GROUPE PASTEUR MUTUALITÉ

NOTICE D'INFORMATION

GPM HOSPI SANTE

A.HOSPIS26.2 *Applicable à compter du 1er avril 2026*

Les garanties de la présente notice d'informations sont assurées par AGMF Prévoyance, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité n° 775 666 340, 1 boulevard Pasteur 75015 Paris
Et gérées par CETIP, Société Anonyme au capital de 749 436 euros, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 410 489 165 114, rue d'Aguesseau 92100 Boulogne -Billancourt.

Table des matières

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GENERALES 2
Article 1 – Objet du réglement 2
Article 2 Définitions et modalités d'adhésion 2
Article 3 Risques exclus 3
Article 4 Obligations déclaratives 3
Article 5 Formation et prise d'effet de l'adhésion 3
Article 6 Information des adhérents 7
Article 7 Durée, renouvellement et résiliation de l'adhésion 7
Article 8 Modification de la garantie à la demande de l'adhérent 8
Article 9 Fausse déclaration 9
Article 10 Prescription 9
CHAPITRE II – PRESTATIONS GARANTIES 9
Article 11 Définition des prestations garanties 9
CHAPITRE III – COTISATIONS 10
Article 12 Paiement de la cotisation et exonération 10
Article 13 Non-paiement de la cotisation 10
CHAPITRE IV – CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRES 10
Article 14 Tiers payant 10
Article 15 Echanges de données informatiques avec les organismes de Sécurité Sociale 11
Article 16 Déclaration de sinistre – pièces justificatives 11
CHAPITRE V – DISPOSITIONS DIVERSES 11
Article 17 Subrogation 11
Article 18 Contrôle médical 11
Article 19 Réclamation – Médiation 12
Article 20 Autorité de contrôle 13
Article 21 Protection des données 13
ANNEXE A LA NOTICE D'INFORMATION GPM HOSPI SANTE (A.HOSPIS26.2) 15

La présente notice d'information est établie en application de l'article L. 221-6 du code de la mutualité. Elle détermine le contenu des engagements réciproques de AGMF Prévoyance et des membres participants au contrat collectif facultatif souscrit par l'Association Liberté Prévoyance et Epargne Retraite (ALIPER) notamment en ce qui concerne les prestations et les cotisations afférentes aux opérations collectives de couverture des frais de santé qu'elle garantit.
Elle est régie par le code de la mutualité.
La loi applicable aux relations contractuelles est la loi française et les échanges y afférents se font dans cette langue.
Les dispositions de la présente notice sont complétées par des annexes :

- Annexe GPM HOSPI SANTÉ 1, 2 et 3 précisant les prestations assurées,
- Annexe ASSISTANCE

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 – Objet de la notice d'information

La présente notice d'information a pour objet de définir les conditions dans lesquelles AGMF Prévoyance garanti aux membres participants et, le cas échéant, à leurs ayants droit, le remboursement des prestations frais de santé listées à l'annexe 1.
En complément, le membre participant bénéficie de garanties d'assistance dont les conditions sont décrites en annexe 2.
Les garanties offertes dans le cadre de la présente notice d'information satisfont aux exigences des contrats "responsables", telles que prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.
En cas de besoin, les garanties et niveaux de remboursement de la notice d'information seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant cette catégorie de garanties, afin que leur caractère responsable soit à tout moment préservé.
Le contrat ne peut être souscrit que par des personnes affiliées à un régime obligatoire de Sécurité Sociale français.
Les relations contractuelles découlant de l'adhésion au présent contrat sont régies par les dispositions de ce dernier, de la présente notice d'information et ses annexes et du certificat d'adhésion.

Article 2 Définitions et modalités d'adhésion

§ 2.1 - Modalités d'adhésion

Tout membre participant au présent contrat doit être membre de l'association ALIPER, souscriptrice du contrat collectif à adhésion facultative. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation, par le signataire, des droits et obligations définis par la présente notice d'information et ses annexes.

Les mentions portées par le membre participant dans le bulletin d'adhésion sont nécessaires à la délivrance de la couverture par AGMF Prévoyance et conditionnent la validité de la couverture.

Un certificat d'adhésion est délivré à chaque membre participant lors de son adhésion ou en cas de modification de sa garantie ou de la formule choisie. Le certificat d'adhésion précise notamment :

- l'identité du membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit assurés,
- la nature et le montant ou niveau des Formules de garanties souscrites,
- la date de prise d'effet de l'adhésion et des garanties,
- le taux, l'assiette ou le montant des cotisations incluant, s'il y a lieu, les taxes, conformément à la réglementation en vigueur, ainsi que leur périodicité de paiement,
- le cas échéant, les conditions d'acceptation particulières.

§ 2.2 - Définitions

Organisme assureur : AGMF Prévoyance, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité n° 775 666 340 – 1, boulevard Pasteur 75015 Paris.

La gestion du contrat est confiée à CETIP, Société Anonyme au capital de 749 436 euros, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 410 489 165 - 114, rue d'Aguesseau 92100 Boulogne-Billancourt.

Groupement souscripteur : A.L.I.P.E.R, association souscriptrice du contrat collectif, régie par la loi du 1er juillet 1901, 1, Boulevard Pasteur - 75015 PARIS.

Membre participant : la personne physique signataire du bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations. Avant l'adhésion au contrat, la personne physique demandant à adhérer au contrat est le postulant à l'assurance.
Seuls peuvent adhérer les membres participants âgés de moins de 65 ans au jour de la souscription.

Ayant droit : Le membre participant peut ouvrir droit aux garanties auxquelles il a adhéré, à ses ayants-droit en les affiliant au présent contrat. Peuvent avoir cette qualité :

- son conjoint, à défaut son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), qui est ressortissant en propre d'un régime obligatoire français de Sécurité Sociale.
  Il doit justifier de sa qualité en produisant, selon le cas, une copie de son livret de famille ou, une attestation sur l'honneur de concubinage stable et notoire ou une attestation, délivrée par le Greffier du Tribunal d'Instance, de l'inscription de la déclaration de PACS ou une copie du récépissé d'enregistrement du PACS établi par le notaire ou une copie de l'acte de naissance avec les mentions marginales du PACS.
- ses enfants à charge au sens fiscal ou les enfants de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS à la charge de ce dernier au sens fiscal (articles 196 et 196 B du Code Général des Impôts), ressortissants en propre ou en tant qu'ayant droit du membre participant ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS d'un régime obligatoire de Sécurité Sociale français.
- et l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3ème degré ou l'allié au même degré du membre participant, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants à la charge du membre participant jusqu'à leur 14 ans
  L'affiliation des ayants droit leur permet de bénéficier du même niveau de couverture que le membre participant.

Assuré : la personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie : il s'agit du membre participant et ses ayants droit.

Tout assuré doit :

- soit relever, à titre personnel, d'un régime obligatoire d'assurance- maladie français,
- soit avoir la qualité d'ayant droit d'un assuré social dans un régime obligatoire d'assurance-maladie français.

L'adhésion au présent contrat ne peut être effectuée que par des personnes :

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

Les personnes résidant en Polynésie française, en Nouvelle- Calédonie et à l'Étranger à la date de l'adhésion, ne peuvent adhérer au présent contrat.

Article 3 Risques exclus

Sauf dispositions expresses contraires stipulées dans l'annexe 1, sont exclus de la garantie tous les actes non pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance-maladie français.

Article 4 Obligations déclaratives

Lors de son adhésion ou en cas de demande de modification de garantie, le membre participant a l'obligation de répondre exactement aux questions administratives posées dans le bulletin d'adhésion ou dans la demande d'avenant, concernant notamment son rattachement au régime obligatoire d'assurance-maladie français et sa composition familiale.
Le membre participant ou l'ayant droit déménageant à l'Étranger, en Polynésie française ou en Nouvelle-Calédonie a l'obligation d'en informer l'assureur dans un délai d'un mois avant son déménagement afin qu'un conseil adapté à sa situation lui soit apporté.

Article 5 Formation et prise d'effet de l'adhésion

Préalablement à l'adhésion, l'Association souscriptrice remet au postulant à l'assurance les informations précontractuelles imposées par la réglementation en vigueur, selon le mode d'adhésion et de communication choisi par ce dernier, la présente notice d'information émise par AGMF Prévoyance, ainsi que ses statuts.

§ 1 - Formation de l'adhésion

Tout membre participant souhaitant adhérer à une Formule de garanties régie par la présente notice, fait acte d'adhésion au contrat à adhésion facultative.

L'adhésion au contrat est formalisée par :

- la remise à l'organisme assureur du bulletin d'adhésion dématérialisé signé électroniquement par le postulant à l'assurance ;
- la remise à l'organisme assureur, le cas échéant, du mandat de prélèvement SEPA rempli et signé par le postulant à l'assurance ;
- la transmission par le postulant à l'assurance de la copie de l'attestation accompagnant sa carte Vitale et de celle de ses ayants droit, de sa pièce d'identité et de son relevé d'identité bancaire ;
- la notification, par l'organisme assureur, de l'acceptation de l'adhésion, concrétisée par l'envoi du certificat d'adhésion et d'un premier appel de cotisation.

En cas d'adhésion via le site internet, l'internaute est informé par AGMF Prévoyance que sa demande d'adhésion a été prise en compte par l'envoi d'un mail lui notifiant la mise à disposition de ces documents précontractuels et contractuels sur son espace adhérent.

En cas d'adhésion à distance, les frais afférents à la vente à distance (coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents relatifs à l'offre par le membre participant) sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

§ 2 - Prise d'effet de l'adhésion

2.1. Adhésion sur tablette numérique

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, et au plus tôt :

- au lendemain zéro heure de la date de signature du bulletin d'adhésion, sous réserve :
  - de la notification de l'acceptation de l'adhésion par l'organisme assureur,
  - et l'encaissement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.
- ou à une date ultérieure expressément indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Le règlement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique.
Faute pour le membre participant d'avoir réglé le montant du premier appel de cotisation dans les trente jours suivant son émission, l'acceptation de l'adhésion est caduque et l'assurance est de nul effet.
En aucun cas l'adhésion ne peut prendre effet à une date antérieure à celle de la signature du bulletin d'adhésion.

2.2. Adhésion en ligne via le site internet

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

- au lendemain zéro heure de la date de signature du bulletin d'adhésion, sous réserve :
  - de la réception de l'ensemble des pièces justificatives,
  - de la notification de l'acceptation de l'adhésion par l'organisme assureur,
  - et de l'encaissement de la première cotisation ou de la fraction convenue de celle-ci,
- ou à une date ultérieure expressément indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Le membre participant peut demander que son adhésion prenne effet immédiatement, en cochant une case prévue à cet effet sur la demande d'adhésion. Dans ce cas, cette demande entraîne l'encaissement de la première cotisation mais ne le prive pas de sa faculté de renonciation.

En aucun cas l'adhésion ne peut prendre effet à une date antérieure à celle de la signature du bulletin d'adhésion.

Le règlement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique.

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

2.3. Délai de renonciation

2.3.1. Délai de renonciation en cas de vente à distance y compris en cas de démarchage téléphonique

Lorsque le membre participant adhère au contrat dans le cadre d'une vente à distance (sans avoir rencontré de conseiller de l'Assureur pour la souscription du contrat), il dispose d'un droit de renonciation.

2.3.1.1. Conditions d'exercice de la faculté de renonciation

À compter du jour où le contrat à distance a pris effet, le membre participant dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.
Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception selon le modèle joint à la présente notice.
Ce délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.
Pendant le délai de renonciation, la prise d'effet du contrat étant suspendue, les cotisations et les prestations ne sont exigibles qu'à l'expiration de ce délai au terme duquel elles devront être versées rétroactivement.
Toutefois, si le membre participant a demandé expressément, dans le bulletin d'adhésion, l'exécution immédiate de son contrat sans attendre la fin du délai de renonciation, les cotisations et les prestations sont dues dès la date d'effet du contrat.

2.3.1.2. Effet de la renonciation

- En cas d'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci- dessus, le contrat sera considéré comme n'ayant jamais pris effet. Aucune cotisation ne sera due par le membre participant, ni aucune prestation par l'organisme assureur.
- Toutefois, si à la demande expresse du membre participant, le contrat a produit ses effets immédiatement sans attendre l'expiration du délai de renonciation, il sera mis fin rétroactivement au contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.

AGMF Prévoyance rembourse la quote-part de cotisation correspondant à la période postérieure à la renonciation, pendant laquelle le membre participant n'a pas bénéficié de la couverture, au plus tard dans les 30 jours à compter de la date de réception de la renonciation du membre participant en utilisant le même moyen de paiement que celui utilisé par le membre participant pour le paiement de la première cotisation. Toutefois, et sous réserve de son accord exprès un autre moyen de paiement pourra être utilisé dans la mesure où le remboursement n'occasionne pas de frais pour le membre participant.

En contrepartie, l'organisme assureur conservera la quote-part des cotisations afférente à la période ayant couru entre la date d'effet du contrat et la date de réception de la renonciation et correspondant à la couverture dont aura bénéficié le membre participant durant la période d'exécution du contrat.
De même, le membre participant devra, le cas échéant, restituer les prestations reçues pendant la période antérieure à la renonciation, dans les 30 jours suivant celle-ci.
Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

2.3.2. Délai de renonciation en cas de démarchage hors démarchage téléphonique

2.3.2.1. Conditions d'exercice de la faculté de renonciation

Lorsque le membre participant adhère au contrat après avoir fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, il dispose de la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.
Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception selon le modèle joint au présent contrat.
Ce délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

2.3.2.2. Effets de la renonciation

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception, par l'organisme assureur, de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique.
Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.
En cas de renonciation, l'organisme assureur conservera la quote-part des cotisations correspondant à la couverture dont aura bénéficié le membre participant durant la période d'exécution du contrat. L'organisme assureur est tenu de rembourser le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de fin du contrat. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.
Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'organisme assureur si le membre participant exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

§ 3 - Prise d'effet des garanties (délais de carence)

A/ Sont seuls pris en charge, sous réserve du délai de renonciation prévu à l'article 2.3, dès la date de prise d'effet de l'adhésion mentionnée dans le certificat d'adhésion, les soins prescrits et réalisés à compter de cette date. La date des soins est celle figurant sur le décompte de la Sécurité Sociale, ou, à défaut, sur la facture du praticien de santé.

B/ Toutefois, **certains remboursements ne seront dus qu'à l'expiration du délai de carence précisé dans l'annexe 1.**

C/ Le(s) délai(s) de carence prévu(s) dans l'annexe 1 peu(ven)t être supprimé(s) pour tout assuré pouvant justifier d'une affiliation résiliée de son fait moins de trente jours avant sa demande d'adhésion au présent contrat, à un régime d'assurance complémentaire santé offrant une garantie équivalente ou supérieure sur les postes ayant des délais de carence. L'assuré justifie de cette couverture par la production d'un certificat établi par son ancien assureur précisant la date de la radiation volontaire, et du tableau de garanties afférent. La non- application du délai de carence est précisée dans le certificat d'adhésion.

§ 4 - Dématérialisation des courriers et des documents précontractuels et contractuels

4.1. Dématérialisation

Le membre participant accepte expressément de recevoir les informations précontractuelles émanant des entités assurantielles de GPM par voie électronique.

Le membre participant est expressément informé que les informations, documents contractuels et l'ensemble des pièces y afférentes adressés au cours de l'exécution du contrat lui seront transmis par voie électronique.

Le membre participant, qui a souscrit à un service fourni exclusivement par voie électronique par les entités assurantielles de GPM, est expressément informé qu'il ne peut pas s'opposer à l'utilisation de la voie électronique lors de la conclusion du contrat ou à tout moment au cours de son exécution, ni demander que le support papier soit utilisé pour la poursuite de la relation contractuelle.

Le membre participant est expressément informé de l'usage, dans le cadre de l'exécution du contrat souscrit avec des entités assurantielles de GPM, de lettres recommandées par voie électronique.

Si le membre participant et le payeur de cotisations utilisent la même adresse électronique, chacun déclare avoir un accès à ladite adresse électronique et lesdits membres participants et payeurs de cotisations se donnent pouvoir réciproque pour retirer la lettre recommandée électronique éventuelle.

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

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

Chaque utilisation de son compte personnel par le membre participant constitue l'acceptation de la dernière version de la convention d'utilisation de l'Espace adhérent, disponible sur le compte personnel du membre participant en format imprimable.

4.2. Convention sur la preuve

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

En conséquence, le membre participant reconnaît et accepte expressément que les informations, documents contractuels et l'ensemble des pièces y afférents puissent être établis et conservés sur tout support durable.
Les informations précontractuelles et les documents contractuels dématérialisés sont disponibles dans son Espace Adhérent dans un délai de 24h suivant l'émission du contrat.

Le membre participant reconnaît expressément et accepte :

- l'enregistrement de sa navigation sur l'Espace Adhérent, et notamment ses « clics » de souris ou autre périphérique, comme mode de preuve des obligations souscrites via l'Espace Adhérent ;
- que ces enregistrements effectués par GPM ont pleine valeur probante à son égard ;
- qu'en cochant la case libellée « J'accepte la dématérialisation totale et définitive de ma complémentaire santé », il accepte la dématérialisation desdits documents ;
- que toute opération effectuée, après s'être authentifié avec son mot de passe sur son Compte Personnel accessible sur l'Espace Adhérent, est réputée effectuée par lui-même.

Article 6 Information des membres participants

§ 1 - Lors de la demande d'adhésion

Conformément à l'article L. 221-6 du code de la mutualité, le groupement souscripteur remet à chaque futur membre participant, un bulletin d'adhésion, la présente notice d'information définissant les garanties, leurs modalités d'application et, lorsqu'elle est applicable, les conditions d'exercice de la faculté de renonciation visée à l'article 5.

§ 2 - Lors d'une modification de la notice d'information approuvée

En cas de modification des droits et obligations des membres participants, l'Association souscriptrice informe chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par l'organisme assureur.
Le membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications auprès de l'organisme assureur selon les modalités précisées à l'article 7 ci-après. Dans ce cas, l'adhésion sera résiliée le 1er jour du mois suivant la notification de cette dénonciation.
Jusqu'à la date d'effet de cette dénonciation, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer, sauf si les modifications opérées par l'organisme assureur sont d'ordre public et, en conséquence, d'application immédiate.

Article 7 Durée, renouvellement et résiliation de l'adhésion

§ 1 - Durée de l'adhésion et tacite reconduction

L'adhésion est valable pour une durée expirant le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Elle est ensuite renouvelable annuellement par tacite reconduction, sauf résiliation par l'organisme assureur, le groupement souscripteur ou le membre participant opérée avant le 31 octobre pour prendre effet au 31 décembre.
La durée de la tacite reconduction ne peut en aucun cas être supérieure à un an.

§ 2 - Résiliation de l'adhésion

2.1. Modalités de la renonciation

Le membre participant peut résilier son adhésion :

- A l'échéance : avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 31 décembre suivant ;
- De façon infra-annuelle : après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du contrat pour lequel la demande de résiliation est formulée, sans frais ni pénalités. La résiliation de l'adhésion prend effet un mois après que l'organisme assureur en a reçu notification par le membre participant.

Ce droit de résiliation appartient au membre participant, à l'exclusion de ses ayants droit ou des tiers.
En outre, l'organisme assureur peut procéder à la résiliation de l'adhésion en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 13.
La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

2.2. Notification de la résiliation

La résiliation de l'adhésion peut être notifiée à l'organisme assureur par le membre participant au choix :

- Soit par lettre adressée au siège social de l'Assureur, par mail à l'adresse gestion.des.contrats@gpm.fr ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;

- Soit lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Une confirmation écrite de la réception de la notification lui est adressée par l'organisme assureur.

§ 3 - Résiliation du contrat collectif

L'Association souscriptrice et l'organisme assureur peuvent résilier le contrat collectif avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 31 décembre. Une telle résiliation met un terme à votre adhésion audit contrat et aux garanties y afférent.

La dénonciation par l'Association souscriptrice peut s'opérer au choix :

- Soit par lettre adressée au siège social de l'organisme assureur, par mail à l'adresse gestion.des.contrats@gpm.fr ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Une confirmation écrite de la réception de la notification lui est adressée par l'organisme assureur.
La dénonciation par l'organisme assureur s'opère par lettre recommandée avec demande d'avis de réception Toutefois, en application de l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Évin », l'organisme assureur proposera à tout membre participant au présent contrat, qui lui en fera la demande, d'adhérer à une Formule de garanties correspondant aux garanties dont il bénéficiait avant cette résiliation, aux conditions tarifaires de la catégorie dont il relève.
Si l'organisme assureur décide de majorer les tarifs de l'une des Formules de garanties qu'il propose, la hausse devra être uniforme pour l'ensemble des membres participants ayant adhéré à la Formule de garanties concernée.

§ 4 - Effets de la résiliation

La résiliation de l'adhésion met fin définitivement à l'assurance et prive l'assuré de tout droit à prestation pour les frais exposés postérieurement à la date de la résiliation. **Aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir pour les périodes antérieures à la date d'effet de la résiliation.**
Lorsque l'adhésion est résiliée de façon infra-annuelle, le membre participant 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 résiliation. L'organisme assureur est tenu de rembourser, le cas échéant, le solde au membre participant dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues au membre participant produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

§ 5 - Terme des garanties

Les garanties du présent contrat cessent pour le membre participant et ses ayants droit :

- **lorsque l'assuré n'est plus ressortissant d'un régime français de Sécurité Sociale,**
- **en cas de résiliation par le membre participant selon les modalités précisées au §2 du présent article, auprès de l'organisme assureur avant le 31 octobre pour prendre effet au 31 décembre suivant,**
- **en cas de non-paiement de la cotisation due par le membre participant, après avis adressé par lettre recommandée par l'assureur conformément à l'article 13 ci-après,**
- **en cas de résiliation du contrat collectif. Dans ce cas, les dispositions de l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin » s'appliqueront.**

Article 8 Modification de la garantie à la demande du membre participant

Le membre participant peut demander un aménagement de ses garanties, sous réserve d'en formuler la demande par écrit, dans les conditions définies ci-après.
Une demande d'augmentation de garantie (passage à une garantie supérieure) est possible à tout moment ; elle est toutefois soumise aux mêmes conditions de limite d'âge et d'acceptation qu'une adhésion nouvelle. Les règles de prise d'effet des garanties, et notamment les délais de carence, visés à l'article 5 § 3-B sont applicables sur le complément. La diminution de garantie (passage à une garantie inférieure) ne peut prendre effet qu'au 1er janvier de chaque année et dans les conditions fixées dans l'annexe 1.
Un assuré changeant de régime obligatoire d'assurance-maladie français peut demander, à tout moment, une modification de sa garantie. Dans ce cas, les délais de carence, visés à l'article 5 § 3-B ne sont pas applicables, et s'il y a lieu, une fraction de la cotisation est remboursée ou une cotisation complémentaire est appelée.

Article 9 Fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'assuré est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci portant notamment sur son âge ou sa profession, ou ceux de ses ayants droit, quand cette réticence ou cette fausse déclaration est de nature à affecter l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion par l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque (article L. 221-14 du code de la mutualité).
Aucune prestation et aucun remboursement de cotisation ne peuvent intervenir. Le membre participant et ses ayants droit sont déchus de tout droit aux garanties.
Dans le cas où les faits délictueux ne sont constatés qu'après le versement des prestations, l'organisme assureur en poursuit le recouvrement.

