pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels il verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.</p> <p>Sont assimilés aux enfants de moins de 21 ans, les enfants de moins de 26 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité avec, s'ils sont âgés de plus de 20 ans, mention de leur appartenance à un régime de Sécurité sociale des étudiants ;</li> <li>- qui sont en apprentissage, en contrat de professionnalisation, en contrat de formation, en alternance et perçoivent une rémunération mensuelle inférieure à 55% du SMIC mensuel en vigueur ; dans ce cas, il doit être fourni une copie du contrat d'apprentissage, de formation en alternance ... ainsi que leurs trois derniers bulletins de salaire ;</li> <li>- qui, par suite d'infirmité ou de maladie incurable, sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnu au sens de l'article L. 241.3 du code de la Famille et de l'Aide Sociale.</li> </ul> <p>Le dossier d'adhésion comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le bulletin d'adhésion à la mutuelle dûment complété, daté et signé,</li> <li>- un justificatif d'identité (CNI ou passeport) valide,</li> <li>- la photocopie de la carte d'assuré social en cours de validité ou de l'attestation jointe à la carte vitale pour tous les bénéficiaires assurés sociaux,</li> <li>- le règlement de la première cotisation suivant la périodicité choisie et du droit d'entrée (hors prélèvement)</li> </ul> <p>Le dossier d'adhésion comprend également, le cas échéant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le mandat de prélèvement SEPA dûment complété, daté et signé, et un relevé d'identité bancaire,</li> </ul>	<p><b>Article 1 : Formalité d'adhésion</b> Le bénéfice des prestations est réservé aux assurés qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sont affiliés à un régime d'assurance maladie obligatoire français,</li> <li>- satisfont aux conditions d'admission fixées pour chaque option, notamment à la condition de limite d'âge à l'adhésion.</li> </ul> <p>A cet effet, l'adhérent doit renseigner le bulletin d'adhésion et choisir l'une des options définies à l'annexe au présent règlement. Elle s'impose pour tous ses ayants droit.</p> <p>Par ayants droit, il faut entendre les personnes par l'adhérent désignées sur le bulletin d'adhésion et ayant une des qualités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Le conjoint (époux légitime),</li> <li>o Le concubin reconnu tel que défini par l'article 515-8 du code civil, le partenaire tel que défini par l'article 515-1 du code civil, lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou les ascendants à charge au sens de l'article 196 A bis du CGI.</li> <li>o Le ou les enfants à charge de l'adhérent.</li> </ul> <p>Par enfant à charge, il faut entendre :</p> <p>Les enfants non-salariés de l'adhérent, âgés de moins de 21 ans, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont il pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels il verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.</p> <p>Sont assimilés aux enfants de moins de 21 ans, les enfants de moins de 26 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité avec, s'ils sont âgés de plus de 20 ans, mention de leur appartenance à un régime de Sécurité sociale des étudiants ;</li> <li>- qui sont en apprentissage, en contrat de professionnalisation, en contrat de formation, en alternance et perçoivent une rémunération mensuelle inférieure à <b>55% 80%</b> du SMIC mensuel en vigueur ; dans ce cas, il doit être fourni une copie du contrat d'apprentissage, de formation en alternance ... ainsi que leurs trois derniers bulletins de salaire ;</li> <li>- qui, par suite d'infirmité ou de maladie incurable, sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnu au sens de l'article L. 241.3 du code de la Famille et de l'Aide Sociale.</li> </ul> <p>Le dossier d'adhésion comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le bulletin d'adhésion à la mutuelle dûment complété, daté et signé,</li> <li>- un justificatif d'identité (CNI ou passeport) valide,</li> <li>- <del>la photocopie de la carte d'assuré social en cours de validité ou de l'attestation jointe à la carte vitale pour tous les bénéficiaires assurés sociaux,</del></li> <li>- <b><u>l'attestation du régime obligatoire et le cas échéant les attestations du régime obligatoire des bénéficiaires du contrat.</u></b></li> </ul> <p>- le règlement de la première cotisation suivant la périodicité choisie <b>et</b></p>

## Propositions de modifications du règlement mutualiste santé « Individuels »

- une attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ou une attestation de concubinage,
- un certificat de scolarité pour les enfants à charge, assurés sociaux ou étudiants âgés de plus de 16 ans,
- un certificat d'apprentissage pour les enfants à charge apprentis,
- une copie du contrat de formation en alternance pour les enfants à charge concernés,
- attestation de fin de droit à la CMUC ou justificatif d'aide à la mutualisation,
- tous justificatifs à la qualité de TNS (extrait de Kbis, attestation RSI),
- le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie.