Article 10 Prescription

Conformément aux articles L. 221-11 à L. 221-12-1 du code de la mutualité, toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

CHAPITRE II – PRESTATIONS GARANTIES

Article 11 Définition des prestations garanties

§ 1 - Garanties

Le détail des garanties est précisé dans l'annexe 1.
En cas de modification du niveau des remboursements du régime obligatoire d'assurance-maladie français en cours d'année, l'organisme assureur se réserve le droit de conserver la base de remboursement qui était la sienne en valeur absolue avant ladite modification.

§ 2 - Assurances cumulatives

Les remboursements de l'organisme assureur ajoutés à ceux perçus par l'assuré ou ses bénéficiaires de la part du régime obligatoire ou/et de tout autre organisme complémentaire **ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré.**
Cette limite est appliquée séparément pour chaque prestation, sans compensation entre les différents postes.
Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets **dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du règlement peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.**

CHAPITRE III – COTISATIONS

Article 12 Paiement de la cotisation et exonération

La cotisation annuelle et les taxes y afférentes, sont payables d'avance aux dates d'échéance prévues.
La première cotisation est calculée à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. **Dans tous les cas, faute pour le membre participant d'avoir réglé le montant de la première cotisation dans les trente jours de la date de signature du bulletin d'adhésion, l'acceptation de l'adhésion est caduque et l'adhésion au contrat est de nul effet.**

§ 1 - Détermination de la cotisation

La cotisation est annuelle. Elle peut toutefois donner lieu, à la demande du membre participant à un paiement fractionné, semestriel, trimestriel ou mensuel.

§ 2 - Modalités de paiement

Le montant des cotisations et les dates d'échéances sont mentionnés sur l'appel de cotisation établi lors de l'adhésion puis lors de son renouvellement. Elles sont payables d'avance aux dates d'échéance mentionnées sur l'appel de cotisation adressé au membre participant lors de son renouvellement.
Le règlement s'effectue par prélèvement automatique.

§ 3 - Modification de la cotisation

La cotisation peut être révisée lors du renouvellement annuel du contrat, compte tenu de l'âge atteint par l'assuré au regard des dispositions prévues par le tarif en vigueur ou, le cas échéant, suite à la modification du tarif portée à la connaissance du membre participant dans les conditions visées à l'article 6§2, notamment en cas d'évolution de la sinistralité.

Article 13 Non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit de AGMF Prévoyance de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, l'organisme assureur adresse au membre participant une lettre recommandée de mise en demeure, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue, ainsi que les cotisations venues éventuellement à échéance entre-temps, entraîne de plein droit la résiliation de l'adhésion.
Au-delà du délai de trente jours suivant la mise en demeure adressée par l'organisme assureur, la garantie souscrite par le membre participant peut être suspendue. En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, 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 garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à AGMF Prévoyance la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

CHAPITRE IV – CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRES

Article 14 Tiers payant

Le membre participant bénéficie, tant pour lui-même que, le cas échéant, pour ses ayants droit, des accords de tiers payant passés par l'organisme assureur avec les professionnels de santé concernés, sous réserve que les actes soient effectués dans le cadre du parcours de soins. Il dispose à cet effet, sous réserve de la production des justificatifs nécessaires (attestation Vitale), d'une carte « tiers payant » lui permettant d'avoir accès à ce service.
En cas de radiation d'un ayant droit ou en cas de résiliation de l'adhésion, le membre participant s'engage à ne plus utiliser sa carte et à la restituer à l'organisme assureur. **À défaut, le remboursement des sommes indûment réglées, du fait du non-respect de ces dispositions, serait poursuivi auprès du membre participant.**

Article 15 Echanges de données informatiques avec les organismes de Sécurité Sociale

Le membre participant bénéficie, tant pour lui-même que pour le cas échéant ses ayants droit, des procédures de règlement direct des prestations complémentaires garanties sur la base des décomptes télétransmis par le régime obligatoire à l'organisme assureur.
En cas de changement d'adresse, le membre participant doit adresser à l'assureur une nouvelle attestation Vitale.

Article 16 Déclaration de sinistre – pièces justificatives

Les dispositions de cet article peuvent être complétées, le cas échéant, par les dispositions spécifiques prévues dans l'annexe 1.
1/ Les remboursements de l'organisme assureur sont effectués aux assurés à partir :

- soit des originaux des décomptes de prestations en nature émanant des régimes obligatoires d'assurance-maladie si les liaisons par télétransmission avec ces derniers ne sont pas opérationnelles,
- soit, dans les autres cas, des images informatiques des décomptes télétransmises par les régimes obligatoires d'assurance-maladie.

En outre, pour le remboursement des frais dentaires et d'optique ainsi que, plus généralement, pour les prestations non remboursées par le régime obligatoire et susceptibles d'être prises en charge au titre de la Formule choisie par le membre participant, les originaux des factures acquittées, faisant état de façon détaillée des frais réellement engagés, doivent être produits. L'organisme assureur se réserve le droit d'exiger la prescription du médecin ophtalmologiste, ou le cas échéant, de l'opticien pour le remboursement des verres.

2/ En cas d'hospitalisation dans un établissement, qu'il soit public ou privé, la demande de prestations n'est prise en compte au titre du tiers payant dans le cadre des accords existants, que pour autant que l'assuré a adressé à l'organisme assureur lors de son admission une "demande de prise en charge".
La dispense d'avance de frais peut être accordée dans les conditions et limites prévues aux conventions passées par l'organisme assureur avec les établissements hospitaliers considérés. Si cette hospitalisation se prolonge au-delà de vingt jours, l'assuré est tenu de faire parvenir à l'organisme assureur une attestation de prolongation de séjour sur laquelle doit être mentionné l'accord de la Sécurité Sociale.

3/ Les prestations de l'organisme assureur sont réglées, par virement sur le compte bancaire ou postal ouvert en France, du membre participant ou de l'ayant droit. La production du relevé d'identité bancaire correspondant est requise.

CHAPITRE V – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 17 Subrogation

L'organisme assureur est subrogé de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. **Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'organisme assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.**
En est exclue la part d'indemnité à caractère personnel correspondant aux souffrances physiques et/ou morales endurées par la victime et aux préjudices esthétique et d'agrément.
De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise (article L. 224-9 du code de la mutualité).

Article 18 Contrôle médical

§ 1 - Contrôle médical

Lors d'une demande de prestation ou ultérieurement, l'organisme assureur peut, à tout moment, faire procéder à tous contrôles sur pièces et/ou visites médicales qu'il jugerait nécessaires.

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

Lors de cet examen, l'assuré a la possibilité – s'il le souhaite – de se faire assister par le médecin de son choix, à ses frais. L'assuré peut également opposer à l'organisme assureur les conclusions de son médecin traitant.

Le membre participant doit faire toute diligence pour obtenir de ses médecins traitants, tous les documents relatifs à son état de santé, susceptibles d'être portés à la connaissance du médecin-conseil de l'organisme assureur pour lui donner la possibilité d'apprécier le bien-fondé des demandes de prestations.

La convocation à cet examen a lieu au plus tard dans les trente jours suivant la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées ci- après, pour chaque garantie.

L'organisme assureur peut également soumettre l'assuré à tout acte, investigation ou examen complémentaire lié au contrôle de son état de santé.

Indépendamment de la prise en charge par les régimes obligatoires, tout refus de l'assuré de se soumettre à tout examen médical, ou de transmettre les documents demandés ou toute réticence qui empêcherait le médecin-conseil d'accomplir sa mission, entraînerait la suspension ou la perte des droits aux prestations. Dans le cas où le membre participant aurait perçu indûment des prestations, celles-ci devront impérativement être remboursées à l'organisme assureur.

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

Sous peine de suspension ou de perte des droits aux prestations, lorsque le sinistre intervient à l'étranger, ces examens doivent avoir lieu sur le sol français. Les frais éventuellement engagés par l'assuré pour se rendre à la convocation médicale de l'assureur sur le sol français restent à la charge de l'assuré. Les honoraires du médecin désigné par l'assureur sont pris en charge par ce dernier.

§2 - Autres contrôles

Également, l'organisme assureur se réserve la possibilité de faire procéder à tout contrôle et enquête administrative.

Article 19 Réclamation – Médiation

Pour toute réclamation concernant l'application de la présente notice d'information l'assuré peut écrire :

- par courrier à l'adresse : AGMF Prévoyance - TSA 90014 - 78457 VELIZY CEDEX
- par courriel à l'adresse : reclamations@gpm-hospi.com

L'assuré peut saisir la Médiation de l'Assurance 2 mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel la réclamation a été formulée et que l'assuré ait eu ou non une réponse. L'assuré peut à ce titre :

- envoyer un dossier écrit à « La Médiation de l'Assurance » TSA 50 110 - 75441 Paris cedex 09, comportant les informations suivantes : le nom de l'assureur : « AGMF Prévoyance », les dates des principaux événements à l'origine du différend et un bref résumé du litige, les décisions ou réponses de AGMF Prévoyance qui sont contestées, la photocopie des courriers échangés, le numéro du contrat d'assurance et celui du dossier en cas de sinistre.
- ou saisir en ligne le Médiateur en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : http://www.mediation- assurance.org.

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

Article 20 Autorité de contrôle

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Article 21 Protection des données

Traitements conjointement mis en œuvre par l'Assureur et le Distributeur.
Les responsables conjoints du traitement sont l'Assureur et le Distributeur.

Finalités et bases légales. Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la passation, l'exécution du contrat, la gestion des adhésions et des relations avec les membres participants et, le cas échéant, avec leurs bénéficiaires ou ayants droit, la gestion des prestations, des réclamations, du recouvrement des cotisations, des procédures précontentieuses et contentieuses et du recours subrogatoire.
Elles sont également utilisées (à l'exception du numéro de sécurité sociale), sauf opposition de la part du membre participant, pour lui adresser de la prospection commerciale sur des contrats d'assurance et services assurés ou distribués par les entités de Groupe Pasteur Mutualité sur la base de son intérêt légitime. Le membre participant peut s'opposer dès la conclusion de son contrat et à tout moment à la prospection commerciale réalisée par les distributeurs et les entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité.
Avec le consentement du membre participant, elles peuvent également être transmises (à l'exception du numéro de sécurité sociale) aux partenaires contractuels et institutionnels des distributeurs et des entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité pour recevoir des propositions commerciales, informations ou animations de leur part.
Les données relatives à la santé recueillies seront exclusivement traitées pour la gestion et l'exécution du contrat et ce, avec le consentement du membre participant.
Dans le cadre de leurs obligations légales, l'Assureur et le Distributeur mettent également en œuvre des traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité :

- la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

L'adresse postale et l'adresse électronique du membre participant sont traitées à des fins de normalisation et de fiabilisation. L'adresse postale du membre participant est également traitée à des fins de géocodage et de calcul des distances et durées de trajets. Ce traitement est basé sur les intérêts légitimes de l'Assureur et du Distributeur d'optimiser la prise de rendez-vous des conseillers ainsi que les déplacements de ces derniers.

Caractère obligatoire des données. Les données à caractère personnel dont la communication est obligatoire à la gestion du contrat et des prestations associées sont indiquées comme telles. Le membre participant est informé que sans ces données à caractère personnel, l'Assureur et le Distributeur ne seront pas en mesure d'exécuter le contrat.

Durées de conservation des données. Les données recueillies sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle. Au terme de celle-ci, les données personnelles permettant d'établir la preuve d'un droit ou d'un contrat ou conservées au titre du respect d'une obligation légale sont archivées conformément aux dispositions en vigueur (prescriptions légales). Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans à compter du terme de la relation commerciale.

Destinataires des données. Les destinataires des données sont les conseillers du Distributeur et les équipes internes de l'Assureur en relation avec le membre participant et, le cas échéant, les bénéficiaires ou ayant-droits, les collaborateurs en charge de l'actuariat ainsi que les partenaires contractuels et institutionnels, les mandataires (Caisse de Sécurité Sociale, etc.), les réassureurs et les partenaires contractuels qui interviennent dans la réalisation des finalités définies aux présentes.
Seuls ont accès aux données relatives à la santé le médecin conseil de l'Assureur, le personnel expressément habilité à cet effet ainsi que, le cas échéant, le médecin conseil du réassureur.
En fonction des choix exprimés et modifiables sur demande à tout moment, les distributeurs et les entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité, ainsi que le cas échéant, leurs partenaires contractuels et institutionnels peuvent accéder aux données à caractère personnel.
Les données de santé à caractère personnel sont hébergées conformément à l'article L. 1111-8 du Code de la santé publique au sein de notre établissement ou d'un établissement dûment autorisé (agréé ou certifié).
Dans la limite de leurs attributions et des prestations confiées, les collaborateurs des prestataires techniques qui concourent à la mise en œuvre des finalités décrites au présent Article ont accès aux données à caractère personnel.

Droits des membres participants et modalités d'exercice. Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, les membres participants et leurs bénéficiaires ou ayants droit bénéficient, dans les conditions définies par celle-ci, d'un droit d'accès, d'un droit de rectification, d'un droit à l'effacement (droit à l'oubli), d'un droit d'opposition, d'un droit à la limitation du traitement et d'un droit à la portabilité. Il est toutefois rappelé que l'exercice du droit d'opposition peut empêcher la souscription ou l'exécution des présentes garanties. Les membres participants peuvent également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Ils peuvent exercer leurs droits en s'adressant à AGMF Prévoyance, Délégué à la protection des données - TSA 74433 - 77213 AVON CEDEX - dpo@gpm.fr, sur justification de l'identité du membre participant (en cas de doute raisonnable sur son identité, une pièce d'identité pourra lui être demandée).
En cas de réclamation, ils peuvent choisir de saisir la CNIL.
Pour le traitement relatif à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) - 3 place Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris.
Ils disposent, en outre, d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique qu'ils peuvent exercer sur www.bloctel.gouv.fr.

EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PREVU A L'ARTICLE 5 § 2.3 DE LA NOTICE D'INFORMATION

MODÈLE DE LETTRE-TYPE DE RENONCIATION À L'ADHÉSION AU CONTRAT

À compléter et à adresser par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception au plus tard dans le respect des délais mentionnés à l'article 5§2.3 de la présente notice d'information à AGMF Prévoyance - TSA 90014 - 78457 VELIZY Cedex.

« Monsieur,
Je soussigné(e), ...,
domicilié(e) à .....,
vous prie de bien vouloir prendre note, qu'usant de la faculté qui m'est conférée par l'article 5 § 2.3 de la notice d'information, je désire renoncer à mon adhésion au contrat GPM HOSPI SANTÉ n° ..... souscrit auprès de votre organisme.

(A indiquer uniquement en cas d'adhésion à distance et si vous avez expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin de souscription :)

Ayant expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin de souscription, je demande le remboursement des cotisations correspondant à la période postérieure à la renonciation et m'engage à vous rembourser le montant des prestations perçues pendant la période antérieure à la renonciation.

(A indiquer uniquement en cas de renonciation en cas de démarchage hors démarchage téléphonique :)
Je n'ai connaissance de la survenance d'aucun évènement susceptible de déclencher la mise en œuvre des prestations assurées par le présent contrat ».

Fait à ..... , le .....
(Signature du membre participant)

ANNEXE A LA NOTICE D'INFORMATION GPM HOSPI SANTE (A.HOSPIS26.2)

La présente annexe complète les dispositions de la notice d'information responsable GPM HOSPI SANTE dont elle fait partie intégrante.
Elle constitue un contrat socle au sens du cahier des charges du contrat responsable.

Article préliminaire Contrat responsable

Les garanties offertes dans le cadre de la présente annexe satisfont aux exigences des contrats « responsables », telles que prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité Sociale, en ce qu'elles incluent :

- la prise en charge du « ticket modérateur » dans son intégralité, sur les consultations, les séances d'accompagnement réalisées par des psychologues conventionnés, les actes et prestations y compris de prévention, faisant l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale,
- la prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée,
- la prise en charge du forfait patient urgences,
- la prise en charge de la participation forfaitaire « acte lourd »,
- ainsi que la prise en charge renforcée :
    - des dispositifs médicaux d'optique médicale,
    - des aides auditives,
    - des soins prothétiques dentaires,
    - des prothèses capillaires (actuellement les prothèses capillaires de classe II,
    - et des dépenses d'acquisition ou de location des fauteuils roulants (actuellement les frais de location courte durée des fauteuils roulants).

En outre, les remboursements respectent, le cas échéant, les prises en charges minimales et maximales prévues par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale, telles que précisées dans le tableau des garanties.

Sont exclus de cette prise en charge :

- **les franchises médicales sur :**
    - **les médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,**
    - **les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,**
    - **les transports sanitaires terrestres ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence ;**
- **la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la sécurité sociale concernant le recours aux transports partagés ;**
- **la participation forfaitaire restant à la charge de l'assuré sur les actes ou consultations pris en charge par la Sécurité Sociale lorsque ceux-ci sont réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation ;**
- **la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel ou de le compléter ;**
- **la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins ainsi que les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.**

Article 1 Cotisations

Si le membre participant assure tous les enfants tels que définis à l'article 2 de la notice d'information GPM HOSPI SANTÉ, la cotisation pour le troisième enfant est réduite de moitié. Les enfants à partir du quatrième sont dispensés du paiement des cotisations.
Le membre participant doit justifier chaque année de la situation fiscale de ses enfants.

Article 2 Prestations garantie

- **2.1 - Dispositions générales**

Outre les garanties visées à l'article 11 de la notice d'information GPM HOSPI SANTÉ, l'organisme assureur verse des prestations visant à compléter les remboursements des régimes obligatoires de Sécurité Sociale au titre des dépenses de santé liées à :

- une cure thermale pour la formule GPM HOSPI SANTE 3,
- une naissance ou une adoption pour la formule GPM HOSPI SANTE 3,
- d'autres soins et dépenses de santé figurant dans le tableau des garanties et prévus respectivement pour chaque Formule,

sous réserve des conditions, exclusions et limitations précisées ci-après.

Le montant des prestations servies, après remboursements effectués par les organismes de Sécurité Sociale et le cas échéant, au titre d'un autre contrat socle d'assurance complémentaire, **ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par l'assuré et restant à sa charge. Toutefois, les sommes obligatoirement laissées à sa charge, conformément aux règles du « contrat responsable », ne lui sont pas remboursées.**

- **2.2 - Prise d'effet des garanties (délai de carence)**

Outre les dispositions prévues à l'article 5§3 de la notice d'information GPM HOSPI SANTÉ :

- l'allocation naissance ou adoption est versée **après un délai de douze mois suivant la prise d'effet de l'adhésion,**
- s'agissant des implants oculaires non pris en charge par la Sécurité sociale, de l'orthodontie non acceptée par la Sécurité sociale et du forfait maladie grave/coup dur : la prestation n'est versée **qu'après un délai de 12 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion.**

- **2.3 - Diminution de garanties**

Par dérogation à l'article 8 de la notice d'information GPM HOSPI SANTÉ, une diminution de garantie ne peut prendre effet au plus tôt qu'au 1er janvier suivant le deuxième anniversaire de l'adhésion à l'une des Formules sauf si la demande est justifiée par un changement de situation de famille (perte de la qualité d'enfant à charge, décès d'un enfant, mariage, PACS, divorce, séparation). Dans ce cas, la diminution de garantie prend alors effet au 31 décembre de l'année en cours.

- **2.4 - Conditions de prise en charge des prestations**

Tous les cas particuliers de remboursement détaillés ci-dessous et qui viennent préciser le tableau de garanties ci-après, s'entendent **dans la limite des frais réels restant à la charge de l'assuré**, après remboursements effectués par les organismes de Sécurité Sociale. **Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable.**

- **I. Conditions particulières de remboursements**

- **1/ Hospitalisation :**

Prise en charge des frais de transport : frais de transport exposés lors de l'entrée et de la sortie de l'établissement hospitalier et pris en charge par la Sécurité Sociale (tarifs de responsabilité Régime général). **Hors minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la sécurité sociale concernant le recours aux transports partagés.**

Prise en charge des dépassements d'honoraires : **le cahier des charges des contrats « responsables » tel que prévu aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité Sociale limite le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhérent pas aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée à 100% du tarif de la Sécurité Sociale et doit nécessairement être inférieur de 20 % à celui prévu pour les dépassements d'honoraires des médecins qui adhérent à ce dispositif. Le tableau de garanties ci-après tient compte de cette distinction ainsi que de la double limite imposée pour les honoraires des médecins qui n'adhèrent pas aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.**

Prise en charge du forfait journalier « hospitalier » : dès le 1er jour d'hospitalisation dans un établissement hospitalier (y compris psychiatrique), sans limitation de durée. **Le forfait journalier n'est pas pris en charge au titre des hébergements en tout établissement médico-social, établissement de soins de longue durée, EHPA, EHPAD (et ex-section de cure médicale).**

Prise en charge du forfait patient urgences : frais occasionnés par l'assuré suite à un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement (conformément à l'article L160-13 I du Code de la sécurité sociale).

Prise en charge de la participation forfaitaire « Acte lourd » (conformément à l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale) : Cette participation s'applique aux actes réalisés en ville ou en établissement de santé lorsque leur tarif ou leur coefficient de facturation est supérieur ou égal au seuil fixé règlementairement.
Certains actes, comme le radiodiagnostic, l'IRM, les frais de transport d'urgence ou les actes pris en charge à 100% au titre d'une affection de longue durée (ALD), sont exclus de ce dispositif et ne donnent donc pas lieu à cette participation.

Prise en charge du lit accompagnant (ascendants, descendants et conjoint assurés au contrat) **: dans la limite de 15 jours par année civile et par assuré.**

Prise en charge de la chambre particulière **: limitée à 90 jours par année civile et par assuré**, pour les hospitalisations ou séjours en établissements ou unités de soins de suite et de réadaptation, établissements thermaux, établissements ou unités psychiatriques, de lutte contre les maladies mentales et contre l'alcoolisme. **La prise en charge est exclue pour les hébergements en établissement de soins de longue durée et dans les ex-sections de cure médicale. Ces limites s'appliquent également pour la catégorie « chambre particulière maternité ».**

Prise en charge d'un hébergement temporaire non médicalisé pour les séjours répondant aux conditions fixées par les articles R.6111-50 et R.6111-52 du code de la santé publique : La prestation d'hébergement temporaire en amont ou en aval d'un séjour hospitalier **ne peut dépasser vingt-et-une nuits dans sa totalité, séjour hospitalier exclu. Elle ne peut excéder trois nuits consécutives sans acte ou prestation assuré par l'établissement de santé dont relève le praticien prescripteur de l'hébergement temporaire non médicalisé.**
Les montants de remboursement de AGMF Prévoyance s'ajoutent à l'éventuel remboursement de la Sécurité Sociale.

Prise en charge d'un hébergement temporaire non médicalisé : **limitée à 6 nuitées par année civile et par assuré** (membre participant et ses ayants droits assurés au contrat). La prise en charge de l'hébergement de l'assuré hospitalisé **se limite à la nuit précédant la date de son hospitalisation et à la nuit suivant la date de la fin de cette hospitalisation. Si une de ces deux nuitées n'est pas effectivement consommée, elle ne sera pas prise en charge.**

L'allocation naissance (ou adoption) **est versée après un délai de 12 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion**. Elle est également versée en cas d'enfant mort-né. **Une seule allocation par naissance ou adoption est versée lorsque les deux parents sont assurés au titre de la même adhésion.**

Le forfait prévu pour la catégorie « FIV, amniocentèse non acceptées par la Sécurité Sociale » est exprimé par année civile et par assuré.