### Article 2 : Prise d'effet de l'adhésion / Prise d'effet et durée des garanties

L'adhésion à la mutuelle prend effet pour le membre participant et ses ayants droit à compter du 1er jour du mois en cours si son affiliation est reçue par la mutuelle avant le 15, au 1er du mois suivant dans le cas contraire. L'adhésion cesse au 31 décembre suivant sa date d'effet. Elle est ensuite renouvelée par tacite reconduction.

Les garanties prennent effet à compter de la date de fin de la période de stage de 2 mois maximum ou à la date d'effet d'adhésion mentionnée sur le bulletin d'adhésion pour les assurés exonérés de période de stage.

Toutefois, les garanties prennent effet le lendemain de la date de radiation par un précédent organisme complémentaire d'assurance maladie, dès lors que le membre participant produit un certificat de radiation de moins de trois mois.

Les garanties sont annuelles et renouvelables par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

Sont exonérés de période de stage :

- les nouveaux-nés, les enfants adoptés ;
- les assurés qui bénéficient de soins consécutifs à un accident ;
- les bénéficiaires du régime complémentaire CMU en fin de droit.

Sont par ailleurs exonérés de délai de stage, les assurés souscrivant des garanties pendant la durée des campagnes promotionnelles mises en place par décision du Conseil d'Administration ou à titre exceptionnel par décision de l'instance de direction de la mutuelle.

Le montant des garanties peut être revu en cours d'année par l'assemblée générale ou le conseil d'administration sur délégation de celle-ci, dès lors que cette mesure est nécessaire au maintien des équilibres techniques de la mutuelle.

### Article 3 : Faculté de renoncement

Tout adhérent qui a signé un bulletin d'adhésion au présent règlement a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au siège social de la mutuelle, pendant un délai de trente jours (\*) calendaires révolus à compter de l'acceptation de l'offre, soit à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Le courrier adressé à cet effet à la mutuelle peut être rédigé comme suit :

« Je soussigné(e) : (nom et prénom) né(e) le : ..... demeurant à ..... déclare renoncer à ma demande de souscription de la garantie ... effectuée le .....

Fait à ..... le

« Signature »

### ~~du droit d'entrée (hors prélèvement)~~

Le dossier d'adhésion comprend également, le cas échéant :

- le mandat de prélèvement SEPA dûment complété, daté et signé, et un relevé d'identité bancaire,
- une attestation d'engagement dans les liens du mariage ou d'un PACS ou une attestation de concubinage,
- un certificat de scolarité pour les enfants à charge, assurés sociaux ou étudiants âgés de plus de 16 ans,
- un certificat d'apprentissage pour les enfants à charge apprentis,
- une copie du contrat de formation en alternance pour les enfants à charge concernés,
- ~~attestation de fin de droit à la CMUC ou justificatif d'aide à la mutualisation,~~
- tous justificatifs à la qualité de TNS (extrait de Kbis, attestation RSI),
- le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie.

### Article 2 : Prise d'effet de l'adhésion / Prise d'effet et durée des garanties

L'adhésion à la mutuelle prend effet pour le membre participant et ses ayants droit à compter du 1er jour du mois en cours si son affiliation est reçue par la mutuelle avant le 15, au 1er du mois suivant dans le cas contraire. L'adhésion cesse au 31 décembre suivant sa date d'effet. Elle est ensuite renouvelée par tacite reconduction.

Les garanties prennent effet à compter de ~~la date de fin de la période de stage de 2 mois maximum ou à~~ la date d'effet d'adhésion mentionnée sur le bulletin d'adhésion. ~~pour les assurés exonérés de période de stage.~~

~~Toutefois, les garanties prennent effet le lendemain de la date de radiation par un précédent organisme complémentaire d'assurance maladie, dès lors que le membre participant produit un certificat de radiation de moins de trois mois.~~

Les garanties sont annuelles et renouvelables par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

~~Sont exonérés de période de stage :~~

- ~~- les nouveaux-nés, les enfants adoptés ;~~
- ~~- les assurés qui bénéficient de soins consécutifs à un accident ;~~
- ~~- les bénéficiaires du régime complémentaire CMU en fin de droit.~~

~~Sont par ailleurs exonérés de délai de stage, les assurés souscrivant des garanties pendant la durée des campagnes promotionnelles mises en place par décision du Conseil d'Administration ou à titre exceptionnel par décision de l'instance de direction de la mutuelle.~~

Le montant des garanties peut être revu en cours d'année par ~~l'assemblée générale ou le conseil d'administration sur délégation de celle-ci~~ **l'instance statutairement définie**, dès lors que cette mesure est nécessaire au maintien des équilibres techniques de la mutuelle.

### Article 3 : Faculté de renoncement

Tout adhérent qui a signé un bulletin d'adhésion au présent règlement a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au siège social de la mutuelle, pendant un délai de trente jours (\*) calendaires révolus à compter de l'acceptation de l'offre, soit à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Le courrier adressé à cet effet à la mutuelle peut être rédigé comme suit :

« Je soussigné(e) : (nom et prénom) né(e) le : ..... demeurant à ..... déclare renoncer à ma demande de souscription de la garantie ... effectuée le .....

Fait à ..... le

## Propositions de modifications du règlement mutualiste santé « Individuels »

La mutuelle restitue alors la cotisation versée dans un délai maximal de trente jours calendaires à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Par ailleurs, si des prestations ont été versées à l'adhérent dans le délai de trente jours susvisé, celui-ci ne peut plus user de sa faculté de renonciation à la mutuelle.

(\* réduit à 7 jours en matière de démarchage et 14 jours en matière de vente à distance)

### Article 13 : Fixation des cotisations – Modifications des contrats ou des taux

La cotisation est définie en annexe au présent règlement et est fonction de l'option choisie, de la composition familiale et de l'âge des assurés, qui se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance, l'âge étant apprécié au 1er janvier de l'année en cours. La cotisation de la garantie Frais de santé n'est pas fixée en fonction de l'état de santé ou de la nature de l'emploi, ou du sexe du membre participant.

A partir du 3ème enfant à charge de moins de 21 ans affilié en qualité d'ayant-droit, l'adhérent bénéficie de la gratuité du tarif correspondant pour chaque enfant déclaré à la mutuelle.

Elle est annuelle et payable d'avance.

La cotisation inclut entre autres :

- les prélèvements sociaux destinés aux organismes fédérateurs et autres,
- les taxes étatiques.

Les montants ou taux de cotisations peuvent être révisés pour l'année suivante en fonction des résultats techniques et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé, par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration sur délégation de cette dernière. En outre, ils peuvent être réactualisés en cours d'année en fonction des modifications des niveaux de remboursement du régime obligatoire, des créations ou modifications de taxes étatiques en cours d'année ou, dès lors que cette mesure est nécessaire à l'équilibre technique de la mutuelle.

En cas d'adhésion en cours d'année, les cotisations ne seront dues qu'au prorata de la période restant à courir.

### Article 14 : Paiement des cotisations

La cotisation est due par année civile, au 1er janvier ou pour les nouveaux membres participants à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion. Toutefois cette cotisation annuelle peut être fractionnée et payable mensuellement, trimestriellement, semestriellement, selon les modalités fixées par le bulletin d'adhésion.

Le règlement de la cotisation peut s'effectuer en espèces, par carte bancaire ou par chèque bancaire ou par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement ou par mandat ou par l'extranet de la mutuelle.

Le prélèvement automatique est obligatoire en cas de paiement fractionné mensuel.

En cas de rejet de prélèvement, des frais de rejet seront imputés sur le compte du membre cotisant. Deux rejets consécutifs entraînent l'arrêt du règlement par prélèvement.

Le membre participant remplissant les conditions prévues à l'article L.863-1 du code de la Sécurité Sociale peut bénéficier d'une aide au

« Signature »

La mutuelle restitue alors la cotisation versée dans un délai maximal de trente jours calendaires à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Par ailleurs, si des prestations ont été versées à l'adhérent dans le délai ~~de trente jours susvisé de renonciation~~, celui-ci ne peut plus user de sa faculté de renonciation à la mutuelle.

(\* réduit à ~~7~~ 14 jours en matière de démarchage et ~~14 jours en matière de vente à distance~~ à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion)

### Article 13 : Fixation des cotisations – Modifications des montants ou des taux

La cotisation est ~~définie en annexe au présent règlement et est fonction de l'option choisie~~ déterminée à la souscription en fonction de la formule de garantie choisie, de la composition familiale et de l'âge des assurés, qui se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance, l'âge étant apprécié au 1er janvier de l'année en cours.