- **2/ Soins courants :**

Prise en charge des dépassements d'honoraires : **le cahier des charges des contrats « responsables » tel que prévu aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité Sociale limite le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhérent pas aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée à 100% du tarif de la Sécurité Sociale et doit nécessairement être inférieur de 20% à celui prévu pour les dépassements d'honoraires des médecins qui adhérent à ce dispositif. Le tableau de garanties ci-après tient compte de cette distinction ainsi que de la double limite imposée pour les honoraires des médecins qui n'adhèrent pas aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.**

Prise en charge de séances d'accompagnement réalisées par des psychologues conventionnés dans le cadre des articles L.162-58 et R.162- 62 à R.162-69 du Code de la Sécurité Sociale : AGMF Prévoyance prendra en charge 100% du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré, **dans la limite du nombre de séances définies dans l'article R162-65 du Code sécurité sociale par année civile et par assuré âgé de trois ans ou plus**.

Pour la catégorie « actes d'ostéopathie, de chiropractie et de podologie non acceptés par la Sécurité Sociale » : le forfait est exprimé par séance **dans la limite de trois séances par année civile et par assuré.**

Concernant la catégorie « Appareillages 100% Santé » :

- Les prothèses capillaires faisant l'objet d'une prise en charge renforcée conformément à l'article R.871-2 7° du code de la sécurité sociale (soit au 1er janvier 2026 les prothèses capillaires de classe II) : sont prises en charge à 100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente**.

- Les dépenses d'acquisition ou de location des fauteuils roulants faisant l'objet d'une prise en charge renforcée conformément à l'article R.871-2 8° du code de la sécurité sociale (soit au 1er décembre 2025, les frais de location courte durée des fauteuils roulants) : sont prises en charge à 100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente.**

Concernant la catégorie « Dépistage et prévention » :

- le forfait pour les « vaccins non acceptés par la Sécurité Sociale » est exprimé par année civile et par assuré.
- le forfait pour « la contraception et le sevrage tabagique » est exprimé par année civile et par assuré.

Les prestations doivent être prescrites pour faire l'objet d'un remboursement.

- le forfait pour le dépistage du strabisme et de la surdité avant trois ans + bilan allergique » est exprimé par année civile et par enfant assuré.
- le forfait de la garantie « GPM Objet Connecté E-Santé » est exprimé **par membre participant (et non pas par assuré) et sur deux ans**. Cette période s'apprécie à compter de la date d'achat du premier « Objet Connecté E-Santé » et s'achève deux ans après.

L'utilisation de ce forfait suppose que l'objet acheté par le membre participant réponde à la définition de « l'Objet Connecté E-Santé » appartenant à l'une des familles d'Objet Connecté E-Santé ci-dessous et que le membre participant n'ait pas précédemment utilisé la totalité de cette prestation. **Le forfait est versé dans la limite des frais réellement engagés par le membre participant pour l'achat de l'Objet Connecté E-Santé.**
Un « Objet Connecté E-Santé » est un objet autonome, muni de capteurs permettant à son utilisateur de mesurer et d'enregistrer des informations sur son activité physique et/ou des constantes physiologiques et/ ou l'observance. L'objet communique les informations ainsi récoltées à un appareil tiers connecté à Internet (exemple : ordinateur, tablette numérique, smartphone). L'appareil qui réceptionne les mesures réalisées fait fonctionner un logiciel consolidant, analysant et communiquant les données mesurées après consentement exprès de son utilisateur.

Cet objet appartient à l'une des trois familles listées ci-dessous :

1. « Activités physiques connectées » (exemple : nombre de pas, sommeil, monitoring) ;
2. « Suivi physiologique connecté » (exemple : tensiomètre, poids, fréquence cardiaque, glycémie, suivi de grossesse) ;
3. « Observance connectée » (exemple : pilulier).

L'objet connecté E-Santé ne peut en aucun cas consister en un appareil qui ouvrirait autrement droit à prise en charge par le présent contrat. Notamment et de manière non limitative, ne peut être considéré comme un objet connecté E-Santé, un dispositif de correction de la vue ou de l'audition.

Est exclue de la garantie « Objet Connecté E-Santé » toute demande de prise en charge concernant :

- **un smartphone ;**
- **une tablette numérique ;**
- **un logiciel (application mobile par exemple) ;**
- **et plus généralement tout objet ne répondant pas aux définitions visées ci-dessus.**

Le membre participant est seul responsable des décisions quant au choix de l'« Objet Connecté E-Santé », à l'utilisation qu'il en fait, aux objectifs qu'il poursuit et notamment l'exploitation des résultats qu'il obtient via l'utilisation de l'« Objet Connecté E-Santé » ainsi que des conséquences qui pourraient en résulter. En aucun cas, la responsabilité de AGMF Prévoyance ne pourra être engagée eu égard à l'utilisation de l'« Objet Connecté E-Santé » et des conséquences qui pourraient en résulter.
N'étant pas destinataire des données personnelles éventuellement collectées par des tiers via l'utilisation des objets connectés dont l'achat est remboursé au membre participant, AGMF Prévoyance n'effectue aucun traitement desdites données qu'il n'est pas en mesure de collecter.
AGMF Prévoyance n'est donc ni responsable de traitement ni sous- traitant eu égard aux données personnelles éventuellement collectées par des tiers via l'utilisation des objets connectés dont l'achat est remboursé au membre participant.

- un forfait est octroyé pour les formules GPM HOSPI SANTE 2 et 3, sous conditions et pour certaines prestations présentant un reste à charge élevé (cf.« Forfait maladie grave/coup dur » dans le tableau de garanties ci-après).

Ce forfait est à utiliser sur une période de **deux années civiles par assuré** et concerne les prestations suivantes :

- Équipement médical spécialisé (dont fauteuil roulant) accepté par la Sécurité Sociale,
- Chirurgie plastique réparatrice acceptée par la Sécurité Sociale (dont prothèse mammaire ou oculaire),
- Acte d'esthétique non contre indiqué par le chirurgien, pratiqué par un professionnel de santé agréé et directement lié à une reconstruction mammaire prise en charge par la Sécurité Sociale,
- Prothèse capillaire prescrite et acceptée par la Sécurité Sociale,
- Séances prescrites de kinésithérapie avec dépassements d'honoraires en cas de maladie grave,
- Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation (SSR),
- Sets de pose contenant le matériel de perfusion à domicile,
- Matériel de stomies.
- Cure thermale ALD non prise en charge par la Sécurité Sociale : concerne les membres

participants atteints d'une Affection de Longue Durée reconnue par la Sécurité Sociale. **La cure doit être prescrite par le médecin traitant et dédiée spécifiquement à cette ALD. Elle doit également être réalisée au sein d'un établissement ou organisme agréé ou conventionné.**

La prise en charge est limitée à une cure par pathologie prescrite dans les deux premières années qui suivent la reconnaissance de l'ALD par la Sécurité Sociale.

- Séances d'activités physiques adaptées : concerne les membres participants atteints d'une Affection de Longue Durée reconnue par la Sécurité Sociale. Les séances doivent être prescrites par le médecin traitant sur le formulaire Sécurité Sociale spécifique et réalisées dans les conditions fixées par le Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016.
  La prise en charge de ces séances ne peut intervenir que **dans les deux années** qui suivent la reconnaissance de la pathologie en Affection de Longue Durée par la Sécurité Sociale.

Toute demande de remboursement de prestations découlant d'une « maladie grave » telle que définie ci-après pourra être étudiée. On entend par « maladie grave », l'état d'une personne reconnue en Affection de Longue Durée (ALD) par la Sécurité Sociale.

Ces remboursements ne peuvent en aucun cas déroger aux règles et limites posées par le « cahier des charges» des contrats responsables. En particulier, ils ne peuvent permettre le remboursement des dépassements d'honoraires non pris en charge par la garantie au-delà des plafonds contractuels de prise en charge, ni des équipements d'optique ou d'audioprothèse au-delà des plafonds contractuels.

- **3/ Optique :**

Pour les garanties Optique, les définitions suivantes s'appliquent :

3.1 Équipement monture et verres

- Verres « simples » :
  - Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,
  - Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
  - Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
- Verres « complexes » :
  - Verre unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
  - Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
  - Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
  - Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
  - Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
  - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
  - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;
- Verres « hyper-complexes » :
  - Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
  - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
  - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
  - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

La prise en charge, incluant le remboursement de la Sécurité sociale et le « ticket modérateur », concerne un équipement, quel que soit l'âge de l'assuré, composé de deux verres et d'une monture.
La prise en charge est conditionnée par une validation de la facture au regard du degré de correction et des caractéristiques des verres. La fréquence des prises en charge est strictement encadrée, dans les conditions ci-après 3.1.1 §1 à 4.

3.1.1 Renouvellement de l'équipement

Si l'équipement est acheté en 2 fois (monture puis verres) la période de renouvellement débute à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement et s'achève à l'issue du délai mentionné ci-dessous.
En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Les différents délais s'entendent à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. **Le remboursement ne sera possible, en outre, qu'en l'absence de prise en charge de l'équipement durant ladite période au titre d'un autre contrat responsable souscrit auprès de l'organisme assureur.**

§ 1 - Adultes et enfants de 16 ans et plus

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement d'une monture et deux verres) est possible **au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.**
Par dérogation, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

§ 2 - Enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible **au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.**

§ 3 - Enfants jusqu'à 6 ans

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement d'une monture et deux verres) est possible **au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.**

§ 4 - Enfants de moins de 16 ans

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations décrites au §1 objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Dans tous les cas

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée par l'arrêté du 3 décembre 2018 (2) et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.
La prise en charge de l'équipement défini ci-dessus est effectuée comme exprimé dans le tableau de garanties ci-après.

(2) Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.

3.1.2 Les plafonds de remboursement

Les plafonds intègrent la prise en charge des montures au sein du remboursement de l'équipement global, dans la limite de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) pour la formule GPM HOSPI SANTÉ 1, de 75 € pour la formule GPM HOSPI SANTÉ 2, et de 100 € pour la formule GPM HOSPI SANTÉ 3.
Les plafonds n'incluent pas les tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur réalisée par l'opticien.

Les plafonds s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé de verres de classe A (100 % santé) et d'une monture de classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, **dans la limite des prix limites de vente.**
Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond qui s'applique.

3.1.3 Les prestations d'appairage et d'adaptation

La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge à hauteur du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par l'assurance maladie.
La prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier ou l'orthoptiste d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique, est prise en charge au titre du ticket modérateur.

3.2 Chirurgie réfractive, implants oculaires et lentilles

S'agissant de la chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité sociale : le forfait est exprimé dans le tableau ci-après par œil, par année civile et par assuré.

S'agissant des implants oculaires non pris en charge par la Sécurité sociale : le forfait est versé **après un délai de 12 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion**. Le forfait est exprimé dans le tableau ci-après par œil, par année civile et par assuré.

Pour les lentilles prescrites médicalement : le forfait est exprimé dans le tableau ci-après par année civile et par assuré.

- **4/ Soins et prothèses dentaires :**

Les frais exposés pour les prothèses dentaires (couronnes et bridges) à prise à charge renforcée dit 100% santé (panier 1) sont pris en charge en intégralité **dans la limite des honoraires limites de facturation conformément à la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.**

Les frais exposés pour l'ensemble des soins prothétiques dentaires à prise à charge renforcée dit 100% santé (panier 1) sont pris en charge en intégralité **dans la limite des honoraires limites de facturation conformément à la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.**

Les prothèses dentaires, dont les tarifs sont respectivement plafonnés et libres (paniers 2 et 3), seront remboursées comme exprimé dans le tableau de garanties ci-après.

Prothèses dentaires non acceptées par la Sécurité Sociale : pour les formules GPM HOSPI SANTÉ 2 et 3, les prestations relatives aux prothèses dentaires non acceptées par la Sécurité Sociale, sont exprimées par prothèse et **limitées à trois prothèses toutes les deux années civiles par assuré.**

Implantologie : pour les formules GPM HOSPI SANTÉ 2 et 3, les prestations relatives à l'implantologie sont exprimées par implant et **limitées à trois implants toutes les deux années civiles par assuré**.

Parodontologie/endodontie : pour les formules GPM HOSPI SANTÉ 2 et 3, les forfaits sont exprimés toutes les deux années civiles par assuré.

Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale : les niveaux de prise en charge spécifiques pour les formules GPM HOSPI SANTÉ 1, 2 et 3, sont exprimés **dans la limite de six semestres par assuré pour l'ensemble des traitements.**

Orthodontie non acceptée par la Sécurité sociale : le forfait est versé **après un délai de 12 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion. Le forfait est exprimé par semestre dans la limite de deux semestres par assuré pour l'ensemble des traitements, une fois par assuré dans la vie du contrat.**

- **5/ Aides auditives :**

Les frais exposés pour l'acquisition des aides auditives à prise en charge renforcée dit 100% santé de classe I sont pris en charge en intégralité **dans la limite des prix limites de vente.**

5.1 **Plafonds de remboursement**

Les frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive de classe II (hors 100% santé) sont couverts **dans la limite d'un plafond de prise en charge maximum de 1000 euros par aide auditive.** Le plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. **Le plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.**

5.2 **Renouvellement**

La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de l'appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai tient compte des quatre années antérieures et court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le remboursement ne sera possible, en outre, qu'en l'absence de prise en charge de l'équipement durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de l'organisme assureur.

III. Tableau des garanties

Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) incluant le remboursement de celle-ci dans la limite des frais réels. Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable.** **On entend par assuré : le membre participant et ses ayants droits assurés au contrat.**	**GPM HOSPI SANTÉ 1**	**GPM HOSPI SANTÉ 2**	**GPM HOSPI SANTÉ 3**
Hospitalisation			
Forfait Journalier Hospitalier (y compris les séjours psychiatriques)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Forfait Patient Urgences (au sens de l'article L160-13 I du Code de la Sécurité Sociale)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Participation forfaitaire "Acte lourd" (conformément à l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité Sociale)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Honoraires et soins, y compris les actes chirurgicaux d'anesthésistes et obstétriques en secteur conventionné et non conventionné pratiqués par des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS
Honoraires et soins, y compris les actes chirurgicaux, d'anesthésie et obstétriques en secteur conventionné et non conventionné pratiqués par des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS
Transport accepté par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Chambre particulière - **Par jour - Max 90 jours par année civile** et par assuré, pour les hospitalisations ou séjours en établissements ou unités de soins de suite et de réadaptation, établissements thermaux, établissements ou unités psychiatriques, de lutte contre les maladies mentales et contre l'alcoolisme **(sauf hébergement en établissement de soins de longue durée y compris en ex-section de cure médicale non pris en charge)**	-	40 €	60 €
Hébergement temporaire non médicalisé (pris en charge par la Sécurité Sociale) - **Par nuitée - Prestation limitée à 21 nuitées pour les séjours correspondant aux conditions des articles R.6111-50 et R.6111-52 du code de la Santé Publique. Les montants s'ajoutent à ceux de la Sécurité Sociale**	-	40 €	60 €
Hébergement temporaire non médicalisé (non pris en charge par la Sécurité Sociale) - **Par nuitée - Max 6 nuitées par année civile et par assuré dans les conditions définies dans les dispositions contractuelles**	-	40 €	60 €
Lit accompagnant - **Par jour (ascendants, descendants et conjoint assurés au contrat) - Limité à 15 jours par année civile et par assuré**	-	20 €	30 €
Frais de séjour en secteur conventionné et non conventionné	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Hospitalisation à domicile acceptée par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Maternité			
Allocation Maternité **(par naissance ou adoption)**	-	-	200 €
FIV, amniocentèse non acceptées par la Sécurité Sociale - **Par année civile et par assuré**	-	-	100 €
Chambre particulière maternité - **Par jour - Max 90 jours par année civile et par assuré**	-	40 €	60 €

** Tels que définis règlementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale)*

*** À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires, les franchises médicales (sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports), la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L322-5 du Code de la Sécurité sociale, la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel ou de le compléter, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins ainsi que les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.*

Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) incluant le remboursement de celle-ci dans la limite des frais réels. **Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable**.** **On entend par assuré : le membre participant et ses ayants droits assurés au contrat.**	**GPM HOSPI SANTÉ 1**	**GPM HOSPI SANTÉ 2**	**GPM HOSPI SANTÉ 3**
Soins courants			
Honoraires médicaux Consultations dont téléconsultations - visites chez des omnipraticiens et spécialistes ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	200% BRSS
Honoraires médicaux Consultations dont téléconsultations - visites chez des omnipraticiens et spécialistes n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS
Actes techniques médicaux - Dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	200% BRSS
Actes techniques médicaux - Hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS
Radiologie - Dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	200% BRSS
Radiologie - Hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS
Analyses et examens de laboratoire	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Vaccins acceptés par la Sécurité sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires paramédicaux	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Séances d'accompagnement réalisées par des psychologues conventionnés (conformément aux articles L.162-58 et R.162-62 à R.162-69 du Code de la Sécurité Sociale) **dans la limite du nombre de séances définies dans l'article R162-65 du Code sécurité sociale par année civile et par assuré de trois ans ou plus**	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments et pharmacie acceptés par la Sécurité Sociale	100% BRSS sur les médicaments remboursés à 65% par la SS	100% BRSS	100% BRSS
Matériel médical			
Petit appareillage	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS
Appareillages 100% Santé (Prothèses capillaires, fauteuils roulants faisant l'objet d'une prise en charge renforcée, conformément à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale).	100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente**		
Grand appareillage	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS
Autres soins			
Actes d'ostéopathie, de chiropraxie et de podologie non acceptés par la Sécurité Sociale - **Par séance - Limité à 3 séances par année civile et par assuré**	-	-	25 €
Cures thermales	-	-	100% BRSS
Aides auditives **Une aide auditive par oreille par période de 4 ans (date de facturation).** Forfait incluant le remboursement de la sécurité sociale.			
Aides auditives - classe I Équipements 100 % santé*	100% des frais réels **dans la limite des prix de vente**		
Aides auditives - classe II Tarif libre	100% BRSS	100% BRSS	1 000 €
Consommables acceptés par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS
Dépistage et prévention			
Actes de prévention prévus par la Sécurité Sociale dont le bilan du langage oral, les dépistages de l'hépatite B et des troubles de l'audition, l'acte d'ostéodensitométrie	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Vaccins non acceptés par la Sécurité Sociale - **Par année civile et par assuré**	-	20 €	50 €
Dépistage du strabisme et de la surdité avant 3 ans (y compris audiométrie subjective) + bilan allergique **- Par année civile et par enfant assuré**	-	-	30 €
Forfait contraception et sevrage tabagique prescrits (patchs et gommes) **- Par année civile et par assuré**	-	-	40 €
Forfait Objet Connecté E-Santé - **A utiliser sur une période de deux ans par membre participant pour la prise en charge des dépenses liées à l'achat d'un "Objet Connecté E-Santé" tel que défini aux dispositions contractuelles. L'objet connecté E-Santé ne peut en aucun cas consister en un appareil qui ouvrirait autrement droit à prise en charge par le présent contrat. Notamment et de manière non limitative, ne peut être considéré comme un objet connecté E-Santé, un dispositif de correction de la vue ou de l'audition.**	75 €	75 €	75 €

** Tels que définis règlementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale)*
*** À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires, les franchises médicales (sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports), la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L322-5 du Code de la Sécurité sociale, la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel ou de le compléter, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins ainsi que les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.*

Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) incluant le remboursement de celle-ci dans la limite des frais réels. **Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable**.** **On entend par assuré : le membre participant et ses ayants droits assurés au contrat.**	**GPM HOSPI SANTÉ 1**	**GPM HOSPI SANTÉ 2**	**GPM HOSPI SANTÉ 3**
Forfait maladie grave / coup dur			
Forfait à utiliser sur une période de deux années civiles par assuré pour la prise en charge des dépenses suivantes : - Équipement médical spécialisé (dont fauteuil roulant) accepté par la Sécurité Sociale - Chirurgie plastique réparatrice acceptée par la Sécurité Sociale (dont prothèse mammaire ou oculaire) - Acte d'esthétique non contre indiqué par le chirurgien, pratiqué par un professionnel de santé agréé et directement lié à une reconstruction mammaire prise en charge par la Sécurité Sociale, - Prothèse capillaire prescrite et acceptée par la Sécurité Sociale - Séances prescrites de kinésithérapie avec dépassements en cas de maladie grave - Chambre particulière en SSR - Sets de pose contenant le matériel de perfusion à domicile - Matériel de stomies - Cure thermale ALD non prise en charge par la Sécurité Sociale dans les conditions définies aux dispositions contractuelles - Séances d'activités physiques adaptées dans les conditions définies aux dispositions contractuelles ***Toute demande de remboursement de prestations découlant d'une « maladie grave » telle que définie aux dispositions contractuelles pourra être étudiée.*** ***Ces remboursements ne peuvent en aucun cas déroger aux règles et limites posées par le « cahier des charges » des contrats responsables. En particulier, ils ne peuvent permettre le remboursement des dépassements d'honoraires non pris en charge par la garantie au-delà des plafonds contractuels de prise en charge, ni des équipements d'optique ou d'audioprothèse au-delà des plafonds contractuels.***	-	1 000 €	1 000 €
Optique **Un équipement (verres + monture) tous les 2 ans par assuré (sauf pour les enfants de moins de 16 ans et les cas d'évolution de la vue)**			
Équipements 100 % santé* - classe A :	100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente**		
Prestation d'adaptation et d'appairage de la correction visuelle classe A + Supplément pour les verres avec filtre	100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente**		
Équipements - classe B - Tarif libre :			
Équipement verres simples **(forfait par équipement incluant le remboursement de la Sécurité sociale)**	100% BRSS	200 €	300 €
Équipement verres complexes **(forfait par équipement incluant le remboursement de la Sécurité sociale)**	100% BRSS	300 €	400 €
Équipement verres hypercomplexes **(forfait par équipement incluant le remboursement de la Sécurité sociale)**	100% BRSS	400 €	500 €
Dont forfait maximum pour la monture	100% BRSS	75 €	100 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle classe B + Supplément pour les verres avec filtre	100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente**		
Achat mixte (monture / verres) Tarif 100% Santé (classe A) / Tarif libre (classe B)	Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, **dans la limite des prix limites de vente**		
Achat équipement verres hybrides appartenant à la même classe : Par exemple : un verre complexe + un verre hypercomplexe	Le forfait est calculé sur la base de la somme des deux équipements correspondant aux deux verres divisée par deux. Exemple : forfait pour un équipement hybride en GPM HOSPI SANTÉ 2 avec un verre complexe et un verre hypercomplexe. Calcul du forfait : (300 € + 400 €) / 2 = 350 € dont 75 € de monture		
Lentilles de correction prescrites médicalement (y compris celles non acceptées par la Sécurité Sociale pour les formules GPM HOSPI SANTÉ 2 et 3) - **Par année civile et par assuré**	100% BRSS	100 € + versement du ticket modérateur au-delà du plafond annuel pour les lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	100 € + versement du ticket modérateur au-delà du plafond annuel pour les lentilles acceptées par la Sécurité Sociale
Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité Sociale - **Par oeil, par année civile et par assuré**	-	300 €	300 €
Implants oculaires non pris en charge par la Sécurité Sociale - **Par oeil, par année civile et par assuré**	-	600 €	600 €

** Tels que définis règlementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale)*

*** À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires, les franchises médicales (sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports), la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L322-5 du Code de la Sécurité sociale, la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel ou de le compléter, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins ainsi que les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.*

Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) incluant le remboursement de celle-ci dans la limite des frais réels. Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable. On entend par assuré : le membre participant et ses ayants droits assurés au contrat.**	**GPM HOSPI SANTÉ 1**	**GPM HOSPI SANTÉ 2**	**GPM HOSPI SANTÉ 3**
Dentaire **Taux incluant le remboursement de la sécurité sociale**			
Soins dentaires	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Prothèses dentaires 100% santé* - panier 1 :			
Couronnes et bridges prévus par la convention dentaire en vigueur	100% des frais réels **dans la limite des honoraires limites de facturation**		
Couronnes, bridges et autres prothèses (dont Inlay-Onlay) prévus par la convention dentaire en vigueur	100% des frais réels **dans la limite des honoraires limites de facturation**		
Prothèses dentaires - panier 2 (tarif maîtrisé) et panier 3 (tarif libre) :			
Prothèses dentaires (dont Inlay-Onlay) acceptées par la Sécurité Sociale	100% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale **dans la limite de 6 semestres par assuré pour l'ensemble des traitements**	100% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Forfaits pour les prestations non remboursées par la Sécurité Sociale prévus **sur une période de deux années civiles :**			
Prothèses dentaires non acceptées par la Sécurité Sociale **Par prothèse - Limité à 3 prothèses toutes les deux années civiles et par assuré**	-	100 €	200 €
Implantologie **Par implant - Limité à 3 implants toutes les deux années civiles et par assuré**	-	200 €	300 €
Parodontologie / endodontie **Toutes les deux années civiles et par assuré**	-	75 €	100 €
Orthodontie non acceptée par la Sécurité Sociale **Par semestre - Dans la limite de 2 semestres par assuré pour l'ensemble des traitements - Une fois par assuré dans la vie du contrat**	-	-	300 €

** Tels que définis règlementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale)*
*** À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires, les franchises médicales (sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports), la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L322-5 du Code de la Sécurité sociale, la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel ou de le compléter, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins ainsi que les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.*

Article 3 Demande de prestations et pièces justificatives

En cas de naissance ou d'adoption, la demande d'allocation est faite sur papier libre, sur production d'un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou du document attestant de l'adoption. En cas d'enfant mort-né, la production de l'acte d'enfant sans vie délivré par l'Officier d'État Civil est requise.
La prise en charge au titre de la garantie « GPM Objet Connecté E-Santé » ne peut intervenir qu'à réception de la copie de la facture d'achat de l'« Objet Connecté E-Santé » établie au nom du membre participant. La date de la facture doit être postérieure à la date de prise d'effet du contrat.
La prestation prévue dans le cadre du « Forfait maladie grave/coup dur » est versée sous conditions, sur demande expresse du membre participant, sur présentation de la prescription médicale y afférente, d'une facture justifiant de la dépense et de la copie de la notification de l'ALD.