La cotisation de la garantie Frais de santé n'est pas fixée en fonction de l'état de santé ou de la nature de l'emploi, ou du sexe du membre participant.

A partir du 3ème enfant à charge de moins de 21 ans affilié en qualité d'ayant-droit, l'adhérent bénéficie de la gratuité du tarif correspondant pour chaque enfant déclaré à la mutuelle.

Elle est annuelle et payable d'avance.

La cotisation inclut entre autres :

- les prélèvements sociaux destinés aux organismes fédérateurs et autres,
- les taxes étatiques.

Les montants ou taux de cotisations peuvent être révisés pour l'année suivante en fonction des résultats techniques et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé, par ~~l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration sur délégation de cette dernière~~ l'instance statutairement définie. En outre, ils peuvent être réactualisés en cours d'année en fonction des modifications des niveaux de remboursement du régime obligatoire, des créations ou modifications de taxes étatiques en cours d'année ou, dès lors que cette mesure est nécessaire à l'équilibre technique de la mutuelle.

En cas d'adhésion en cours d'année, les cotisations ne seront dues qu'au prorata de la période restant à courir.

### Article 14 : Paiement des cotisations

La cotisation est due par année civile, au 1er janvier ou pour les nouveaux membres participants à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion. Toutefois cette cotisation annuelle peut être fractionnée et payable mensuellement, trimestriellement, semestriellement, selon les modalités fixées par le bulletin d'adhésion.

Le règlement de la cotisation peut s'effectuer ~~en espèces~~, par carte bancaire (\*) ou par chèque bancaire ou par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement ou par mandat.

(\* Après de nos agences ou par l'extranet de la mutuelle).

Le prélèvement automatique est obligatoire en cas de paiement fractionné mensuel.

En cas de rejet de prélèvement, des frais de rejet seront imputés sur le compte du membre cotisant. ~~Deux rejets consécutifs entraînent l'arrêt du règlement par prélèvement.~~

~~Le membre participant remplissant les conditions prévues à l'article L.863-1 du code de la Sécurité Sociale peut bénéficier d'une aide au~~

## Propositions de modifications du règlement mutualiste santé « Individuels »

<p>paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) ou aide à la mutualisation.</p> <p>Conformément aux dispositions de l'article L.863-2 du code de la Sécurité Sociale, cette aide sera déduite par la mutuelle du montant de la cotisation normalement applicable au membre participant concerné. Le montant de l'aide ne peut excéder le montant de la cotisation.</p> <p><b>Article 17 : Prescription</b></p> <p>Les demandes de paiement des prestations sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui en a donné naissance. Les erreurs relatives au montant des cotisations, lorsqu'elles sont le fait de la mutuelle et qu'elles sont en faveur ou en défaveur de l'adhérent, peuvent donner lieu à reversement pendant un délai de deux ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance.</p> <p>Ce délai ne court :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;</li><li>- 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.</li></ul> <p><b>Article 21 : L'examen des réclamations</b></p> <p>En cas de réclamation, l'adhérent peut à tout moment adresser une demande écrite à : Mutuelle Générale de Prévoyance et d'Assistance, ZI La Jambette, Imm. De La Houssaye, 97232 Lamentin.</p> <p>En cas de désaccord, l'adhérent et/ou son ayant-droit pourra faire appel au Médiateur dont la mutuelle lui indiquera les coordonnées sur simple demande.</p>	<p><del>paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) ou aide à la mutualisation.</del></p> <p><del>Conformément aux dispositions de l'article L.863-2 du code de la Sécurité Sociale, cette aide sera déduite par la mutuelle du montant de la cotisation normalement applicable au membre participant concerné. Le montant de l'aide ne peut excéder le montant de la cotisation.</del></p> <p><b>Article 17 : Prescription</b></p> <p>Les demandes de paiement des prestations <b>et toutes actions dérivant de la présente adhésion</b> sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui en a donné naissance. Les erreurs relatives au montant des cotisations, lorsqu'elles sont le fait de la mutuelle et qu'elles sont en faveur ou en défaveur de l'adhérent, peuvent donner lieu à reversement pendant un délai de deux ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance.</p> <p>Ce délai ne court :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la mutuelle <del>ou l'union</del> en a eu connaissance ;</li><li>- 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.</li></ul> <p><b><u>Quand l'action de l'assuré contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.</u></b></p> <p><b><u>La prescription peut être interrompue par :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b><u>Désignation d'expert ;</u></b></li><li>- <b><u>Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'assuré en ce qui concerne le règlement d'une prestation ;</u></b></li><li>- <b><u>Toute autre cause ordinaire telle qu'une demande en justice, même en référé, une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.</u></b></li></ul> <p><b>Article 21 : L'examen des réclamations</b></p> <p>En cas de réclamation, l'adhérent peut à tout moment adresser une demande écrite <del>à : Mutuelle Générale de Prévoyance et d'Assistance, ZI La Jambette Imm. De La Houssaye 97232 Le Lamentin.</del> <b><u>au service qualité de la MGPA à ZI La Jambette, Imm. De La Houssaye, 97232 Lamentin, ou par courriel à l'adresse suivante : <a href="mailto:reclamation@mutuellemgpa.fr">reclamation@mutuellemgpa.fr</a>.</u></b></p> <p>En cas de désaccord, l'adhérent et/ou son ayant-droit pourra faire appel au Médiateur dont la mutuelle lui indiquera les coordonnées sur simple demande.</p>
---	--