S'agissant de la prise en charge de la cure thermale ALD et des séances de sport adaptées, le membre participant doit fournir à l'organisme assureur la prescription du médecin traitant et les factures y afférentes :

- La facture délivrée par l'organisme où la cure a été effectuée et les factures relatives aux frais de transport et d'hébergement,
- La facture annuelle des séances de sport délivrée par le professionnel ou l'organisme agréé ou habilité dans les conditions fixées par le décret.

S'agissant de l'hébergement temporaire non médicalisé (hôtel hospitalier), le membre participant doit fournir à l'organisme assureur :

- La prescription de l'hôpital relative à l'hébergement,
- La facture de l'hébergeur pour la ou les nuitées effectivement consommées,
- La facture adressée par l'hôpital à l'hébergeur, le cas échéant,
- Le décompte de la Sécurité Sociale (pour les hébergements temporaires non médicalisés pris en charge par la Sécurité Sociale).

Les prestations ne sont pas prises en charge si les justificatifs ne sont pas produits.

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION
CONTRAT COLLECTIF n° FIC20SAN0127 Avt 1
ASSOCIATION GENERALE DES MEDECINS DE FRANCE (AGMF) PREVOYANCE

ASSOCIATION GENERALE DES MEDECINS DE FRANCE (AGMF) PREVOYANCE, Union de mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° SIREN 775 666 340, dont le siège social est situé au 1 Boulevard Pasteur 75015 Paris, a souscrit le contrat collectif n° **FIC20SAN0127**, au profit de ses Adhérents et auprès de **FILASSISTANCE**, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.
Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, Identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

A. CADRE DES GARANTIES

1. COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone	**09 77 40 85 37** (depuis la France)
	+33 9 77 40 85 37 (depuis l'étranger)
Télécopie	**09 77 40 17 87**
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Courriel	assistance.personnes@filassistance.fr

2. QUI PEUT BENEFICIER DES GARANTIES ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s) fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.
Les Bénéficiaires doivent résider en France telle que définie ci-dessous.

3. OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

Les garanties décrites aux articles D.5 1, D.5 2, D.5 3, D.6.1, D.6.2 et D.6.4 s'appliquent en France et à l'Etranger.

La garantie décrite à l'article D.6.3 s'applique uniquement à l'Etranger.
Les autres garanties d'assistance fournies par **FILASSISTANCE** au titre des présentes conditions générales valant Notice d'information, s'appliquent en France telle que définie ci-dessous.
Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent, telle que définie ci-dessous.

4. QUELLE EST LA PERIODE DES GARANTIES ?

Les garanties définies dans le présent Contrat suivent le sort du contrat d'assurance complémentaire santé «**GPM HOSPI SANTE** » de **ASSOCIATION GENERALE DES MEDECINS DE FRANCE (AGMF) PREVOYANCE** auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile, avenant, suspension, résiliation, etc.).
Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Evènement à l'origine de la demande d'assistance survient durant la période de validité du présent Contrat et au plus tôt, à compter du **1er Janvier 2020**.
Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé «**GPM HOSPI SANTE**» de **ASSOCIATION GENERALE DES MEDECINS DE FRANCE (AGMF) PREVOYANCE** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC20SAN0127**.

B. GENERALITES

1. DEFINITIONS

Accident	Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.
Actes de la vie quotidienne	Se lever/ se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son domicile.
Adhérent	Toute personne physique, adhérant au Contrat d'assistance n° **FIC20SAN0127** et qui s'engage à acquitter la cotisation émise aux périodes définies.
Aggravation de la perte d'autonomie	Aggravation de l'état de Dépendance d'une personne attestée par : -le changement de catégorie de l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH), -ou l'évolution des droits pour la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), -ou le changement de classement GIR de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).
Agression	Atteinte volontaire à l'intégrité physique de l'Adhérent
Aidé	Le Proche parent tel que défini ci-dessous de l'Adhérent qui est reconnu dépendant (à partir de GIR 4 au sens de la grille AGGIR).
Aide à domicile	Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.
Animaux de compagnie	Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation **à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ».** Les nouveaux animaux de compagnie : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée). **L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.**
Assuré aidant	L'Adhérent qui aide un de ses Proches parents, devenu dépendant (**à partir de GIR 4 de la grille AGGIR**). L'Assuré aidant apporte une aide quotidienne à son Proche parent pour les Actes de la vie quotidienne. Il doit avoir le même Domicile ou visiter quotidiennement son Proche parent à Domicile.
AGGIR	Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.
Autorité médicale	Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.
Bénéficiaire	Toute personne désignée à l'article 2 du paragraphe A, ci-avant.
Conjoint	Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.
Contrat	Le Contrat collectif d'assistance n° **FIC20SAN0127.**

Dépendance	Etat de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.
Domicile	Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.
Equipe médicale	Médecin de **FILASSISTANCE**.
Equipe médico-psycho-sociale	Médecins de **FILASSISTANCE**, assistantes sociales, psychologues ou conseillers en économie sociale et familiale de **FILASSISTANCE**.
Etablissements de soins publics ou privés	Hôpitaux, cliniques, établissements de convalescence, établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), centres de rééducation, établissements d'HAD (Hospitalisation à domicile), etc… au sein desquels le Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une Autorité médicale.
Etranger	Tout pays situé hors de France, **à l'exclusion des pays formellement déconseillés par le ministère des affaires étrangères français dont la liste est accessible sur le site : https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/**.
Evènement	Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE,** et notamment la Maladie, l'Accident, le décès, etc.
France	France métropolitaine y compris la Corse, les Départements-Régions d'Outre-mer français : Martinique, Guadeloupe, Réunion et Guyane, **à l'exception de Mayotte**. Les Principautés de Monaco et d'Andorre.
Franchise	Part des frais qui reste définitivement à la charge de l'Adhérent.
Handicap	Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).
Hospitalisation	**Sauf stipulation contraire,** tout séjour d'une durée **supérieure à 24 heures**, dans un Etablissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident ou une Maladie.
Hospitalisation ambulatoire	Toute Hospitalisation **de moins de 12 heures sans hébergement de nuit**, **qu'elle soit prévue ou imprévue**, **à l'exception des passages aux urgences**.
Hospitalisation imprévue	Tout séjour imprévu d'une durée supérieure à 24 heures, **hors séjour ambulatoire**, dans un Etablissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident ou à une Maladie et dont la survenance n'était pas connue **dans les 7 jours** avant son déclenchement.
Immobilisation	Toute personne qui suite à une Maladie ou Accident, se trouve dans l'impossibilité provisoire d'effectuer seule certains actes de la Vie quotidienne.
Maladie	Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.
Maladie chronique	Maladie qui évolue lentement et se prolonge dans le temps.
Pathologies lourdes	Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dyalisée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique , complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont l'appréciation est laissée à la charge des médecins de **FILASSISTANCE**.
Proche	Toute personne désignée par l'Adhérent ou par son Conjoint.
Proches parents	Les ascendants et descendants du 1er degré et/ou le Conjoint de l'Adhérent tel que défini ci-dessus.
Titre de transport	Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.
Zone de résidence	- Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine, en Corse ou dans les Principautés de Monaco ou d'Andorre: zone couvrant la France métropolitaine, la Corse et les Principautés de Monaco ou d'Andorre. - Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français: zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le domicile de l'Adhérent.

2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.1. DELIVRANCE DES PRESTATIONS

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (**hors jours fériés**). En cas de rapatriement sanitaire prévu par les garanties d'assistance, **FILASSISTANCE** met en œuvre cette prestation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE,** au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat n° **FIC20SAN0127**. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

Ã défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie, excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

2.2. REGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de **FILASSISTANCE**, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que **FILASSISTANCE** jugerait utile.

Le règlement des prestations interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par **FILASSISTANCE**, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

2.3. CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'Équipe médicale de **FILASSISTANCE**, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'Équipe médicale de FILASSISTANCE.
Afin de permettre à l'Équipe médicale de FILASSISTANCE de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.
Les pièces médicales devront être adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de FILASSISTANCE.

2.4. CONDITIONS SPECIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.
FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans **un délai maximal de 72 heures**.
La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- **D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),**
- **Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.**

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant.
Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.
Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).
En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).
Les prestations d'information juridique dispensées par FILASSISTANCE ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.
Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, **ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.**
La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

2.5. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES TITRES DE TRANSPORT

En cas de transfert sanitaire ou de transport organisé et pris en charge par FILASSISTANCE, le Bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.
A défaut de modification ou d'échange, le Bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à verser les sommes correspondantes à FILASSISTANCE, et ce dans les 90 jours de son retour.
Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le Bénéficiaire pour son retour seront pris en charge par FILASSISTANCE.

3. EXCLUSIONS

3.1. EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.
Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Adhérent ou le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de FILASSISTANCE les conséquences :

- **des frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ;**
- **des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;**
- **du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;**
- **de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement ;**
- **des états résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par l'article R234-1, I 1° du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;**
- **de la participation de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, en tant que concurrent, à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à titre non amateur ;**
- **du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;**
- **des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;**
- **de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances;**
- **de toute restriction à la libre circulation des personnes ;**
- **des cataclysmes naturels ;**
- **des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;**
- **des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;**
- **de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;**
- **la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion ;**
- **d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;**
- **les frais liés aux excédents de poids de bagages lors d'un transport par avion, avec les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent pas être transportés par le Bénéficiaire ;**
- **les frais engagés par le Bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel ;**
- **toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique pour toute autorité ou organisme gouvernemental ou non ;**
- **des séjours dans un pays formellement déconseillé par le ministère des affaires étrangères français *(la liste peut être trouvée sur le site : https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/)* ;**
- **les séjours à l'Etranger, de plus de 90 jours consécutifs, les frais de restauration, de taxi ou d'hôtel qui seraient engagés à l'initiative de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;**
- **d'une inobservation volontaire de la réglementation des pays visités ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales.**

3.2. EXCLUSIONS MEDICALES

FILASSISTANCE ne peut intervenir pour les frais médicaux suivants, engagés en France ou à l'Etranger :

- **les frais médicaux engagés pour un traitement prescrit en France avant le départ à l'Etranger ou après le retour et nécessitant un contrôle médical régulier, sauf cas d'aggravation imprévisible ;**
- **les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à un Accident ou à une maladie survenus à l'Etranger ;**
- **les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux ou d'hospitalisation consécutifs à des pathologies préexistantes et aux complications qui peuvent en découler ;**
- **les frais consécutifs à une tentative de suicide, à l'usage de drogues, stupéfiants, produits**

médicamenteux ou tranquillisants non ordonnées médicalement ou obtenus frauduleusement ;
- les frais occasionnés ainsi que les états pathologiques faisant suite à une Interruption Volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée réalisées à l'Etranger ;
- les frais résultant de la complication d'un état de grossesse ainsi que les frais occasionnés par des états de grossesse au-delà du 6ème mois;
- les frais consécutifs à une maladie chronique, à des maladies ou des troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;
- les transports primaires d'urgence, les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer, ou dans le désert ;
- les frais de rééducation, de kinésithérapie, de chiropraxie ;
- les voyages entrepris à des fins de diagnostic et/ou de traitement ;
- les vaccins et les frais correspondants ;
- les visites médicales de contrôle et les frais y afférents ;
- toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique) ;
- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant ;
- les cures thermales ;
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives et médicales) ;
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact).

3.3. EXCLUSIONS TERRITORIALES

Les garanties ne peuvent jamais trouver à s'appliquer, sauf dispositions dérogatoires expresses :

- **dans un pays en guerre que celle-ci soit internationale ou civile ;**
- **dans un pays sur le territoire duquel a lieu quelque émeute, soulèvement de population, manifestation ou plus généralement tout évènement que ce soit dont l'ampleur rend manifestement toute opération de rapatriement sanitaire impossible ;**

Par ailleurs, toute délivrance de prestation ou de garantie prévue au Contrat devant être effectuée :

- **dans un pays répertorié sur l'une des listes officielles mises à disposition par la Direction Générale du Trésor et librement consultables sur le site internet officiel de cette dernière accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales,**
- **dans un pays répertorié sur l'une des listes officielles mises à disposition par le Groupe d'Action Financière (GAFI) et librement consultables sur le site internet officiel de ce dernier et accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : https://www.fatf-gafi.org/fr/pays/, et plus généralement,**
- **dans un pays faisant l'objet d'une sanction internationale ou dans lequel la délivrance en tout ou partie de la garantie par l'assureur contreviendrait à la réglementation Européenne et Internationale applicables, sera réalisée dans le cadre des dispositions et restrictions spécifiques prévues aux termes de l'une ou l'autre des listes précitées.**

L'Adhérent reconnaît que la réglementation Européenne et Internationale définissant les interdictions et/ou restrictions d'activité commerciale, financière ou bien encore assurancielle dans certains pays ou zones géographiques de la planète, dont les listes officielles telles que notamment celles mises à disposition par la DGT et le GAFI découlent directement, sont susceptibles d' évoluer à tout moment et ainsi entrainer des modifications du périmètre et/ou de la portée des mesures de restriction et/ou d'interdiction prévues aux termes de ces dernières ou, le cas échéant, de toute autre liste officielle s'y ajoutant ou s'y substituant.

A ce titre, en cas de désaccord entre les parties sur l'interdiction faite à FILASSISTANCE de délivrer sa garantie, celles-ci devront se référer à la ou les liste(s) officielle(s) dans leur version en vigueur au regard de la réglementation applicable à la date de survenance du sinistre litigieux.

Dans le cadre de toute opération de virement à l'international ordonnée par FILASSISTANCE, il est entendu entre les parties que la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être recherchée dans l'hypothèse où l'établissement bancaire émetteur auquel FILASSISTANCE s'est adressé refuserait de procéder à l'opération de virement au motif que celle-ci serait contraire à la réglementation Européenne ou Internationale applicable en général ou plus particulièrement incompatible avec l'une de ses politiques internes.

4. SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, FILASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer FILASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

5. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par FILASSISTANCE et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de FILASSISTANCE, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Les informations personnelles de l'Adhérent pourront éventuellement faire l'objet de transferts vers des prestataires ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne pour l'exécution des prestations d'assistance.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, FILASSISTANCE, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données de l'Adhérent seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 Décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

L'Adhérent dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions règlementaires, l'Adhérent peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

L'Adhérent peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

L'Adhérent peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

L'Adhérent pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les

coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, l'Adhérent a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil, 01 53 73 22 22.

6. RESPONSABILITE

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente Notice. A ce titre, **FILASSISTANCE** est tenue d'une obligation de moyens dans la réalisation des prestations d'assistance garanties et il appartiendra à l'Adhérent, de prouver la défaillance de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis de l'Adhérent, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, **FILASSISTANCE** sera responsable des dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard de l'Adhérent, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de **FILASSISTANCE** et un préjudice de l'Adhérent.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et apprécié par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

7. AUTORITE DE CONTROLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

8. RECLAMATIONS

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- par courrier à l'adresse suivante : **FILASSISTANCE** - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- par mail à qualite@filassistance.fr,
- sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée à l'Adhérent dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont l'Adhérent sera informé.

Si le désaccord persiste, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra soit saisir les tribunaux compétents, soit saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance en adressant sa demande :

- par courrier à l'adresse suivante : **Médiation de l'Assurance** TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- sur le site internet www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

9. PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

- **Délai de prescription**

Article L.114-1 :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur 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.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

- **Causes d'interruption de la prescription**

Article L.114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

- **Caractère d'ordre public de la prescription**

Article L.114-3 :

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les Parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

- **Causes ordinaires d'interruption de la prescription :**

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

- **Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait**

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

- **Demande en justice**

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

- **Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée**

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

- **Etendue de la prescription quant aux personnes**

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

- **Saisine du médiateur**

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

10. FAUSSE DECLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.
Les primes payées demeurent alors acquises à **FILASSISTANCE,** qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.
En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraine pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.
Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complétement et exactement déclarés.

11. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

La présente Notice est régie par le droit français.
En cas de litige portant sur la présente Notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

C. TABLEAU SYNOPTIQUE DES PRESTATIONS GARANTIES

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE	
PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHESION	
Informations juridiques	Informations téléphoniques
Prévention burn-out	**3 entretiens téléphoniques maximum par année civile et par Bénéficiaire**
Conseil social	**5 entretiens téléphoniques maximum sur 12 mois consécutifs par Bénéficiaire**
Nutrition prévention santé	**1 entretien téléphonique par année civile et par Bénéficiaire**
Coaching forme	**5 entretiens téléphoniques maximum par année civile et par Bénéficiaire**
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Accompagnement hospitalisation	**2 entretiens téléphoniques**
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION AMBULATOIRE SUIVIE D'UNE IMMOBILISATION SUPERIEURE A 3 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Aide à domicile	**10 heures maximum réparties sur les 5 jours** suivant le début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Aide à domicile	**30 heures maximum réparties sur les 30 jours consécutifs** suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint
Accompagnement au travail	**5 aller/retour maximum par Evènement répartis sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant la date de retour au Domicile ou la date de fin de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint**
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint ***Les garanties ci-dessous doivent être mises en place dans les 30 jours ouvrés consécutifs suivant la date de début ou de fin d'Hospitalisation ou la date de début d'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint***	
- Garde au Domicile	**10 heures maximum par jour dans la limite de 2 jours maximum par Evènement**
- **OU** Transfert des enfants chez un Proche	**1 Titre de transport aller/retour**
- **OU** Venue d'un Proche au Domicile de l'Adhérent	**1 Titre de transport aller/retour**
Accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint à l'école, à la crèche ou au domicile de la nourrice	**5 aller/retour maximum par semaine/par enfant** sur une période de **4 semaines maximum par Evènement suivant la date de début ou de fin d'Hospitalisation ou la date de début d'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint**
Accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint aux activités extrascolaires	**1 aller/retour maximum par semaine/par enfant** sur une période de **4 semaines maximum par Evènement suivant la date de début ou de fin d'Hospitalisation ou la date de début d'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.**
Aide aux devoirs	**2 heures maximum par semaine/par enfant dans la limite de 4 semaines par Evènement suivant la date de début ou de fin d'Hospitalisation ou la date de début d'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.**
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint	
- Garde au Domicile	**30 heures maximum réparties sur les 30 jours** suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint
- **OU** Transfert chez un Proche	**1 Titre de transport aller/retour**
- **OU** Venue d'un Proche au Domicile de l'Adhérent	**1 Titre de transport aller/retour**
Présence d'un Proche au chevet	**1 Titre de transport aller/retour** Séjour à l'hôtel **pendant 2 nuits maximum dans la limite de 50 € TTC par nuit (petit-déjeuner inclus)**
Prise en charge des Animaux de compagnie	Garde à Domicile ou promenade **pendant 15 jours maximum par Evènement**
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 2 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Transfert post-hospitalisation chez un Proche	**200 € TTC maximum par Evènement** Mise en œuvre de la prestation **dans les 5 jours suivant la date de sortie de l'Adhérent ou de son Conjoint de l'hôpital.**
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 14 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Préparation du retour au Domicile	**4 heures maximum par Evènement**
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE SUPERIEURE A 2 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Fermeture du Domicile	**2 heures maximum par Evènement**
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Transport aux rendez-vous médicaux	**2 aller/retour maximum par Evènement**
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 2 JOURS OU EN CAS D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS DE L'ENFANT AGE DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Aide à domicile	**5 heures maximum par Evènement**
Garde ou transfert des autres enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint	
- Garde au Domicile	**30 heures maximum par Evènement réparties sur 2 jours consécutifs** suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation
- **OU** Transfert des enfants chez un Proche	**1 Titre de transport aller/retour**

- **OU** Venue d'un Proche au Domicile de l'Adhérent	**1 Titre de transport aller/retour**
- **OU** Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice	**5 aller/retour maximum par Evènement** pour l'ensemble des enfants **dans un rayon de 25 Km** du Domicile de l'Adhérent
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 14 JOURS DE L'ENFANT AGE DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Ecole à Domicile	**10 heures maximum par semaine dans la limite de 4 semaines par Evènement**
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS DE LA NOURRICE	
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint	
- Garde au Domicile	**30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant la date de début d'Hospitalisation ou d'Immobilisation de la nourrice**
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'AGRESSION DE L'ADHERENT LORS DE L'EXERCICE DE SA PROFESSION	
Accompagnement à l'école, à la crèche ou chez la nourrice des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint	**5 aller/retour maximum par Evènement répartis sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant la date d'Agression de l'Adhérent**
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint ***Les garanties ci-dessous doivent être mises en place dans les 30 jours ouvrés consécutifs suivant la date d'Agression de l'Adhérent***	
- Garde au Domicile	**10 heures maximum par jour dans la limite de 2 jours par Evènement**
- **OU** Transfert des enfants chez un Proche	**1 Titre de transport aller/retour**
- **OU** Venue d'un Proche au Domicile de l'Adhérent	**1 Titre de transport aller/retour**
Ecoute psychologique et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique	**5 entretiens téléphoniques maximum par année civile**
Accompagnement aux déplacements	**4 aller/retour maximum dans la limite de 250 € TTC par Evènement répartis sur les 30 jours suivant l'Evènement**
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint	
- Garde au Domicile	**30 heures maximum réparties sur les 30 jours** suivant l'Evènement
- **OU** Transfert chez un Proche	**1 Titre de transport aller/retour**
- **OU** Venue d'un Proche au Domicile de l'Adhérent	**1 Titre de transport aller/retour**
ASSISTANCE MATERNITE ET/OU GROSSESSE PATHOLOGIQUE	
Les garanties ci-dessous s'appliquent en cas de : ▪ Immobilisation **supérieure à 15 jours** de l'Adhérent ou de son Conjoint pour une grossesse pathologique avec alitement, ▪ Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint **supérieure à 5 jours** suite à un accouchement, ▪ Naissance d'un enfant prématuré (**entre le début de la 25ème semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32ème semaine d'aménorrhée révolue**), ▪ Naissance multiple.	
Aide à domicile	**30 heures maximum réparties sur les 30 jours** suivant l'Evènement
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint	
- Garde au Domicile	**30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Evènement**
- **OU** Transfert des enfants chez un Proche	**1 Titre de transport aller/retour**
- **OU** Venue d'un Proche au Domicile de l'Adhérent	**1 Titre de transport aller/retour**
- **OU** Accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice	**5 aller/retour maximum par Evènement** pour l'ensemble des enfants **dans un rayon de 25 Km** du Domicile de l'Adhérent
Acquisition des gestes du 1er enfant	**4 heures maximum par Evènement réparties sur les 10 jours suivant** le retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint
ASSISTANCE COMPLEMENTAIRE POUR LES PATHOLOGIES LOURDES	
Les garanties ci-dessous s'appliquent en cas de : ▪ Hospitalisation suite à une Pathologique lourde **supérieure à 5 jours** du Bénéficiaire, ▪ Traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie du Bénéficiaire, ▪ Aggravation d'une Pathologie lourde ou nécessitant un des traitements ci-dessus et entraînant une Hospitalisation **supérieure à 10 jours** du Bénéficiaire.	
Enveloppe de services de 50 unités par Bénéficiaire sur une période de 12 mois à compter de la date du premier appel du Bénéficiaire	

	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide à domicile	**1 heure**	**1 unité**
Présence d'un Proche	**1 Titre de transport + hébergement***	**10 unités**
Transport aux RDV médicaux	**1 Titre de transport**	**4 unités**
Livraison de médicaments	**1 livraison**	**2 unités**
Portage de repas	**1 livraison**	**1 unité**
Coiffure à domicile	**1 déplacement**	**1 unité**
Esthéticienne	**1 déplacement**	**1 unité**
Entretien jardin	**1 heure**	**1 unité**
Garde d'enfant	**1 heure**	**2 unités**
Conduite à l'école	**1 Titre de transport par jour**	**4 unités**
Conduite aux activités extrascolaires	**1 Titre de transport par jour**	**4 unités**

*** Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € TTC par nuit.**

Téléassistance	**Frais de mise en service et 3 mois d'abonnement**
Bilan situationnel par un ergothérapeute	**Prise en charge de la venue d'un ergothérapeute dans la limite d'une fois par Evènement**
ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS	
Les garanties ci-dessous sont applicables dans les 12 mois suivant la survenance ou l'aggravation de la perte d'autonomie de l'Aidé.	
Bilan social	**Prise en charge des frais d'un bilan social**
Bilan situationnel par un ergothérapeute	**Prise en charge de la venue d'un ergothérapeute dans la limite d'une fois par Evènement**

ASSISTANCE OBSEQUES	
Les garanties « Rapatriement de corps », « Déplacement d'un Proche sur le lieu de décès », « Retour des accompagnateurs » sont applicables en France et à l'Etranger pour tout séjour à plus de 50 Km du Domicile et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs. Les autres garanties ci-dessous ne s'appliquent qu'en France.	
Rapatriement du corps	**Frais réels**
Déplacement d'un Proche sur le lieu du décès	**1 Titre de transport aller/retour** Séjour à l'hôtel **pendant 2 nuits maximum dans la limite de 50 € TTC par nuit (petit-déjeuner inclus)**
Retour des accompagnateurs	**1 Titre de transport retour**
Aide à la recherche d'un prestataire funéraire	**Mise en relation**
Aide à domicile	**30 heures maximum réparties sur les 30 jours** suivant le décès
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans ou handicapés (sans limite d'âge) de l'Adhérent ou de son Conjoint	
- Garde au Domicile	**30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Evènement**
- **OU** Transfert des enfants chez un Proche	**1 Titre de transport aller/retour**
- **OU** Venue d'un Proche au Domicile de l'Adhérent	**1 Titre de transport aller/retour**
Accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint à l'école	**5 aller/retour maximum sur les 30 jours suivant l'Evènement**
Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint	
- Garde au Domicile	**30 heures maximum réparties sur les 30 jours** suivant l'Evènement
- **OU** Transfert chez un Proche	**1 Titre de transport aller/retour**
- **OU** Venue d'un Proche au Domicile de l'Adhérent	**1 Titre de transport aller/retour**
Prise en charge des Animaux de compagnie	Garde à Domicile ou à l'extérieur **pendant 30 jours maximum par Evènement**
ASSISTANCE VOYAGE ET DEPLACEMENTS	
Les garanties d'assistance ci-dessous s'appliquent en cas d'Accident, de Maladie soudaine survenus lors d'un déplacement non professionnel en France et à l'Etranger à plus de 50 Km du Domicile et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs (à l'exception de la garantie « FRAIS MEDICAUX DENTAIRES ET D'HOSPITALISATION A L'ETRANGER » qui ne s'applique qu'à l'Etranger).	
Rapatriement médical	**Frais réels** **1 Titre de transport aller/retour pour un accompagnant** ***(si le Bénéficiaire est âgé de moins de 16 ans non accompagné)*** **Titre(s) de transport pour les autres Bénéficiaires** ***(s'ils ne peuvent utiliser le moyen de retour initialement prévu)***
Venue sur place d'un accompagnant ***(en cas d'Hospitalisation supérieure à 10 jours du Bénéficiaire)***	**1 Titre de transport aller/retour** Séjour à l'hôtel **pendant 10 nuits maximum dans la limite de 50 € TTC par nuit (petit-déjeuner inclus)**
Frais médicaux dentaires et d'Hospitalisation à l'Etranger	**50 000 € TTC par Bénéficiaire sous déduction de 30 € TTC de franchise** **150 € TTC pour les frais dentaires**
Frais de secours de montagne	**160 € TTC par Evènement**

D. DETAIL DES PRESTATIONS GARANTIES

ASSOCIATION GENERALE DES MEDECINS DE FRANCE (AGMF) PREVOYANCE dispose d'un Service d'Entraide, destiné à ses Adhérents. Ce Service d'Entraide apporte aux Adhérents et à leur famille :

- un accompagnement personnalisé,
- une aide et des conseils adaptés,
- un soutien moral et psychologique,
- un suivi social sur la durée.

Les services décrits ci-dessous aux articles **D 1.1.2, D 1.1.3, D 4.1** pourront être mis en œuvre en lien avec le Service d'Action Sociale de Groupe Pasteur Mutualité suite à un appel auprès de **FILASSISTANCE** au **09 77 40 85 37 (ou + 33 9 77 40 85 37 depuis l'étranger)**. L'Adhérent ou sa famille peut également solliciter directement le Service d'Action Sociale de Groupe Pasteur Mutualité par e-mail à l'adresse entraide@gpm.fr.

D.1 ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

1. PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX BENEFICIAIRES DES L'ADHESION

1.1. INFORMATIONS JURIDIQUES

FILASSISTANCE apporte aide et informations au Bénéficiaire dans les domaines de la vie pratique et juridique :

Renseignements réglementaires

- **Justice** / **défense** / **recours** : à qui vous adresser, comment porter plainte, juridictions civiles, juridictions administratives, juridictions pénales, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, etc.
- **Sociétés** / **commerçants** / **artisans** / **affaires** : professions libérales, professions commerciales et industrielles, professions artisanales, sociétés commerciales, TVA et autres taxes, assurances professionnelles, aide-mémoire de formalités, frais d'installation.
- **Assurances sociales** / **allocations** / **retraites** : salaires, fonction publique, commerce, artisanat, professions libérales, agriculteurs, prestations familiales, accidents du travail, pension de réversion des salariés, pension de réversion des non-salariés, aide sociale, etc.
- **Impôts** / **fiscalité** : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC, BNC, BA, plus-values, charges déductibles, calcul de l'impôt, impôts locaux, réclamations, paiements, contrôles, etc.
- **Famille** : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, émancipation des mineurs, union libre, divorce, succession, décès, handicapés, etc.

Renseignements vie pratique

- **Habitation** / **logement** : acquisition, construction, financement, bail, congés, copropriété, vente, achat en viager, résidence secondaire, urbanisme, expropriation, les professionnels et l'immobilier, organismes à consulter, etc.
- **Consommation :** argent et chèques dans la vie quotidienne, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, l'énergie dans la vie quotidienne, automobile, vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) etc.
- **Vacances** / **loisirs :** Vacances en famille, enfants et adolescents, camping, caravaning, voyages organisés, centres et mouvements de jeunesse, activités de plein air, activités culturelles, loisirs du 3e âge, vacances à l'Etranger, votre argent en vacances, etc.
- **Formalités** / **cartes** / **permis** : état civil, passeport, casiers judiciaires, cartes et permis divers, obligations militaires, déménagements, etc.
- **Les services publics :** EDF/GDF, opérateurs téléphoniques, SNCF, la Mairie, la Préfecture, le Médiateur : pour quels services ? A qui s'adresser ? Comment ?
- **Enseignement** / **formation** : école maternelle, primaire, secondaire, après le baccalauréat, bourses du second degré, aides financières pour étudiants, téléenseignements, collèges et lycées spéciaux, etc.

1.2. PREVENTION BURN OUT

FILASSISTANCE organise et prend en charge une évaluation de la situation de stress au travail.

Un premier échange téléphonique approfondi, réalisé par les psychologues de FILASSISTANCE permettra de poser un diagnostic.
Selon les résultats obtenus, le Bénéficiaire sera invité à consulter un spécialiste pour une prise en charge préventive ou curative.
Les frais de consultation du spécialiste restent à la charge du Bénéficiaire.
Si le Bénéficiaire le souhaite, il pourra être accompagné dans cette démarche par les psychologues de FILASSISTANCE au travers d'entretiens téléphoniques d'accompagnement.
Cette garantie est limitée à 3 entretiens téléphoniques par année civile et par Bénéficiaire.

1.3. CONSEIL SOCIAL

FILASSISTANCE **organise et prend en charge 5 entretiens téléphoniques maximum** par Bénéficiaire sur une **période de 12 mois consécutifs** avec un travailleur social.
Le travailleur social évaluera les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifiera les priorités et proposera au Bénéficiaire des solutions adaptées à sa situation.

1.4. NUTRITION PREVENTION SANTE

A la demande du Bénéficiaire, FILASSISTANCE le met en relation **une fois par année civile**, avec un diététicien pour bénéficier de conseils diététiques par téléphone et prévenir les risques liés à son alimentation.
Les frais de consultation ainsi que le bilan nutritionnel qui pourra être réalisé sont à la charge du Bénéficiaire.

1.5. COACHING FORME

FILASSISTANCE organise et prend en charge, un service téléphonique individuel de mise à l'activité physique ou sportive pour le Bénéficiaire.
Le programme permet de réaliser un bilan à distance suivi d'un accompagnement motivationnel et de conseils téléphoniques réalisés par un éducateur en activité physique adaptée.
FILASSISTANCE **prend en charge 5 entretiens téléphoniques maximum par année civile et par Bénéficiaire**.

2. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

2.1. ACCOMPAGNEMENT HOSPITALISATION

L'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE propose à l'Adhérent ou à son Conjoint un accompagnement personnalisé lors de son Hospitalisation.
Cet accompagnement est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques qui permettent à l'équipe médico-sociale de faire le point avec l'Adhérent ou son Conjoint, de lui apporter des conseils adaptés à sa situation et de répondre à ses questions.

A la demande de l'Adhérent ou de son Conjoint :

- J-4 (avant l'Hospitalisation): un entretien téléphonique avec l'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE pourra être organisé et permettra à l'Adhérent ou à son Conjoint de bien préparer son séjour à l'hôpital et anticiper sa sortie, en abordant les thèmes tels que : anesthésie, formalités, gestion de l'anxiété, aides nécessaires au retour au domicile (financement des aides et mise en place des services d'assistance **à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint**).
- J+1 (suivant la date de retour au Domicile) : un entretien téléphonique avec l'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE pourra être organisé pour favoriser le bon rétablissement de l'Adhérent ou de son Conjoint, en abordant les thèmes tels que : surveillance des principaux signes cliniques et symptômes (douleur, fièvre, cicatrice, nausées…), compréhension des ordonnances de sortie et mise en place d'un suivi médical, conseils hygiéno-diététique, reprise de l'activité quotidienne…

L'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE pourra réorienter l'Adhérent ou son Conjoint vers un psychologue.

Un délai de 72 heures ouvrables est nécessaire pour la prise de rendez-vous téléphonique avec l'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE.

3. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION AMBULATOIRE SUIVIE D'UNE IMMOBILISATION SUPERIEURE A 3 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

3.1. AIDE A DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.
FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à FILASSISTANCE **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.
- **La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de** FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE **prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur de 10 heures maximum réparties sur les 5 jours suivant le début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.**

4. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

4.1. AIDE A DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.
FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à FILASSISTANCE **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.
- **La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de** FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE **prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur de 30 heures maximum réparties sur les 30 jours consécutifs suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation ou la date de fin de l'Hospitalisation ou de début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.**

4.2. ACCOMPAGNEMENT AU TRAVAIL

Suite à l'Hospitalisation ou à l''Immobilisation et si l'état de santé de l'Adhérent ou de son Conjoint le permet, FILASSISTANCE organise et prend en charge son accompagnement en taxi de son Domicile à son lieu de travail **dans la limite de 5 aller/retour par Evènement**.
La distance entre le Domicile de l'Adhérent et le lieu de travail ne doit pas être supérieure à 30 Km.
Cette garantie doit être mise en place dans les 30 jours ouvrés consécutifs suivant la date de retour au Domicile ou la date de fin de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.

4.3. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants **âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour dans la limite de 2 jours par Evènement** ;
- OU le transfert des enfants, chez un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

Les garanties ci-dessus doivent être mises en place dans les 30 jours ouvrés consécutifs suivant la date de début ou

de fin d'Hospitalisation ou la date de début d'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.

4.4. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT A L'ECOLE, A LA CRECHE OU AU DOMICILE DE LA NOURRICE

Si personne ne peut assurer l'accompagnement des enfants **âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur conduite soit à l'école, soit à la crèche soit au domicile de la nourrice et leur retour au Domicile de l'Adhérent.
La prise en charge est limitée à 5 aller/retour par semaine par enfant, sur une période de 4 semaines maximum par Evènement.
La distance entre le Domicile de l'Adhérent et l'école, la crèche ou le Domicile de la nourrice ne doit pas être supérieure à 25 Km.
Cette garantie doit être mise en place dans les 30 jours ouvrés consécutifs suivant la date de début ou de fin d'Hospitalisation ou la date de début d'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.

4.5. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT AUX ACTIVITES EXTRASCOLAIRES

Si personne ne peut assurer l'accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur conduite aux activités extrascolaires et leur retour au Domicile de l'Adhérent.
La prise en charge est limitée à un aller/retour par semaine par enfant, sur une période de 4 semaines maximum par Evènement suivant la date de début ou de fin d'Hospitalisation ou la date de début d'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.

4.6. AIDE AUX DEVOIRS

FILASSISTANCE organise et prend en charge **à compter du 1er jour d'Hospitalisation ou d'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint,** le soutien pédagogique de leur enfant du cours primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), **au Domicile de l'Adhérent, du lundi au vendredi, à raison de 2 heures maximum par semaine par enfant dans la limite 4 semaines par Evènement suivant la date de début ou de fin d'Hospitalisation ou la date de début d'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint, hors vacances scolaires et jours fériés.**
Cette prestation est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 km du Domicile de l'Adhérent.
En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire tel que défini par le Ministère de l'Education Nationale.

4.7. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DEPENDANTS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, FILASSISTANCE organise et prend **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours** suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint ;
- OU le transfert des ascendants, chez un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

4.8. PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un Proche résidant dans la même Zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**, afin de se rendre au chevet de l'Adhérent ou de son Conjoint**.**

FILASSISTANCE **prend également en charge l'hébergement du Proche sur place pendant 2 nuits maximum (petit déjeuner inclus) dans la limite 50 € TTC par nuit**.

4.9. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE **organise et prend en charge** (**hors frais de toilettage et de soins vétérinaires), pendant la période d'Hospitalisation ou d'Immobilisation,** la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile ou bien la promenade des Animaux de compagnie.
La prise en charge de la garde ou de la promenade de ces animaux ne peut excéder une période de 15 jours maximum par Evènement.

5. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 2 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

5.1. TRANSFERT POST-HOSPITALISATION CHEZ UN PROCHE

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'Adhérent ou de son Conjoint depuis son Domicile vers le domicile d'un Proche résidant dans la même Zone de résidence de l'Adhérent, **dans la limite de 200 € TTC par Evènement et par année civile**.
Cette prestation doit être mise en œuvre dans les 5 jours suivant la date de sortie de l'Adhérent ou de son Conjoint de l'Hôpital.

6. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 14 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

6.1. PREPARATION DU RETOUR AU DOMICILE

Si aucun Proche de l'Adhérent ou de son Conjoint n'est présent localement, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un intervenant qualifié **dans la limite de 4 heures par Evènement** pour permettre un retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint dans les meilleures conditions.
Cette prestation comprend :

- La réouverture du Domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,
- La mise en température du chauffage du logement,
- Le ménage,
- Les courses, **le coût des courses demeurant à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint**.

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'Adhérent ou de son Conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

FILASSISTANCE **intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation.**
Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.
Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'Adhérent ou de son Conjoint **et sous réserve qu'il ait été missionné 48 heures avant la sortie de l'hôpital, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au Domicile.**

7. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE SUPERIEURE A 2 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

7.1. FERMETURE DU DOMICILE

Si aucun Proche de l'Adhérent ou de son Conjoint n'est présent localement, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un intervenant qualifié **dans la limite de 2 heures par Evènement** afin de s'assurer que le Domicile de l'Adhérent soit apte à rester fermé pendant une durée indéterminée.
Cette prestation comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets…,
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques…,
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo…

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'Adhérent ou de son

Conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.
FILASSISTANCE intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation.
Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

8. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

8.1. TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MEDICAUX

Si l'état de santé de l'Adhérent ou de son Conjoint le permet, FILASSISTANCE organise et prend en charge son accompagnement non médicalisé au lieu de son rendez-vous médical **dans la limite de 2 aller/retour par Evènement**.
La distance entre le Domicile de l'Adhérent et le lieu du rendez-vous médical ne doit pas être supérieure à 25 Km.

9. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 2 JOURS OU EN CAS D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS DE L'ENFANT AGE DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

9.1. AIDE A DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.
FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à FILASSISTANCE **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.
- **La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé de l'enfant et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.**

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur de 5 heures maximum pendant la période d'Hospitalisation ou d'Immobilisation de l'enfant.

9.2. GARDE OU TRANSFERT DES AUTRES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des autres enfants **âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- OU le transfert des enfants, chez un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
  - OU la venue d'un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport** ;
  - OU l'accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice, **dans la limite de 5 aller/retour par Evènement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 Km maximum du Domicile de l'Adhérent**.

10. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 14 JOURS DE L'ENFANT AGE DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

10.1. ECOLE A DOMICILE

FILASSISTANCE organise et prend en charge **à compter du 1er jour de l'Immobilisation de l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint,** le soutien pédagogique de leur enfant du cours primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), **au Domicile de l'Adhérent ou au Domicile d'un Proche résidant dans la même Zone de résidence de l'Adhérent (si l'enfant doit être transféré chez un Proche éloigné géographiquement de son école), du lundi au vendredi, à raison de 10 heures maximum par semaine dans la limite 4 semaines maximum par Evènement, hors vacances scolaires et jours fériés.**
Cette prestation s'applique pendant la période d'Immobilisation et est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 km du Domicile de l'Adhérent.
En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire tel que défini par le Ministère de l'Education Nationale.
Cette prestation ne s'applique pas pour les cas de phobie scolaire ou d'affection de longue durée.
Un certificat médical devra être adressé à l'équipe médicale de FILASSISTANCE avant la mise en œuvre de la prestation garantie, indiquant la nature de la Maladie ou de l'Accident et précisant que l'enfant, ne peut compte tenu de cette Maladie/Accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son Immobilisation.

11. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 2 JOURS OU D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS DE LA NOURRICE

11.1. GARDE DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants **âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile et qu'ils ne peuvent pas rester seuls, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde à Domicile **dans la limite de 30 heures maximum par Evénement suivant la date de début d'Hospitalisation ou d'Immobilisation de la nourrice.**
Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation.

12. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'AGRESSION DE L'ADHERENT LORS DE L'EXERCICE DE SA PROFESSION

12.1. ACCOMPAGNEMENT A L'ECOLE, A LA CRECHE OU CHEZ LA NOURRICE DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut assurer l'accompagnement des enfants **âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint, **FILASSISTANCE organise et prend en charge leur retour à Domicile depuis l'école, la crèche ou le domicile de la nourrice**.
FILASSISTANCE prend en charge 5 aller/retour maximum par Evènement répartis sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant la date d'Agression de l'Adhérent, pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 Km maximum du Domicile de l'Adhérent.

12.2. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants **âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour maximum dans la limite de 2 jours par Evènement** ;
- OU le transfert des enfants, chez un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport.**

Les garanties ci-dessus doivent être mises en place dans les 30 jours ouvrés consécutifs suivant la date d'Agression de l'Adhérent.

12.3. ECOUTE ET AIDE A LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

FILASSISTANCE met en relation l'Adhérent avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.
FILASSISTANCE prend en charge 5 entretiens téléphoniques maximum par année civile.

12.4. ACCOMPAGNEMENT AUX DEPLACEMENTS

Si l'état de santé de l'Adhérent le permet, FILASSISTANCE organise et prend en charge son accompagnement aux déplacements **dans la limite 4 aller/retour répartis sur mes 30 jours suivant l'Evènement avec un maximum de 250 € TTC par Evènement**.

12.5. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DEPENDANTS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, FILASSISTANCE organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours suivant l'Evènement** ;
- OU le transfert des ascendants, chez un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un Proche dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

D.2 ASSISTANCE MATERNITE ET/OU GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Les garanties ci-dessous s'appliquent en cas de :

- Immobilisation **supérieure à 15 jours** de l'Adhérent ou de son Conjoint pour une grossesse pathologique avec alitement,
- Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint **supérieure à 5 jours** suite à un accouchement,
- Naissance d'un enfant prématuré (**entre le début de la 25ème semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32ème semaine d'aménorrhée révolue**),
- Naissance multiple.

1. AIDE A DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.
FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à FILASSISTANCE **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.
- **La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.**

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur de 30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Evènement.

2. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants **âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **FILASSISTANCE** selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant l'Evènement** ;
- OU le transfert des enfants, chez un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport** ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice, **dans la limite de 5 aller/retour par Evènement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 Km maximum du Domicile de l'Adhérent**.