« ASSEMBLEE GENERALE 21 AVRIL 2018 »

**PROPOSITIONS DE MODIFICATIONS DU  
REGLEMENT MUTUALISTE OBSEQUES**

Prise d'effet : immédiat (au lendemain de l'Assemblée Générale)

ARTICLE ANCIEN	ARTICLE NOUVEAU
<p><b>Article 1 : Nature et montant de la prestation garantie</b> En cas de décès, la mutuelle s'engage au versement d'une allocation forfaitaire et fonction de l'option retenue par l'adhérent. Le montant de l'allocation garantie est défini en annexe au présent règlement. Ce montant est défini annuellement par l'assemblée générale de la mutuelle. Cette allocation permet de couvrir partiellement ou en totalité les frais d'obsèques, suivant l'option choisie par l'adhérent. (.....)</p> <p><b>Article 2 : Conditions au bénéfice de la garantie</b> Pour bénéficier de la garantie allocation obsèques, l'adhérent doit souscrire en choisissant une option sur le bulletin d'adhésion, satisfaire aux conditions d'admission fixées pour cette option et préciser l'identité des ayants droit assurés et le cas échéant du (ou des) bénéficiaires de la garantie. Les assurés sont exclusivement : - l'adhérent, - et, à titre d'ayants droit, ses enfants mineurs à charge âgés de 12 ans à 18 ans (date anniversaire) désignés sur le bulletin d'adhésion, sous réserve de l'autorisation du titulaire de l'autorité parentale et du consentement personnel de l'intéressé, et mineurs au jour de leur décès. Le règlement des prestations ne peut intervenir que si la totalité de la cotisation due a été acquittée au jour du décès.</p> <p><b>Article 3 : Prise d'effet, durée et fin 3 - 1 de l'adhésion</b> Sous réserve du versement de la première cotisation suivant la périodicité choisie et du droit d'entrée, l'adhésion prend effet à la date figurant sur le bulletin d'adhésion. L'adhésion est d'une durée d'un an et se renouvelle tacitement au 1er janvier de chaque année sous réserve du paiement des cotisations. (.....)</p> <p><b>Article 4 : Faculté de renonciation</b> Tout adhérent qui a signé un bulletin d'adhésion au présent règlement a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au siège social de la mutuelle, pendant un délai de trente jours calendaires (*) révolus à compter de la date d'effet de l'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Le courrier adressé à cet effet à la mutuelle peut être rédigé comme suit :</p>	<p><b>Article 1 : Nature et montant de la prestation garantie</b> En cas de décès, la mutuelle s'engage au versement d'une allocation forfaitaire et fonction de l'option retenue par l'adhérent. Le montant de l'allocation garantie est défini en annexe au présent règlement. Ce montant est défini annuellement par <del>l'assemblée générale de la mutuelle</del> <b>par l'instance statutairement définie</b>. Cette allocation permet de couvrir partiellement ou en totalité les frais d'obsèques, suivant l'option choisie par l'adhérent. (.....)</p> <p><b>Article 2 : Conditions au bénéfice de la garantie</b> Pour bénéficier de la garantie allocation obsèques, l'adhérent doit souscrire en choisissant une option sur le bulletin d'adhésion, satisfaire aux conditions d'admission fixées pour cette option et préciser l'identité des ayants droit assurés et le cas échéant du (ou des) bénéficiaires de la garantie. Les assurés sont exclusivement : - l'adhérent, - et, à titre d'ayants droit, ses enfants mineurs à charge âgés de 12 ans à 18 ans (date anniversaire) désignés sur le bulletin d'adhésion, sous réserve de l'autorisation du titulaire de l'autorité parentale et du consentement personnel de l'intéressé, <del>et mineurs au jour de leur décès</del>. Le règlement des prestations ne peut intervenir que si la totalité de la cotisation due a été acquittée au jour du décès.</p> <p><b>Article 3 : Prise d'effet, durée et fin 3 - 1 de l'adhésion</b> Sous réserve du versement de la première cotisation suivant la périodicité choisie <del>et du droit d'entrée</del>, l'adhésion prend effet à la date figurant sur le bulletin d'adhésion. L'adhésion est d'une durée d'un an et se renouvelle tacitement au 1er janvier de chaque année sous réserve du paiement des cotisations. (.....)</p> <p><b>Article 4 : Faculté de renonciation</b> Tout adhérent qui a signé un bulletin d'adhésion au présent règlement a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au siège social de la mutuelle, pendant un délai de trente jours calendaires (*) révolus à compter <del>de la date d'effet de l'adhésion</del> <b>du jour où il est informé que l'adhésion a pris effet</b>. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Le courrier adressé à cet effet à la mutuelle peut être rédigé comme suit :</p>