3. ACQUISITION DES GESTES 1ER ENFANT

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'envoi d'un technicien d'intervention sociale et familiale (TISF) à son domicile pour faciliter l'acquisition des gestes liés à la maternité.
Le nombre d'heures attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et ne pourra dépasser 4 heures par Evènement réparties sur les 10 jours suivant le retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint.

D.3 ASSISTANCE COMPLEMENTAIRE POUR LES PATHOLOGIES LOURDES

Les garanties ci-dessous s'appliquent en cas de :

- Hospitalisation **suite à une Pathologique lourde supérieure à 5 jours** du Bénéficiaire,
- Traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie du Bénéficiaire,
- Aggravation d'une Pathologie lourde ou nécessitant un des traitements ci-dessus et entraînant une Hospitalisation **supérieure à 10 jours** du Bénéficiaire.

1. ENVELOPPE DE SERVICES

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une enveloppe de services **limitée à 50 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois à compter de la date du premier appel du Bénéficiaire**.
Une seule enveloppe de services est accordée sur une même période de 12 mois.
Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.
Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord au Bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

Enveloppe de services pour le Bénéficiaire
Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide à domicile	**1 heure**	**1 unité**
Présence d'un Proche	**1 Titre de transport + hébergement***	**10 unités**
Transport aux RDV médicaux	**1 Titre de transport**	**4 unités**
Livraison de médicaments	**1 livraison**	**2 unités**
Portage de repas	**1 livraison**	**1 unité**
Coiffure à domicile	**1 déplacement**	**1 unité**
Esthéticienne	**1 déplacement**	**1 unité**
Entretien jardin	**1 heure**	**1 unité**
Garde d'enfant	**1 heure**	**2 unités**
Conduite à l'école	**1 Titre de transport par jour**	**4 unités**
Conduite aux activités extrascolaires	**1 Titre de transport par jour**	**4 unités**

**** Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € TTC par nuit**.*

2. TELEASSISTANCE

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint un appareil de téléassistance qui sécurise son maintien à domicile.
D'un simple geste, il peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.
24H/24 et 7J/7, l'Adhérent ou son Conjoint peut bénéficier d'une écoute par les équipes d'assistance qui, si nécessaire, feront appel aux structures d'urgence pour lui porter secours sans prendre en charge les frais liés aux interventions.
FILASSISTANCE **prend en charge les frais de mise en service d'un appareil par foyer ainsi que trois mois d'abonnement.**
Si le Domicile de l'Adhérent est situé :

- en France Métropolitaine, FILASSISTANCE **organise et prend en charge** la mise à disposition du service de téléassistance **sous réserve de la remise d'un RIB à** FILASSISTANCE,
- dans un DROM, dans la Principauté de Monaco ou d'Andorre, FILASSISTANCE rembourse le mois d'abonnement de téléassistance et les frais de mise en service **sous réserve de la réception des factures justifiant des frais engagés**.

3. BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHERAPEUTE

FILASSISTANCE **organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute, une fois par Evènement, au Domicile de l'Adhérent**.
Cette prestation prend en compte l'évaluation de l'Adhérent ou de son Conjoint dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie).
Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du Domicile et sera remis à l'Adhérent/son Conjoint.

D.4 ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS

Les garanties ci-dessous sont applicables dans les 12 mois suivant la survenance ou l'aggravation de la perte d'autonomie de l'Aidé.

1. BILAN SOCIAL

Sur demande de l'Assuré aidant, FILASSISTANCE **organise et prend en charge un bilan social**, réalisé par un travailleur social.
Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'Aidé en prenant en compte sa ou ses problématiques.
Il identifie avec l'Assuré Aidant les solutions les plus adaptées à la situation :

- Choix du lieu de vie,
- Recherche des aides financières possibles,
- Identification les ressources locales (accueil de jours, associations…),
- Mise en place de l'organisation la plus pertinente,
- Identification des priorités et envoi d'une synthèse à l'aidant, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

2. BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHERAPEUTE AU DOMICILE

FILASSISTANCE **organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute, une fois par Evènement, au domicile de l'Aidé**.
Cette prestation prend en compte l'évaluation de l'Aidé dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie).
Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile et qui sera remis à l'Assuré aidant ou à l'Aidé.

D.5 ASSISTANCE OBSEQUES

Les garanties « Rapatriement de corps », « Déplacement d'un Proche sur le lieu de décès » et « Retour des accompagnateurs » sont applicables en France et à l'Etranger pour tout séjour à plus de 50 Km du Domicile et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs. Les autres garanties ci-dessous ne s'appliquent qu'en France.

1. RAPATRIEMENT DE CORPS

En cas de décès d'un Bénéficiaire, FILASSISTANCE **organise et prend en charge le transport du corps**.
Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France, situé dans la zone de résidence du Bénéficiaire.
La prise en charge inclut **les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès**.
Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille du défunt.

2. DEPLACEMENT D'UN PROCHE SUR LE LIEU DU DECES

Si la présence d'un Proche sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du Bénéficiaire décédé, FILASSISTANCE **organise et prend en charge** le transport d'un Proche habitant dans la même Zone de résidence que celle du Bénéficiaire, **en mettant à sa disposition un Titre de transport**.
FILASSISTANCE **prend également en charge l'hébergement du Proche sur place pendant 2 nuits maximum (petit déjeuner inclus) dans la limite 50 € TTC par nuit**.

3. RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS

FILASSISTANCE **organise et prend en charge** le transport des autres Bénéficiaires par le moyen le plus approprié, **dès lors que ceux-ci ne peuvent utiliser les moyens prévus pour leur retour au Domicile**.

4. AIDE A LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNERAIRE

Sur demande, FILASSISTANCE communique aux proches du Bénéficiaire défunt, les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour les aider à organiser les obsèques.
Les frais engagés restent à la charge des proches du Bénéficiaire défunt.

5. AIDE A DOMICILE

Suite au décès d'un Bénéficiaire, FILASSISTANCE met à disposition des autres Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.
Avant la mise en œuvre de la prestation, un acte de décès devra être adressé à FILASSISTANCE.
La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de la situation de famille des Bénéficiaires, par le service médical de FILASSISTANCE.
FILASSISTANCE **prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur 30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours ouvrés suivant le décès du Bénéficiaire.**

6. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS OU HANDICAPES (SANS LIMITE D'AGE) DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des enfants **âgés de moins de 16 ans ou handicapés** de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au Domicile, FILASSISTANCE **organise et prend en charge l'une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures maximum par Evènement réparties sur les 30 jours suivant l'Evènement** ;
- OU le transfert des enfants, chez un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport.**

7. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT A L'ECOLE

Si personne ne peut assurer l'accompagnement des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint, FILASSISTANCE **organise et prend en charge leur conduite à l'école**.

La prise en charge est limitée à 5 aller/retour par semaine par enfant, sur une période de 30 jours suivant l'Evènement.

La distance entre le Domicile de l'Adhérent et l'école ne doit pas être supérieure à 25 Km.

8. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DEPENDANTS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, FILASSISTANCE **organise et prend en organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous**, choisie par l'Adhérent ou par son Conjoint :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et **ne pourra dépasser 30 heures maximum par Evènement réparties sur 30 jours suivant l'Evènement** ;
- OU le transfert des ascendants, chez un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un Titre de transport** ;
- OU la venue d'un Proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **un Titre de transport**.

9. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE **organise et prend en charge** (**hors frais de toilettage et de soins vétérinaires)** la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des Animaux de compagnie.

La prise en charge de la garde de ces animaux ne peut excéder une période de 30 jours maximum par Evènement.

D.6 ASSISTANCE VOYAGE ET DEPLACEMENTS

Les garanties d'assistance ci-dessous s'appliquent en cas d'Accident, de Maladie soudaine survenus lors d'un déplacement non professionnel en France et à l'Etranger à plus de 50 Km du Domicile et dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs (à l'exception de la garantie « FRAIS MEDICAUX DENTAIRES ET D'HOSPITALISATION A L'ETRANGER» qui ne s'applique qu'à l'Etranger).

1. RAPATRIEMENT MEDICAL

Lorsque les médecins de FILASSISTANCE, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident du rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié).

Les choix concernant les modalités de cette assistance médicale relèvent en tout état de cause de l'appréciation souveraine du médecin de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE **organise le retour du Bénéficiaire à son Domicile ou dans un hôpital, adapté proche de son domicile et prend en charge le coût de ce transport.**

FILASSISTANCE **ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.**

Si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, FILASSISTANCE **organise et prend en charge le retour des autres Bénéficiaires à leur domicile.**

Lorsque le rapatriement concerne un **enfant âgé de moins de 16 ans non accompagné**, FILASSISTANCE **organise et prend en charge** systématiquement **un Titre de transport** pour un Proche habitant dans la même Zone de résidence du Bénéficiaire, afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement.

Lorsque le voyage d'un Proche est impossible, FILASSISTANCE fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

2. VENUE SUR PLACE D'UN ACCOMPAGNANT

Lorsque le Bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé **sur place pour une durée supérieure à 10 jours**, FILASSISTANCE **organise et prend en charge** le transport d'un Proche habitant dans la même Zone de résidence que celle du Bénéficiaire, **en mettant à sa disposition un Titre de transport**.

FILASSISTANCE **prend également en charge l'hébergement du Proche sur place pendant 10 nuits maximum (petit déjeuner inclus) dans la limite 50 € TTC par nuit**.

3. FRAIS MEDICAUX DENTAIRES ET D'HOSPITALISATION A L'ETRANGER

Attention : pour les sinistres survenus dans un état de l'Union Européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse, la mise en œuvre de cette garantie est subordonnée à la détention par le Bénéficiaire de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (ce document est délivré, sur demande de l'assuré social, par la Caisse primaire d'assurance maladie). Il appartient donc au Bénéficiaire de procéder, avant son départ en voyage, à l'ensemble des démarches nécessaires en vue d'obtenir cette carte.

FILASSISTANCE, en complément des prestations dues par les organismes sociaux français, la mutuelle ou tout autre organisme de prévoyance individuelle ou collective dont bénéficie le Bénéficiaire, prend en charge, **déduction faite d'une franchise de 30 €**, les frais médicaux et d'Hospitalisation engagés sur place **à concurrence de 50 000 € TTC par Bénéficiaire**, **sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie.**

Ce plafond est ramené à 150 € TTC pour les soins dentaires d'urgence.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins de FILASSISTANCE et seront **limités à la période pendant laquelle ils jugeront le Bénéficiaire intransportable.**

Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux, ces frais médicaux, dentaires et d'Hospitalisation font l'objet d'une avance **dans la limite de 50 000 € TTC pour les frais médicaux et d'Hospitalisation et dans la limite de 150 € TTC pour les soins dentaires d'urgence**.

Le Bénéficiaire s'engage à effectuer, **dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, et à transmettre à** FILASSISTANCE **les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus des organismes sociaux.**

La garantie cesse automatiquement à la date où FILASSISTANCE **procède au rapatriement du Bénéficiaire.**

Le Bénéficiaire doit joindre sous pli confidentiel à l'attention du Directeur Médical de FILASSISTANCE, le certificat médical initial précisant la nature de l'Accident ou de la Maladie et tout autre certificat demandé par FILASSISTANCE. A défaut, FILASSISTANCE ne pourra pas procéder au remboursement.

▪ Exclusions spécifiques à pris en charge complémentaire des frais médicaux

Les exclusions communes à toutes les garanties du présent contrat et les exclusions spécifiques à l'assistance médicale sont applicables.

En outre ne pourront donner lieu ni à avance, ni à remboursement, ni à prise en charge, les frais :

• de vaccination ;

• de prothèse, d'appareillage, de lunettes et de verres de contact ;

• de traitements et d'interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutifs à un Accident ;

• de cures, séjours en maison de repos et de rééducation.

4. FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

En cas d'Accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, **dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive**, FILASSISTANCE **prend en charge les frais de secours** appropriés du lieu de l'Accident jusqu'à la structure médicale adaptée, **à l'exception des frais de recherche, dans la limite de 160 € TTC par Evènement.**

A l'Etranger, FILASSISTANCE **prend en charge les frais de secours en montagne**, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski, **à l'exception des frais de recherche, dans la limite de 160 € TTC par Evènement.**



Statuts AGMF PREVOYANCE

Statuts applicables à compter du 1er janvier 2026

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

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

CHAPITRE 1er : FORMATION ET OBJET

ARTICLE 1ER - DÉNOMINATION ET SIÈGE

Une Union de Mutuelles appelée "Association Générale des Médecins de France - Prévoyance" est établie à PARIS 15ème, 1 Boulevard Pasteur.

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

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

ARTICLE 2 – OBJET

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

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

Elle accepte les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance.

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

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

1) Accidents (prestations forfaitaires, indemnitaires et combinaison)

2) Maladie (prestations forfaitaires, indemnitaires et combinaison)

20) Vie-décès

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 3 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

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

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

ARTICLE 4 - RÈGLEMENTS DES GARANTIES

Des règlements des garanties, adoptés par le Conseil d'Administration dans le respect des règles générales relatives aux opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale, déterminent, par branche d'assurance, le contenu des engagements contractuels entre l'Union et les membres participants des groupements adhérents et les membres honoraires.

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

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

ARTICLE 5 - REGLEMENT PREVENTION

Un ou plusieurs règlements « prévention » adoptés par le Conseil d'Administration déterminent, le contenu des engagements réciproques entre l'Union et les membres participants et les groupements adhérents en matière d'actions et/ou prestations de prévention.

Le Conseil d'Administration détermine en accessoire de quelle(s) garanties d'assurance individuelle(s) et/ou collective(s) sont proposées les actions et/ou prestations de prévention.

ARTICLE 6 RESPECT DE L'OBJET SOCIAL

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

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

SECTION I - CONDITIONS D'ADMISSION

ARTICLE 7 – CONDITIONS D'ADMISSION

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

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

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

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

ARTICLE 8 - ASSURÉS, BÉNÉFICIAIRES, AYANTS-DROIT

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

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

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

ARTICLE 9 – LOGO DU GROUPE

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

ARTICLE 10 - FUSION OU SCISSION DES MEMBRES ADHÉRENTS
Lorsque deux ou plusieurs groupements mutualistes adhérents à l'Union fusionnent entre eux, l'organisme résultant de la fusion est de plein droit adhérent de l'Union. Il en va de même lorsqu'un groupement mutualiste adhérent absorbe un autre groupement mutualiste non adhérent.
Lorsqu'un groupement mutualiste adhérent est absorbé par un autre groupement mutualiste non adhérent, l'organisme issu de la fusion doit solliciter son admission auprès du Conseil d'Administration. Lorsqu'un groupement mutualiste adhérent se scinde en plusieurs groupements mutualistes, les organismes issus de la scission sont de plein droit adhérents à l'Union, sauf à présenter leur démission dans les conditions énoncées à l'article 11.

SECTION II - DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 11 - DÉMISSION
La démission est notifiée à l'Union par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Président du Conseil d'Administration.

ARTICLE 12 - RADIATION
Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration.
Sont également radiés les membres qui n'ont pas payé la contribution visée à l'article 69 ci-après au 31 décembre de l'exercice écoulé. En ce cas, la radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée. La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de quinze jours à compter de sa réception. Il peut toutefois être sursis par le Conseil à l'application de cette mesure pour les membres participants qui établissent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.
Peuvent aussi être radiés les membres de l'Union dont les membres participants ne font plus appel aux services de l'Union
Le membre dont la radiation est envisagée pour ce motif est invité à présenter ses observations sur la mesure envisagée par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée quinze jours au moins avant que la mesure soit décidée.

ARTICLE 13 - EXCLUSION
Peuvent être exclus les membres de l'Union qui auraient causé volontairement à ses intérêts un préjudice dûment constaté ou qui refusent de se soumettre aux obligations prévues par les présents statuts.
Le membre de l'Union dont l'exclusion est proposée pour l'un de ces motifs est convoqué devant le Conseil d'Administration, par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée quinze jours au moins avant la date prévue, pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.
S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée pour le plus prochain conseil.
S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 14 - CONSÉQUENCES DE LA CESSATION D'ADHÉSION
La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations et subventions versées.

CHAPITRE 3 – DISSOLUTION VOLONTAIRE

ARTICLE 15 - CONDITIONS DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE
La dissolution volontaire ne peut être décidée que si les conditions de quorum et de majorité prévues à l'article 23 sont réunies. Tout projet de dissolution inscrit à l'ordre du jour est accompagné d'un rapport de son auteur exposant les raisons de cette dissolution et les dispositions qu'il est proposé de prendre conformément à la loi et aux présents statuts.

ARTICLE 16 - CONSÉQUENCES DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE
L'Assemblée Générale qui vote la dissolution désigne un ou plusieurs liquidateurs. Si aucun liquidateur n'est désigné par l'Assemblée, le Président en fonction saisit sans délai le Président du Tribunal de Grande Instance en référé pour qu'il en désigne un ou plusieurs.
Les fonctions des Administrateurs cessent avec la désignation du ou des liquidateurs.
Les liquidateurs ont tous les pouvoirs qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale pour procéder aux opérations de liquidation. Ils se conforment aux exigences de l'article L. 212-14 du Code de la mutualité et rendent compte de leurs opérations au Commissaire aux comptes.
Les liquidateurs convoquent une Assemblée Générale chargée d'approuver les comptes de la liquidation. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par l'Assemblée Générale dans les conditions énoncées à l'article L. 113-4 du Code de la mutualité à d'autres mutuelles, unions ou fédérations, ou le fonds de solidarité et d'action mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 dudit code, ou le fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1. 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 susvisé.

TITRE II – ADMINISTRATION DE L'UNION

CHAPITRE 1er - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTIONS

ARTICLE 17 - COMPOSITION
L'Assemblée Générale est composée des délégués des groupements mutualistes adhérents. Les délégués sont élus ou désignés par le groupement mutualiste qu'ils représentent dans les conditions fixées par les statuts de ces groupements.
Chaque délégué ne dispose que d'une seule voix.

ARTICLE 18 - NOMBRE DE DÉLÉGUÉS
Chaque groupement est représenté à l'Assemblée Générale par un délégué pour 0,314% du chiffre d'affaires prévoyance et complémentaire santé des contrats individuels et collectifs d'AGMF Prévoyance (hors acceptations) généré par ses membres participants. Pour les membres en situation de multiple appartenance, l'assiette ainsi définie est répartie à part égale entre les mutuelles d'appartenance.
Le chiffre d'affaires retenu est celui de l'exercice précédent.
Le calcul du nombre de délégués est arrondi à l'entier le plus proche avec un minimum de 2 délégués et un maximum de 20.
Le nombre de délégués ainsi obtenu ne peut toutefois être inférieur à celui calculé à raison d'un délégué pour 1000 membres participants titulaires d'un ou plusieurs contrats individuels ou collectifs souscrits auprès d'AGMF Prévoyance arrondi à l'entier le plus proche et excéder un maximum de 20 délégués.
L'effectif pris en compte est celui du 31 décembre précédent.
Deux mois au moins avant l'Assemblée Générale Ordinaire, le Président du Conseil d'Administration notifie à chacun des organismes membres le nombre de délégués appelés à les représenter. Le nombre de délégués ainsi calculé reste valable jusqu'à la prochaine Assemblée Générale Ordinaire.
L'Assemblée Générale ordinaire est celle qui est appelée à statuer sur les comptes de l'exercice précédent.
Les groupements adhérents élisent ou désignent leurs délégués.
Un mois au moins avant la date prévue pour l'Assemblée Générale Ordinaire, chaque groupement adhérent notifie à l'Union, selon les modalités déterminées par le Président ou le Secrétaire Général le nom et l'adresse de ses délégués. Il incombe au Président de chaque groupement adhérent de s'assurer de la bonne réception par l'Union de cette notification.
En cas de regroupement de mutuelles par voie de fusion ou de dissolution avec dévolution de l'actif et du passif à une autre mutuelle membre de l'Union, le nombre de délégués issus de ce regroupement ne pourra pas être inférieur au nombre total de délégués auquel chacune des mutuelles avait droit à l'Assemblée Générale précédant le regroupement. Cette disposition transitoire s'appliquera jusqu'à la tenue de la troisième Assemblée Générale d'approbation des comptes qui suivra le regroupement. À l'expiration de ce délai, il sera fait application des alinéas 1 à 4 du présent article.

SECTION II - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 19 - CONVOCATIONS
L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration, ou dans les conditions prévues à l'article L. 114-8 du Code de la mutualité.
Sauf refus exprès du membre de l'Assemblée, la convocation aux Assemblées générales est réalisée par l'envoi d'un courriel à l'adresse électronique transmise par ledit membre.
Les membres de l'Assemblée refusant d'être convoqués par courriel ou n'ayant pas communiqué d'adresse électronique à l'Union seront convoqués par l'envoi d'un courrier simple.

L'Union met, selon les mêmes modalités, à la disposition des membres de l'Assemblée Générale tout document requis.

ARTICLE 20 - ORDRE DU JOUR

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

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

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

ARTICLE 21 – MODALITES DE TENUE DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée Générale se tient en présentiel. Toutefois, les délégués de l'Assemblée Générale peuvent participer à celle-ci par des moyens de visioconférence ou de télécommunication, lorsque la convocation à l'Assemblée Générale prévoit de tels moyens. De même, les délégués de l'Assemblée Générale peuvent recourir au vote électronique lorsque la convocation à l'Assemblée Générale prévoit un tel procédé.

Dans l'hypothèse de recours au vote électronique, AGMF Prévoyance s'assure que le dispositif de vote électronique mis à disposition des délégués garantit :

- le secret du vote.
  A ce titre, le dispositif électronique de vote mis en place garantit que l'identité de l'électeur ne peut pas être mise en relation avec l'expression de son vote, et cela à tout moment du processus de vote, y compris après le dépouillement.
- et la sincérité du scrutin.
  A ce titre, le dispositif électronique de vote mis en place garantit :
  - le caractère personnel et libre du vote,
  - que les résultats du vote soient l'exact reflet de la volonté exprimée par les votants.

Dans l'hypothèse de recours à des moyens de visioconférence et/ou de télécommunication, AGMF Prévoyance s'assure que le ou les moyens mis à disposition des délégués de l'Assemblée Générale 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 délégués de l'Assemblée Générale sont alors réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité.

ARTICLE 22 - PROCÈS-VERBAUX

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

ARTICLE 23 - QUORUM ET MAJORITÉ

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

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales en matière d'opérations individuelles, la fusion, la scission, la dissolution de l'Union, la création d'une nouvelle Union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si les délégués présents, réputés présents au sens du code de la mutualité ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique, sont en nombre au moins égal à la moitié du nombre des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée qui délibère valablement si les délégués présents, réputés présents au sens du code de la mutualité ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique, sont en nombre au moins égal au quart du nombre des délégués.

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

2/ Autres délibérations de l'Assemblée Générale

Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées au § 1/ ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si les délégués présents, réputés présents au sens du code de la mutualité ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique, sont en nombre au moins égal au quart du nombre des délégués. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée, qui délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents, réputés présents au sens du code de la mutualité ou ayant fait usage de la de vote électronique.

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

SECTION III - ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 24 - COMPÉTENCES RÉSERVÉES À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

Elle est seule compétente pour statuer sur :

1°) la modification des statuts ;
2°) la dissolution de l'Union, sa scission ou sa fusion avec une autre Union ;
3°) l'adhésion à une Union, à une fédération ou à une SGAM ;
4°) la création d'une autre Union ;
5°) les activités exercées ;
6°) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles ;
7°) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives ;
8°) la conclusion d'une convention de substitution ;
9°) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
10°) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'Union agisse comme cédante ou cessionnaire ;
11°) la ratification de toute décision de souscription d'un contrat collectif dans les conditions prévues par l'article L. 221-3 du Code de la mutualité ;
12°) l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations ;
13°) la désignation des Commissaires aux comptes ;
14°) les principes que doivent respecter les délégations de gestion des contrats collectifs prévues à l'article L116-3 du Code de la mutualité et à l'article 2 VI des présents statuts ;
15°) le montant des indemnités allouées aux administrateurs ayant des attributions permanentes, et/ou le montant ou les modalités de calcul des indemnités compensatrices de la perte de gains allouées aux administrateurs ayant la qualité de travailleurs indépendants ;
et plus généralement sur toutes les matières pour lesquelles la loi impose la consultation de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 25 - COMPÉTENCES À EXERCER CHAQUE ANNÉE

L'Assemblée Générale statue chaque année sur :

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

ARTICLE 26 - CLAUSE GÉNÉRALE DE COMPÉTENCE
L'Assemblée Générale peut valablement délibérer sur toute autre question inscrite à son ordre du jour. Les membres et les organes de l'Union se conforment à ses décisions.

CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 27 - COMPOSITION
1/ L'Union est administrée par un Conseil d'Administration de 45 membres élus parmi les délégués à l'Assemblée Générale de l'Union, dans les conditions fixées aux articles 28 à 30.
Les sièges sont répartis en quatre collèges dans les conditions suivantes :
- collège des médecins : 36 sièges ;
- collège des professions médicales autres que médecins : 4 sièges ;
  - collège des auxiliaires médicaux : 3 sièges ;
  - collège des autres professions : 2 sièges.

2/ À compter du renouvellement du tiers sortant 2016, les 45 postes seront répartis entre chaque collège en proportion du chiffre d'affaires généré par les membres participants dudit collège, arrondi à l'entier le plus proche. Le Conseil d'Administration déterminera à chaque renouvellement du tiers sortant le nombre de postes à pourvoir dans chaque collège en fonction de l'évolution du critère ci-dessus, pour autant que la variation constatée impacte la répartition du chiffre d'affaires par collège d'au moins trois points pour au moins un collège.
Pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires retenu est celui défini à l'article 18 ci-dessus.

ARTICLE 28 - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ
Nul ne peut être élu au Conseil d'Administration :
- s'il n'est âgé de dix-huit ans révolus au jour de l'élection ;
- s'il a exercé, dans les trois années précédant le jour de l'élection, des fonctions salariées au sein de l'Union, de l'un des groupements membres de l'Union, ou de la fédération à laquelle appartient l'Union ;
- s'il est inéligible à raison de l'une des condamnations mentionnées à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité ;
- s'il n'a pas participé aux formations qui pourraient être proposées par l'Union avant l'élection

ARTICLE 29 - DÉCLARATIONS DE CANDIDATURES
Les formulaires de candidature aux fonctions d'Administrateur sont adressés par tout moyen par le Président ou le Secrétaire Général du Conseil d'Administration aux délégués désignés dans les conditions fixées à l'article 18.
Les formulaires de candidature doivent parvenir à l'Union 21 jours francs au moins avant la date de l'Assemblée Générale dans les conditions suivantes :
- par pli recommandé avec accusé de réception ou déposés contre récépissé au siège de l'Union.
- ou par courrier électronique à l'adresse électronique indiquée à cet effet.

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

ARTICLE 30 - MODALITÉS DE L'ÉLECTION
Au moins 8 jours avant la date de l'Assemblée Générale, le Président ou le Secrétaire Général du Conseil d'Administration mette par tout moyen à disposition des délégués les professions de foi des candidats aux fonctions d'Administrateur et éventuellement le matériel de vote.
L'élection a lieu au scrutin plurinominal majoritaire à un tour. Les membres du Conseil d'administration sont élus au scrutin secret par l'Assemblée Générale.
Sont élus les candidats qui ont réuni la majorité simple des suffrages exprimés.
Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

ARTICLE 31 - LIMITE D'ÂGE
Le Conseil d'Administration ne peut comprendre plus d'un tiers de membres âgés de soixante-dix ans ou plus.
Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les Administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'Administrateur le plus âgé.

ARTICLE 32 -DURÉE NORMALE DU MANDAT
Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour six ans. Leur mandat expire le jour de la réunion du Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle il a été pourvu à leur remplacement.
Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.
Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.
Il est procédé de la même manière entre les nouveaux élus à chaque fois que sont pourvus des sièges qui n'étaient pas antérieurement pourvus.

ARTICLE 33 - FIN ANTICIPÉE DU MANDAT
Les membres du Conseil d'Administration perdent leur mandat :
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, conformément aux dispositions de l'article 31 ;
- lorsqu'ils perdent leur qualité de délégué à l'Assemblée Générale par suite d'une décision du groupement mutualiste auquel ils appartiennent. Dans cette hypothèse, la démission de l'Administrateur intervient au plus tard au jour de la perte de la qualité de délégué. Au-delà, la démission est considérée comme automatique ;
- en cas de démission, radiation ou exclusion du groupement mutualiste dont ils sont délégués. Dans cette hypothèse, la démission de l'Administrateur intervient au plus tard au jour de la prise d'effet de la démission, radiation ou exclusion dudit groupement. Au-delà, la démission est considérée comme automatique ;
- lorsqu'ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office en application de l'article L. 114-23 du Code de la mutualité.
- lorsqu'ils sont frappés d'une quelconque incapacité d'exercer des fonctions d'Administrateur par application de la loi, et notamment de l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,
- dans le délai visé par la réglementation suite à une décision d'opposition de l'autorité en charge du contrôle des mutuelles prise en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier.

ARTICLE 34 - VACANCE
En cas de vacance d'un siège d'Administrateur en cours de mandat liée à un décès, à une démission ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier, et à la condition que cette vacance n'ait pas pour effet de faire tomber le nombre d'Administrateurs en dessous du nombre minimum prévu par l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il peut être procédé à la cooptation d'un Administrateur par le Conseil d'Administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée Générale.
Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée Générale. La non-ratification par celle-ci de la nomination faite par le Conseil d'Administration entraîne la cessation du mandat de l'Administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.
L'Administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'Assemblée Générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.
Dans le cas où la vacance a pour effet de faire tomber le nombre d'Administrateurs en dessous du nombre minimum prévu par l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il est procédé sans délai à la convocation d'une Assemblée Générale.

ARTICLE 35 - REPRÉSENTATION DES SALARIÉS
Conformément aux dispositions du code de la mutualité, sous réserve que l'Union emploie au moins 50 salariés et moins de 1000 salariés, deux représentants des salariés de l'Union assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration. Ils sont élus de la manière indiquée ci-après.
L'élection se déroule :
- au scrutin de liste à la représentation proportionnelle au plus fort reste et sans panachage selon les modalités définies par l'article L. 114-16-2 III du code de la mutualité,
- ainsi que selon les autres modalités suivantes :
  les représentants du personnel sont élus par collèges : un pour le collège des cadres, un pour le collège des employés ainsi qu'un suppléant par collège. Les agents d'encadrement font partie du collège des cadres. Les agents de maîtrise font partie du collège des employés. Peuvent participer au vote tous les salariés de l'Union, à temps complet ou partiel, ayant au moins 3 mois

d'ancienneté au jour du scrutin. Le mandat des représentants du personnel est soumis à élection à chaque renouvellement du Conseil d'Administration de l'Union. Les élections des représentants du personnel ont lieu le premier jour ouvrable de la semaine précédant la date de l'Assemblée Générale. L'appel de candidatures a lieu 20 jours avant cette date et est clos 14 jours avant. Les représentants ainsi élus siégeront lors du premier Conseil qui suivra l'Assemblée Générale. Les salariés votent à scrutin secret. Le scrutin comprend un tour. Sont élus en qualité de titulaires, dans chaque collège, le candidat qui a eu le plus de voix et, en qualité de suppléant, le candidat immédiatement placé ensuite.

Pour la réalisation de cette élection, il est possible d'avoir recours au vote électronique si cette modalité est prévue par l'appel à candidatures. Dans l'hypothèse de recours au vote électronique, le dispositif de vote électronique utilisé garantit le secret du vote et la sincérité du scrutin.

SECTION II - RÉUNIONS

ARTICLE 36 – CONVOCATIONS

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

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

Le Président du Conseil d'Administration détermine au sein de la convocation les modalités de tenue des réunions du Conseil d'Administration : tenue en présentiel et/ou par des moyens de visioconférence et/ou de télécommunication.

ARTICLE 37 – DÉLIBÉRATIONS

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

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

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

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents.

Sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité, les membres du Conseil d'Administration qui participent au Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur 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.

ARTICLE 38 - PROCÈS- VERBAUX

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

SECTION III - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 39 – ATTRIBUTIONS DE PLEIN DROIT

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

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

Le Conseil d'Administration fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives, dans le respect des règles générales relatives aux opérations collectives 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, le cas échéant, au Dirigeant opérationnel.

Le Conseil d'Administration adopte et modifie les règlements mutualistes et fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations relatifs aux opérations individuelles dans le respect des règles générales relatives aux opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière.

Le Conseil d'Administration adopte et modifie le(s) règlement(s) « prévention ». Il fixe chaque année le budget annuel consacré aux actions et/ou prestations de prévention.

ARTICLE 40 – DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS

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

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

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

ARTICLE 41 - COMMISSIONS

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

CHAPITRE 3 - PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION I - ÉLECTION, COMPOSITION

ARTICLE 42 – COMPOSITION DU BUREAU

Le Bureau est composé de la façon suivante :

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

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

ARTICLE 43 – DURÉE DU MANDAT

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

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

ARTICLE 44 - MODALITÉS D'ÉLECTION AU BUREAU

Les membres du Bureau sont élus au scrutin secret, à l'issue d'un scrutin uninominal à deux tours.

Est élu au premier tour le candidat qui a réuni la majorité des suffrages exprimés. Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative.

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

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

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

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

Elles peuvent être également adressées par courrier électronique à l'adresse indiquée à cet effet. Les candidats doivent s'assurer de la bonne réception de leurs candidatures.

ARTICLE 45 – VACANCE D'UN POSTE DU BUREAU

I - En cas de vacance du poste de Président en cours de mandat suite à une démission, à un décès ou à la cessation de son mandat consécutivement à une décision d'opposition prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier, le premier Vice-président convoque sans délai le Conseil d'Administration aux fins de procéder à une nouvelle élection. Le Président élu au poste vacant achève le mandat de celui qu'il remplace.

Le premier Vice-président exerce toutes les attributions du Président, y compris celles qui avaient été déléguées à celui-ci

par le Conseil d'Administration, jusqu'à ce qu'un nouveau Président soit élu.
À défaut, pour le premier Vice-président, de convoquer le Conseil d'Administration, tout Administrateur peut saisir le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, aux fins d'être autorisé à procéder à cette convocation.
II - Si un autre poste devient vacant il est pourvu à son remplacement par le plus prochain Conseil d'Administration. L'Administrateur élu au poste vacant achève le mandat de celui qu'il remplace.

SECTION II - RÉUNIONS DU BUREAU

ARTICLE 46 - CONVOCATIONS

Le Bureau se réunit sur convocation du Président et au moins trimestriellement. Le dirigeant opérationnel assiste aux réunions du Bureau sans voix délibérative.
La convocation est obligatoire quand elle est demandée par la moitié au moins des membres du Bureau.
Sauf en cas d'urgence, la convocation est adressée aux membres du Bureau et au dirigeant opérationnel cinq jours au moins avant la date prévue pour la réunion. L'ordre du jour, établi par le Président, est joint à la convocation.
Les réunions du Bureau peuvent être tenues par des moyens de visioconférence ou de télécommunication.
Le Président détermine au sein de la convocation les modalités de tenue des réunions du Bureau : tenue en présentiel et/ou par des moyens de visioconférence ou de télécommunication.

ARTICLE 47 - DÉLIBÉRATIONS

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.
Les membres du Bureau ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance.
Le Bureau peut décider d'entendre à titre consultatif les personnes dont il lui paraîtrait utile de recueillir les avis en raison de leur compétence.
Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents.
Sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité, les membres du Bureau qui participent au Bureau par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions visées au règlement intérieur.

ARTICLE 48 – PROCÈS-VERBAUX

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

SECTION III - ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU

ARTICLE 49 - ATTRIBUTIONS DU PRÉSIDENT

Le Président veille à la régularité du fonctionnement de l'Union, conformément au Code de la mutualité et aux statuts.
Il représente l'Union en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut décider d'agir en justice, soit en demande soit en défense, au nom de l'Union.
Il exerce les attributions qui lui sont confiées par le Conseil d'Administration.
Il dispose du pouvoir d'engager les dépenses.
Il préside les réunions du Bureau, du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales.
Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et déléguer sa signature au dirigeant opérationnel et/ou à des salariés de l'Union ou de l'une des entités du périmètre de combinaison comptable auquel elle appartient, pour des objets nettement déterminés.
Seules peuvent être ainsi déléguées les attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Président du Conseil d'Administration par le Code de la Mutualité.

ARTICLE 50 - ATTRIBUTIONS DES VICE-PRÉSIDENTS

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

ARTICLE 51 - ATTRIBUTIONS DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ET DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT

Le Secrétaire Général est responsable de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.
Le Secrétaire Général Adjoint seconde le Secrétaire Général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 52 - ATTRIBUTIONS DU TRÉSORIER GÉNÉRAL ET DU TRÉSORIER GÉNÉRAL ADJOINT

Le Trésorier Général assure le suivi des opérations financières ainsi que des opérations comptables de l'Union.
Conformément à la politique de placements et à l'allocation d'actifs arrêtées par le Conseil d'Administration, il assure le suivi de l'achat, la vente et, d'une façon générale, toutes les opérations sur les titres et valeurs.
Le Trésorier Général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et déléguer sa signature au dirigeant opérationnel et/ou à des salariés de l'Union ou de l'une des entités du périmètre de combinaison comptable auquel elle appartient, pour des objets nettement déterminés.
Le Trésorier Général Adjoint seconde le Trésorier Général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

CHAPITRE 4 - DIRIGEANT OPERATIONNEL ET DIRIGEANTS EFFECTIFS

ARTICLE 53 – DIRIGEANT OPERATIONNEL

Le dirigeant opérationnel, qui ne peut être un Administrateur, est nommé par le Conseil d'Administration, sur proposition du Président du Conseil d'Administration. Il est mis fin aux fonctions du dirigeant opérationnel dans les mêmes conditions.
Le Conseil d'Administration approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de l'Union. Le dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'Administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.
Le dirigeant opérationnel assiste à toutes les réunions du Conseil d'Administration.
Le dirigeant opérationnel veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation. Le dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet social de l'Union, de la délégation mentionnée au deuxième alinéa du présent article et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément à l'Assemblée Générale, au Président et au Conseil d'Administration.
Le dirigeant opérationnel peut, sous sa responsabilité et son contrôle, confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et déléguer sa signature à des salariés de l'Union ou de l'une des entités du périmètre de combinaison comptable auquel elle appartient, pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 54 – DIRIGEANTS EFFECTIFS

Conformément à l'article R. 211-15 du code de la mutualité, le Président du Conseil d'Administration et le dirigeant opérationnel dirigent effectivement l'Union au sens de l'article L. 211-13 du code de la mutualité.
Le Conseil d'Administration peut également, sur proposition de son Président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques, autres que le Président du Conseil d'Administration et le dirigeant opérationnel.
Ces personnes doivent disposer d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de l'Union, faire preuve d'une disponibilité suffisante au sein de l'Union pour exercer ce rôle, et être impliquées dans les décisions ayant un impact important sur l'union, notamment en matière de stratégie, de budget ou de questions financières. Sur proposition de son Président, le Conseil d'Administration peut leur retirer cette fonction.
Les dirigeants effectifs sont tenus d'informer l'Union des poursuites pénales ou administratives diligentées contre eux pour l'un des faits mentionnés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

CHAPITRE 5 - STATUT DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPERATIONNEL

SECTION I - DISPOSITIONS COMMUNES AUX ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANT OPERATIONNEL

ARTICLE 55 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPERATIONNEL

Les Administrateurs et le dirigeant opérationnel sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles au cours des Conseils d'Administration et des Bureaux et, plus largement, au respect du secret professionnel tel qu'il est entendu par le Code pénal. Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de l'Union ou des organismes mutualistes adhérents ne peut être

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

ARTICLE 56 - CONVENTIONS INTERDITES OU RÈGLEMENTÉES
Toute convention envisagée entre d'une part l'Union ou un organisme appartenant au même groupe que l'Union et, d'autre part, un Administrateur ou un dirigeant opérationnel ne peut être passée que dans les conditions prévues aux articles L. 114-32 à L. 114-37 du Code de la mutualité. Il en est de même des conventions auxquelles un Administrateur ou un dirigeant opérationnel est directement ou indirectement intéressé, de celles dans lesquelles il traite par personne interposée et de celles passées avec une personne morale dont il est propriétaire, associé indéfiniment responsable, dirigeant de droit ou de fait. Les conventions courantes, telles que définies à l'article L. 114-33 du Code de la mutualité, ne sont pas régies par les dispositions des deux alinéas qui précèdent. Elles sont toutefois soumises aux règles énoncées à l'article L. 114-33 et au décret pris pour son application.
Les Administrateurs et dirigeant opérationnel ne peuvent contracter des emprunts auprès de l'Union, sauf dans les conditions mentionnées à l'article L. 114-37 du Code de la mutualité.

SECTION II - STATUT SPÉCIFIQUE DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 57 - INDEMNISATION DES ADMINISTRATEURS
Les fonctions d'Administrateur sont gratuites.
L'Union 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.
Il leur est interdit de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage qui ne serait pas spécialement prévu par le Code de la mutualité.
Sans préjudice du bénéfice des dispositions de l'alinéa 2 de l'article L. 114-26 du code de la mutualité, les administrateurs ayant la qualité de travailleurs indépendants ont droit à des indemnités ayant pour objet de compenser les pertes de gains consécutives à leur participation, sur leur temps d'activités professionnelles, aux formations proposées par le Conseil d'Administration, aux réunions du Conseil d'Administration, du Bureau et/ou des commissions ou comités mentionnés au sein des statuts et/ou du règlement intérieur de l'Union. L'Assemblée Générale approuve et fixe chaque année le montant des indemnités ainsi allouées et/ou les modalités de calcul de celles-ci.

ARTICLE 58 - ACTIVITÉS INTERDITES AUX ADMINISTRATEURS
Les Administrateurs ne peuvent exercer de fonctions salariées au sein de l'Union, d'un des groupements membres de l'Union ou de la Fédération à laquelle adhère l'Union avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'achèvement de leur mandat.
Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

ARTICLE 59 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS
Sitôt leur prise de fonction, les Administrateurs font connaître à l'Union les mandats d'Administrateurs qu'ils exercent dans une autre Union, dans une mutuelle ou dans une fédération. Ils l'informent également de tout mandat de cette nature qui vient à leur être ultérieurement confié.

ARTICLE 60 - HONORARIAT
Le Conseil d'Administration peut conférer aux anciens membres du Conseil d'Administration qui ont rendu des services signalés à l'Union l'honorariat de leur fonction.
Les Administrateurs honoraires peuvent être invités aux séances, où ils ont voix consultative.

SECTION III - STATUT SPÉCIFIQUE DU DIRIGEANT OPERATIONNEL

ARTICLE 61 - DÉCLARATIONS
Le dirigeant opérationnel fait connaître à l'Union, avant sa nomination, les activités professionnelles et les mandats électifs qu'il entend conserver. Il est de même tenu, lorsqu'il est en fonction, de faire connaître à l'Union les activités professionnelles nouvelles ou les mandats électifs nouveaux qu'il souhaite exercer.
Il appartient au Conseil d'Administration de décider si ces activités ou mandats sont ou non compatibles avec les fonctions de dirigeant opérationnel de l'Union.

TITRE III – ORGANISATRION FINANCIERE

CHAPITRE 1er - PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 62 - PRODUITS
Les produits de l'Union comprennent :
1°) Les contributions annuelles des groupements adhérents à l'Union,
2°) Les produits résultant de l'activité de l'Union telle que définie à l'article 2 des présents statuts,
3°) Plus généralement toutes autres recettes non interdites par la loi.

ARTICLE 63 - CHARGES
Les charges de l'Union comprennent :
1°) Les diverses prestations dues dans le cadre des activités définies à l'article 2 des présents statuts.
2°) Les dépenses nécessitées par l'activité de l'Union,
3°) Plus généralement toutes autres dépenses non interdites par la loi et conformes à l'objet de l'Union.

ARTICLE 64 - ENGAGEMENT, PAIEMENT ET CONTRÔLE DES DÉPENSES
Les dépenses de l'Union sont engagées par le Président et payées par le Dirigeant Opérationnel ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux articles 49 et 53 des présents statuts.
Le responsable de la mise en paiement s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les statuts de l'Union et les délibérations de ses instances.

CHAPITRE 2 - RÈGLES DE SÉCURITE FINANCIÈRE

ARTICLE 65 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT
Le fonds d'établissement de l'Union est fixé à 1.000.000 Euros.

ARTICLE 66 - RÈGLES PRUDENTIELLES
L'Union veille à se conformer scrupuleusement aux règles prudentielles, comptables et financières fixées par la loi.

ARTICLE 67 - RÉASSURANCE DES RISQUES
Conformément aux prévisions de l'article L. 211-4 du Code de la mutualité, l'Union peut se réassurer contre les risques qu'elle couvre.
L'Union peut se réassurer auprès d'un organisme non régi par le présent Code, à la condition que cet organisme dispose d'un agrément pour la couverture du risque en cause. Lorsqu'il ne les a pas spécialement approuvés préalablement, le Conseil d'Administration est informé au plus tôt des contrats souscrits auprès de ces organismes.

ARTICLE 68 - COMMISSAIRE AUX COMPTES
Un Commissaire aux comptes et, le cas échéant, lorsque les conditions définies à l'article L.823-1 du Code de commerce sont réunies, un suppléant sont nommés pour 6 ans par l'Assemblée Générale sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce. L'Assemblée Générale peut librement décider de désigner un deuxième Commissaire aux comptes pour la même durée.
Le Commissaire aux comptes est chargé d'effectuer l'ensemble des missions de contrôle qui lui sont dévolues par le Code de la mutualité. Il reçoit toutes les informations et les documents prévus par la loi et est convoqué aux Assemblées Générales.

TITRE IV – OBLIGATION DE L'UNION ET DE SES ORGANISMES ADHERENTS

CHAPITRE 1er - OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS L'UNION

ARTICLE 69 - CONTRIBUTIONS DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS
Les groupements adhérents sont astreints au paiement d'une contribution annuelle exprimée en pourcentage des cotisations versées à l'Union au titre des membres qui leur sont affiliés dans le cadre des contrats santé et prévoyance, individuels et collectifs et des traités de réassurance.
Pour les membres en situation de multiple appartenance, l'assiette ainsi définie est répartie à part égale entre les mutuelles d'appartenance.
Les cotisations prises en compte sont celles comptabilisées au titre de l'exercice précédent.

Le taux de la contribution et, le cas échéant, son montant minimum sont fixés par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 70 - INFORMATIONS DONNÉES À L'UNION
Les groupements adhérents doivent adresser chaque année à l'Union toute documentation utile sur leur activité et en particulier un état de leurs effectifs au 31 décembre.
Le fichier des souscripteurs et bénéficiaires des contrats de garanties proposés par l'Union est sa propriété.
Les groupements adhérents doivent informer l'Union de toute mesure de radiation ou d'exclusion d'un de leurs adhérents.