## Propositions de modifications du règlement mutualiste obsèques

<p>« Je soussigné(e) : (nom et prénom) né(e) le : ..... demeurant à ..... déclare renoncer à ma demande de souscription de la garantie ... effectuée le .....</p> <p>Fait à ..... le</p> <p>« Signature »</p> <p>La mutuelle restitue alors la cotisation versée dans un délai maximal de trente jours calendaires à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.</p> <p>Par ailleurs, si des prestations ont été versées à l'adhérent dans le délai de trente jours susvisé, celui-ci ne peut plus user de sa faculté de renonciation à la mutuelle.</p> <p>(* réduit à 7 jours en matière de démarchage et 14 jours en matière de vente à distance)</p> <p><b>Article 5 : Fixation des cotisations – Modifications des contrats ou des taux</b></p> <p>La cotisation globale des garanties Décès par accident et Décès non accidentel est définie en annexe au présent règlement et est fonction de l'option choisie et de l'âge de l'adhérent, qui se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance. Elle est modifiée et revue annuellement par l'assemblée générale de la mutuelle. Elle est annuelle et payable d'avance.</p> <p>Pourront s'y ajouter des frais liés au paiement fractionné de la cotisation annuelle.</p> <p><b>Article 6 : Paiement des cotisations</b></p> <p>Pour payer la cotisation due, l'adhérent peut choisir le fractionnement mensuel (si le montant mensuel est supérieur à 15 euros), trimestriel, semestriel ou annuel, selon les modalités précisées sur le bulletin d'adhésion.</p> <p>Le règlement de la cotisation peut s'effectuer en espèces, par carte bancaire ou par chèque bancaire ou par prélèvement automatique sur le compte bancaire de l'adhérent, ou par virement ou par mandat ou par l'extranet de la mutuelle. Le prélèvement automatique est obligatoire en cas de paiement fractionné mensuel.</p> <p><b>Article 11 : Prescription</b></p> <p>Toute action dérivant du contrat, en particulier toute demande de paiement des prestations convenues, est prescrite dans un délai de deux ans si le bénéficiaire est l'adhérent, ou de dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et ce à compter de l'évènement qui y donne naissance.</p>	<p>« Je soussigné(e) : (nom et prénom) né(e) le : ..... demeurant à ..... déclare renoncer à ma demande de souscription de la garantie ... effectuée le .....</p> <p>Fait à ..... le</p> <p>« Signature »</p> <p>La mutuelle restitue alors la cotisation versée dans un délai maximal de trente jours calendaires à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.</p> <p>Par ailleurs, si des prestations ont été versées à l'adhérent dans le délai <del>de trente jours susvisé de renonciation</del>, celui-ci ne peut plus user de sa faculté de renonciation à la mutuelle.</p> <p>(* réduit à <del>7</del> 14 jours en matière de démarchage <u>à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion</u>) <del>et 14 jours en matière de vente à distance</del>)</p> <p><b>Article 5 : Fixation des cotisations – Modifications des montants ou des taux</b></p> <p>La cotisation globale des garanties Décès par accident et Décès non accidentel est <del>définie en annexe au présent règlement et est fonction de l'option choisie</del> <u>déterminée à la souscription en fonction de la formule de garantie choisie</u> et de l'âge de l'adhérent, qui se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance. Elle est modifiée et revue annuellement par <del>l'assemblée générale de la mutuelle</del> <u>l'instance statutairement définie</u>. Elle est annuelle et payable d'avance.</p> <p>Pourront s'y ajouter des frais liés au paiement fractionné de la cotisation annuelle.</p> <p><b>Article 6 : Paiement des cotisations</b></p> <p>Pour payer la cotisation due, l'adhérent peut choisir le fractionnement mensuel (<del>si le montant mensuel est supérieur à 15</del>), trimestriel, semestriel ou annuel, selon les modalités précisées sur le bulletin d'adhésion.</p> <p>Le règlement de la cotisation peut s'effectuer <del>en espèces</del>, par carte bancaire <del>(*)</del> ou par chèque bancaire ou par prélèvement automatique sur le compte bancaire de l'adhérent, ou par virement ou par mandat. <u>(* <del>Auprès de nos agences</del> ou par l'extranet de la mutuelle)</u>.</p> <p>Le prélèvement automatique est obligatoire en cas de paiement fractionné mensuel.</p> <p><b>Article 11 : Prescription</b></p> <p>Toute action dérivant du contrat, en particulier toute demande de paiement des prestations convenues, est prescrite dans un délai de deux ans si le bénéficiaire est l'adhérent, ou de dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et ce à compter de l'évènement qui y donne naissance.</p> <p><b>Ce délai ne court :</b></p> <p><u>- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;</u></p> <p><u>- 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.</u></p> <p><u>Quand l'action de l'assuré contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.</u></p> <p><u>La prescription peut être interrompue par :</u></p> <p><u>- Désignation d'expert ;</u></p>
--	---

## Propositions de modifications du règlement mutualiste obsèques

<p><b>Article 12 : L'examen des réclamations</b> En cas de réclamation, l'adhérent peut à tout moment adresser une demande écrite à : <b>Mutuelle Générale de Prévoyance et d'Assistance, Z.I La Jambette Imm. De La Houssaye 1er étage 97232 Le Lamentin.</b> Enfin, en cas de désaccord définitif avec les Assureurs, relatif à une garantie, l'adhérent ou le bénéficiaire aura la faculté de faire appel au Médiateur dont la mutuelle lui indiquera, sur simple demande, les coordonnées et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.</p>	<p><u>-Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'assuré en ce qui concerne le règlement d'une prestation ;</u> <u>-Toute autre cause ordinaire telle qu'une demande en justice, même en référé, une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.</u></p> <p><b>Article 12 : L'examen des réclamations</b> En cas de réclamation, l'adhérent peut à tout moment adresser une demande écrite à : <del>Mutuelle Générale de Prévoyance et d'Assistance, Z.I La Jambette Imm. De La Houssaye 1er étage 97232 Le Lamentin.</del> <u>au service qualité de la MGPA à ZI La Jambette, Imm. De La Houssaye, 97232 Lamentin, ou par courriel à l'adresse suivante : <a href="mailto:reclamation@mutuellemgpa.fr">reclamation@mutuellemgpa.fr</a>.</u> Enfin, en cas de désaccord définitif avec les Assureurs, relatif à une garantie, l'adhérent ou le bénéficiaire aura la faculté de faire appel au Médiateur dont la mutuelle lui indiquera, sur simple demande, les coordonnées et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.</p> <p><b><u>Article 16 : Dispositif de Lutte contre le Blanchiment de Capitaux le Financement du Terrorisme (LCB-FT)</u></b> <u>La mutuelle se doit de connaitre au mieux ses adhérents. Aussi, afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de LCB-FT, elle est fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux adhérents certaines informations complémentaires, telles que la justification de l'origine des fonds versées à la mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations lorsque leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.</u></p>
--	---