ARTICLE 71 - ADHÉSION À AGMF ACTION SOCIALE
Les organismes admis à AGMF Prévoyance, autres que les membres honoraires, s'engagent à adhérer à l'Union AGMF Action Sociale.

ARTICLE 72 – ADHÉSION À UNE AUTRE UNION
Un groupement adhérent ne peut souscrire un contrat collectif auprès d'un organisme extérieur à l'Union sans avoir préalablement obtenu l'accord du Conseil d'Administration de l'Union.
Les groupements adhérents à AGMF Prévoyance s'engagent à n'adhérer à aucune autre Union régie par le Livre II du Code de la mutualité sans avoir préalablement obtenu l'accord du Conseil d'Administration de l'Union.

CHAPITRE 2 - OBLIGATIONS DE L'UNION ENVERS LES ADHÉRENTS

ARTICLE 73 - DROIT À L'ACCÈS AUX PRESTATIONS
Les services apportés par l'Union sont ceux visés à l'article 2 des présents statuts.
Les membres participants des groupements adhérents peuvent, dès l'adhésion de ces groupements, souscrire aux garanties d'assurance proposées par l'Union.
Les membres participants des groupements adhérents ayant souscrit une ou plusieurs garanties d'assurance proposées par l'Union bénéficient, le cas échéant, des actions et/ou prestations de prévention accessoires à la (aux) garantie(s) d'assurance souscrite(s).

ARTICLE 74 - INFORMATION DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS
Chaque groupement adhérent reçoit un exemplaire des statuts et règlements. Les modifications statutaires sont portées à sa connaissance.
Il est informé des garanties et des services proposés par l'Union.
Il est également informé des organismes auxquels l'Union adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

AGMF Prévoyance
Union de Mutuelles régie par le Livre II du code de la mutualité
Immatriculée au répertoire Sirène sous le n°775 666 340
dont le Siège social est sis 1 boulevard Pasteur 75015 Paris
www.groupepasteurmutualite.fr



RÈGLEMENT INTÉRIEUR D'AGMF PRÉVOYANCE
Règlement intérieur applicables à compter du 1er janvier 2026

ARTICLE 1 *(cf. Article 3 des Statuts de l'Union)*
Le présent Règlement Intérieur, prévu à l'article 3 des statuts, détermine les conditions d'application de ceux-ci.

SECTION I : LES ORGANES DE DÉCISION *(Cf. Articles 17 à 52 des Statuts de l'union)*

CHAPITRE 1 - L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE *(Cf. Articles 17 à 26 des Statuts de l'union)*

ARTICLE 2
Le Conseil d'Administration fixe la date et le lieu de réunion des Assemblées Générales. Le Président qui convoque l'Assemblée sollicite l'avis du Conseil sur l'ordre du jour de celle-ci. La convocation à l'Assemblée Générale est accompagnée des informations nécessaires aux délégués pour l'accomplissement de leur mandat.

ARTICLE 3
Chaque groupement a la possibilité d'émettre des demandes à l'occasion de l'Assemblée Générale.
Le Secrétaire Général détermine chaque année la date limite d'envoi des demandes par les groupements. Cette date leur est communiquée à l'avance.
Le Secrétaire Général répond aux demandes des groupements mutualistes, en séance d'Assemblée Générale.

ARTICLE 4
Le Secrétaire Général est chargé de l'organisation pratique de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 5
À l'entrée de la salle, sont disposées les listes d'émargement sur lesquelles sont indiqués l'intitulé du groupement et les noms des délégués désignés ou élus par le groupement.
Deux membres au moins de la Commission des Statuts et de la Vie Mutualiste désignés par le Secrétaire Général sur proposition de la Commission régleront les litiges éventuels relatifs aux listes d'émargement ainsi qu'aux votes.
Les délégués émargent la liste de présence.
Chaque délégué reçoit alors :
- son matériel de vote ;
- une fiche de demande de remboursement de frais qu'il devra adresser au Siège, dans un délai maximum d'un mois après l'Assemblée Générale, avec les pièces justificatives originales.

Le Président de l'Union prononce son allocution.
Au nom du Conseil d'Administration le Secrétaire Général et le Trésorier Général présentent à l'Assemblée Générale le rapport de gestion et les comptes annuels prévus à l'article 25 des statuts, ainsi que les documents, états et tableaux qui s'y rattachent.
Le Commissaire aux Comptes présente son ou ses rapports avant le vote d'approbation des comptes.
Les votes doivent se faire à bulletins secrets si la majorité des délégués en fait la demande dans les conditions prévues à l'article 22 des statuts.
Les élections se font à bulletins secrets.
Si les Administrateurs soumis à élection ont des mandats de durée différente, les candidats ayant obtenu le plus de voix bénéficient des mandats les plus longs, et en cas d'égalité, le mandat le plus long est acquis au plus jeune des candidats.
Les scrutateurs, choisis en dehors des candidats, sont proposés par le Secrétaire Général, notamment parmi les membres de la Commission des Statuts et de la Vie Mutualiste, puis parmi les Administrateurs et délégués et nommés par l'Assemblée ; ils sont chargés du dépouillement des votes.

ARTICLE 6
Les Administrateurs honoraires visés à l'article 59 des statuts et n'ayant pas la qualité de délégué peuvent assister à l'Assemblée Générale à titre d'auditeur.
Il en est de même de toute personne invitée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 7 *(cf article 22 des Statuts de l'Union)*
L'Assemblée Générale suivante adopte le procès-verbal définitif. Le procès-verbal est signé suite à cette adoption.

CHAPITRE 2 : LE CONSEIL D'ADMINISTRATION *(Cf. Articles 27 à 41 des Statuts de l'Union)*

ARTICLE 8
Tout délégué sollicitant un poste d'Administrateur doit, dans sa lettre de candidature, faire notamment mention de ses activités, des fonctions qu'il exerce et préciser la nature des actions qu'il compte mener au sein du Conseil.
L'Administrateur est soumis à l'obligation de respecter le secret des délibérations de toutes les instances de l'Union auxquelles il est amené à participer.
Il s'interdit d'avoir une activité en faveur d'une Mutuelle ou de tout autre organisme pouvant concurrencer directement ou indirectement l'Union.
Après son élection, chaque nouvel Administrateur dispose, entre autres documents, du texte de la Charte de l'Administrateur et de la liste des membres du Conseil d'Administration avec leurs adresses, leurs coordonnées et la date de la fin de leur mandat.

ARTICLE 9
Le Conseil d'Administration délègue au Dirigeant Opérationnel dénommé Directeur Général dans le cadre de sa mission la possibilité de recruter et de licencier les salariés de l'Union. Il délègue également au Dirigeant Opérationnel dénommé Directeur Général la faculté de nommer et licencier les Directeurs après accord du Bureau ou sur proposition de celui-ci.

ARTICLE 10
Le Conseil d'Administration peut nommer un rapporteur ou une Commission pour l'étude de questions particulières avant discussion en séance plénière.
Les conclusions du rapporteur ou de la Commission sont adressées au Conseil 10 jours au moins avant la date de la réunion au cours de laquelle elles doivent être examinées.

ARTICLE 11
Le registre de présence aux séances du Conseil d'Administration devra mentionner la participation par moyen de visioconférence ou de télécommunication des administrateurs concernés.

ARTICLE 12
Sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité relatifs aux réunions du Bureau, les membres du Bureau qui participent au Bureau par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur 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.
Le registre de présence aux séances du Bureau devra mentionner la participation par moyen de visioconférence ou de télécommunication des membres du Bureau concernés.

ARTICLE 13
Lorsque, à propos d'un point à l'ordre du jour, aucun membre ne demande plus la parole, le Président déclare clos le débat sur ledit point. Après la clôture des débats, le Président présente les propositions sur lesquelles le Conseil est appelé à voter et fixe l'ordre des votes. Sauf pour les élections, les votes ont lieu à main levée, à moins que le Président ou la majorité des membres du Conseil présents ne demandent un vote à bulletins secrets.

ARTICLE 14
Le projet de procès-verbal est établi sous la responsabilité du Secrétaire Général. Il résume les débats. Il est signé par le Président et le Secrétaire Général et est adressé aux membres du Conseil d'Administration au moins 10 jours avant la séance suivante.
Le Conseil d'Administration suivant adopte le procès-verbal définitif.

CHAPITRE 3 : LE BUREAU *(Cf. Articles 42 à 52 des statuts de l'Union)*

ARTICLE 15
Le Bureau sortant expédie les affaires courantes jusqu'à la prise de fonction effective du nouveau Bureau. Le Conseil d'Administration se réunit dès que possible et au plus tard dans les trois mois suivant son élection par l'Assemblée Générale,

sous la présidence du doyen d'âge des membres du Conseil d'Administration présents. Il procède à l'élection de son Bureau. Un appel à candidatures est adressé à chaque membre du Conseil par le Président sortant en vue de pourvoir aux différents postes du Bureau. Cet appel est fait au moins 15 jours francs avant la date prévue pour cette élection. Il précise le nombre et la nature des postes à pourvoir. Le postulant indique le ou les postes auxquels il est candidat.

ARTICLE 16
Le Conseil d'Administration procède à l'élection du Bureau dans les conditions suivantes :
Le doyen d'âge appelle l'élection du Président.
Le Président élu entre immédiatement en fonction.
L'élection des autres membres du Bureau a lieu sous l'autorité du Président élu dans l'ordre suivant :

- Secrétaire Général ;
- Trésorier Général ;
- Premier Vice-président ;
- Vice-présidents ;
- Secrétaire Général Adjoint ;
- Trésorier Général Adjoint.

ARTICLE 17
Le Bureau adopte le procès-verbal définitif de la réunion précédente, qui est signé par le Président et le Secrétaire Général.

ARTICLE 18
Le Bureau prépare les décisions du Conseil d'Administration et prend toute décision utile au fonctionnement de l'Union, dans la limite des pouvoirs accordés au Conseil d'Administration, conformément à l'article 39 des statuts de l'Union.

SECTION II : LES COMMISSIONS *(Cf. Article 41 des Statuts de l'Union)*

ARTICLE 19
Le Président est membre de droit de toutes les Commissions. Toutes les Commissions peuvent décider d'entendre à titre consultatif les personnes dont il leur paraîtrait utile de recueillir les avis en raison de leurs compétences. Le Dirigeant opérationnel de l'Union dénommé Directeur Général ou son représentant participe à titre consultatif à toutes les Commissions. Un même Administrateur peut participer à plusieurs commissions. Les Commissions se réunissent à la diligence de leur Président et sur convocation de celui-ci.

ARTICLE 20 LA COMMISSION DES STATUTS ET DE LA VIE MUTUALISTE
La Commission des Statuts et de la Vie Mutualiste a pour vocation :
1) d'étudier les textes des statuts et des règlements de l'Union et leurs propositions d'évolutions en fonction de l'évolution de la législation et des orientations qui sont données par le Conseil d'Administration.
2) de mesurer le volume et le rythme des souscriptions enregistrées par l'Union et d'examiner les comptes de résultats des différents risques proposés ou assurés par elles.
3) d'examiner toute question relative à la vie mutualiste de l'Union, y compris d'éventuelles propositions et questions d'un groupement.

ARTICLE 21
La Commission des Statuts et de la Vie Mutualiste est composée du Président, du Secrétaire Général, du Secrétaire Général Adjoint et de 10 Administrateurs élus tous les deux ans par le Conseil d'Administration suivant l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement partiel dudit Conseil, chaque collège prévu à l'article 27 des statuts y étant représenté. Elle est présidée par le Secrétaire Général. Elle se réunit aussi souvent que nécessaire et en principe avant chaque réunion du Conseil d'Administration. Les membres du Bureau sont invités à ses réunions.

ARTICLE 22 LA COMMISSION DES FINANCES ET DE L'IMMOBILIER
La Commission des Finances et de l'Immobilier a pour vocation chaque année :

- d'examiner pour avis les projets de budget, comptes sociaux, comptes combinés et d'allocation d'actifs préalablement à leur soumission pour approbation ou arrêté par le Conseil d'Administration de l'Union,
- d'assurer, en lien avec le Trésorier Général et son adjoint, le suivi de l'exécution du budget de l'Union approuvé par le Conseil d'Administration de l'Union,
- d'assurer, en lien avec le Trésorier Général et son adjoint, le suivi du respect de l'allocation d'actifs approuvée par le Conseil d'Administration de l'Union,
- d'assurer le suivi du patrimoine immobilier de l'Union.

ARTICLE 23
La Commission des Finances et de l'Immobilier est composée du Président, du Trésorier Général, du Trésorier Général Adjoint et de 10 Administrateurs élus tous les deux ans par le Conseil d'Administration suivant l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement partiel dudit Conseil, chaque collège prévu à l'article 27 des statuts y étant représenté. Elle est présidée par le Trésorier Général. Elle se réunit aussi souvent que nécessaire et en principe avant chaque réunion du Conseil d'Administration. Les membres du Bureau sont invités à ses réunions.

SECTION III : LE COMITÉ D'AUDIT ET DES RISQUES

ARTICLE 24
24-1 Missions du Comité d'Audit et des Risques
Le Comité d'Audit et des Risques est chargé, sous la responsabilité exclusive du Conseil d'Administration, des missions qui lui sont conférées par les textes en vigueur et de toute autre qui pourrait lui être confiée par le Conseil d'Administration. Il rend compte régulièrement au Conseil d'Administration de l'exercice de ses missions et l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.
24-2 Composition du Comité d'Audit et des Risques
Le Comité d'Audit et des Risques est composé de huit Administrateurs.
Le Comité d'Audit et des Risques ne peut comprendre que des membres du Conseil d'Administration d'AGMF Prévoyance en fonction, à l'exclusion de ceux exerçant des fonctions de direction.
Un membre au moins du Comité doit présenter des compétences particulières en matière financière, comptable ou de contrôle légal des comptes et être indépendant au regard de critères précisés et rendus publics par le Conseil d'Administration.
Le Comité d'Audit et des Risques comprend deux sections :

- une section « audit »,
- une section « risques ».

Le Conseil d'Administration désigne :

- le Président du Comité d'Audit et des Risques qui ne peut en aucun cas être un membre du Bureau,
- deux vice-présidents (un premier vice-président et un second vice-président) chargés, en cas d'empêchement du Président du Comité, de suppléer le Président avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

En outre, l'un des vice-présidents seconde le Président du Comité d'Audit et des Risques sur les missions du Comité relatives aux audits. L'autre vice-président seconde le Président du Comité d'Audit et des Risques sur les missions du Comité relatives aux risques.
Les membres du Comité d'Audit et des Risques s'engagent à participer aux formations proposées par le Conseil d'Administration.
24-3 Nomination des membres du Comité d'Audit et des Risques
Les membres du Comité d'Audit et des Risques sont désignés pour deux ans par le Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle a eu lieu le renouvellement total ou par tiers du Conseil d'Administration. Leurs mandats expirent le jour de la première réunion du Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle il a été procédé à un nouveau renouvellement total ou par tiers du Conseil d'Administration. Chaque candidat au poste de membre du Comité d'Audit et des Risques, doit pouvoir justifier le suivi de formations utiles à l'exercice de son mandat. Les membres du Comité d'Audit et des Risques sont désignés à la majorité relative. Dans le cas où deux personnes obtiendraient un nombre égal de suffrages, la plus jeune des deux serait désignée.
24-4 Cessation des fonctions
Les membres du Comité d'Audit et des Risques peuvent à tout moment être révoqués de leurs fonctions par le Conseil d'Administration. En cas de vacance d'un siège de membre du Comité d'Audit et des Risques, il est pourvu par le prochain Conseil d'Administration à la nomination d'un membre du Comité d'Audit et des Risques au siège devenu vacant. Le nouveau membre du Comité d'Audit et des Risques achève le mandat de son prédécesseur.

24-5 Convocations et modalités d'organisation du Comité d'Audit et des Risques

Le Comité d'Audit et des Risques se réunit sur convocation de son Président :

- en séance plénière,
- en section « audit »,

La section « audit » est composée :

- du Président du Comité d'Audit et des Risques
- du vice-président en charge de seconder le Président sur les questions relatives aux audits,
- de 3 ou 4 membres du Comité désignés par le Conseil d'Administration,
- de 2 membres de la section « risques » délégués par cette dernière.
- ou en section « risques ».

La section « risques » est composée :

- du Président du Comité d'Audit et des Risques,
- du vice-président en charge de seconder le Président sur les questions relatives aux risques,
- de 3 ou 4 membres du Comité désignés par le Conseil d'Administration,
- de 2 membres de la section « audit » délégués par cette dernière.

Les membres de la section « audit » n'ayant pas été délégués pour participer aux réunions de la section « risques » assistent en qualité d'invités (avec voix consultative) aux réunions de la section « risques » et inversement.

Hormis le Président du Comité d'Audit et des Risques et les deux membres délégués par chacune des sections, un même membre du Comité ne peut pas être membre des deux sections du Comité.

La convocation du Comité en séance plénière est obligatoire quand elle est demandée par la moitié au moins des membres du Comité d'Audit et des Risques.

Sauf en cas d'urgence, la convocation est adressée par tous moyens aux membres du Comité d'Audit ou, le cas échéant, de la section concernée dix jours au moins avant la date prévue pour la réunion. L'ordre du jour, établi par le Président, est joint à la convocation.

Le Président détermine au sein de la convocation les modalités de tenue de la réunion : tenue en présentiel et/ou par des moyens de visioconférence ou de télécommunication et/ou de consultation écrite.

24-6 Délibérations du Comité d'Audit et des Risques

Le Comité d'Audit et des Risques ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ou, le cas échéant, des membres de la section concernées sont présents physiquement ou par des moyens de visioconférence. Les membres du Comité d'Audit et des Risques ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance, sauf hypothèse de consultation écrite visée au 24-7.Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents du Comité ou, le cas échéant, de la section concernée. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante. Le Comité d'Audit et des Risques peut décider d'entendre à titre consultatif les personnes dont il lui paraîtrait utile de recueillir les avis en raison de leur compétence. Il est établi un projet de procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Comité d'Audit et des Risques ou, le cas échéant, la section concernée lors de la séance suivante.

24-7 Consultation écrite

Sur décision de son Président, le Comité d'Audit et des Risques ou, le cas échéant, l'une de ses sections peut également délibérer par voie de consultation écrite sur tout ou partie des points de l'ordre du jour. Dans cette hypothèse, les échanges entre les membres du Comité ou, le cas échéant, de la section concernée se font par tous moyens écrits selon les modalités fixées par le Président du Comité d'Audit et des Risques. Ces échanges sont retranscrits dans le procès-verbal de la réunion. Les délibérations rendues dans le cadre d'une consultation écrite doivent pour être valables réunir les conditions de quorum et de majorité visées au 24-6.

SECTION IV : AIDE AUX GROUPEMENTS

ARTICLE 25

Une convention conforme à un modèle-type approuvé par le Conseil d'Administration pourra intervenir entre l'AGMF et les groupements adhérents afin de déterminer les modalités de financement de leurs obligations définies à l'article 69 des statuts et de leurs frais de fonctionnement.

SECTION V – DIVERS

ARTICLE 26

Le nombre d'administrateurs honoraires susceptibles d'être désignés par le Conseil d'Administration est limité à 20. Le Président du Conseil d'Administration peut convier à assister, avec voix consultative et non délibérative, à une réunion du Conseil d'Administration au maximum 4 administrateurs honoraires. Le titre d'administrateur honoraire est un titre honorifique ne se confondant pas avec le mandat d'administrateur de l'Union.

***A*RTICLE 27**

Le Conseil d'Administration peut conférer :

- aux anciens administrateurs de l'Union n'ayant pas la qualité d'administrateurs honoraires,
- aux anciens administrateurs ou délégués des mutuelles membres de l'Union n'ayant pas été titulaires par le passé d'un mandat d'administrateur de l'Union et ayant rendu des services signalés à leur Mutuelle,

le titre honorifique de membre d'honneur de l'Union.

ARTICLE 28

Les critères ESG que l'Union respectent aux termes de sa politique des placements reposent sur une analyse extra-financière de l'Union permettant d'évaluer la prise en compte du développement durable dans le cadre de son activité et de sa stratégie long terme.

Ils intègrent trois dimensions :

1) Critères environnementaux :
   - Changement climatique
   - Utilisation des ressources naturelles
   - Biodiversité
   - Prévention des risques environnementaux
2) Critères sociaux
   - Education
   - Capital Humain
   - Relation sociale
   - Egalité homme/femme
3) Critères de qualité de gouvernance
   - Ethique
   - Indépendance de la gouvernance
   - Lutte contre la corruption
   - Féminisation de la gouvernance

AGMF Prévoyance
Union de Mutuelles régie par le Livre II du code de la mutualité
Immatriculée au répertoire Sirène sous le n°775 666 340
dont le Siège social est sis 1 boulevard Pasteur 75015 Paris
www.groupepasteurmutualite.fr



Statuts de l'association A.L.I.P.E.R

(Association Liberté Prévoyance et Epargne Retraite)

- Adoptés par l'Assemblée constitutive du 06/02/2016
- Modifiés par l'Assemblée Générale du 29/11/2017 (article 20)

Modifiés par l'Assemblée Générale du 13/12/2018 (article 17 et article 18)

- Modifiés par l'Assemblée Générale du 21/11/2019 (articles 4, 5, 6 et 7)
- Modifiés par l'Assemblée Générale du 23/11/2021 (articles 9 et 18)

ARTICLE 1er – CONSTITUTION – DÉNOMINATION

Il est constitué entre toutes les personnes qui adhèrent aux présents statuts et ceux qui y adhèreront ultérieurement une Association dénommée :

« Association Liberté Prévoyance et Épargne Retraite »

(A.L.I.P.E.R.)

L'Association est régie par la loi du 1er juillet et le décret du 16 août 1901 et le Code des assurances.

ARTICLE 2 – OBJET

La présente association a pour objet :

- de souscrire et de faire bénéficier ses membres de contrats collectifs, non éligibles à la Loi Madelin, d'assurance-vie et de capitalisation, de frais de santé, de prévoyance et de retraite complémentaires, de perte d'emploi subie, en application des dispositions du Code des assurances (articles L.141-1 et suivants) et des textes réglementaires pris pour son application, conclus auprès de tout organisme d'assurances, quel que soit son statut ;
- de fournir toutes informations à ses membres concernant lesdits contrats ;
- d'assurer la défense des intérêts de ses membres dans les domaines évoqués ci-dessus ; et plus généralement, de mener toute activité compatible avec les buts qui précèdent.

ARTICLE 3 – DURÉE

La durée de l'Association est illimitée.

ARTICLE 4 – SIÈGE

Le siège de l'Association est fixé au 1, boulevard Pasteur, 75015 Paris.

Il pourra être transféré dans toute autre localité par décision du Conseil d'Administration.

ARTICLE 5 – MEMBRES

Sont membres de l'Association :

- les membres fondateurs : les personnes ayant constitué l'Association (annexe 1) et toutes les personnes ultérieurement cooptées par les membres fondateurs ;
- les membres de droit : les personnes physiques qui adhèrent aux contrats collectifs visés à l'article 2 des présents statuts.
  Les membres mineurs ou incapables majeurs sont représentés, notamment aux assemblées générales de l'Association par leurs tuteurs ou représentants légaux.

Les membres de l'Association s'engagent à respecter les dispositions statutaires et en particulier le paiement de leur cotisation dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 6 – PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE

La qualité de membre cesse :

1°/ en cas de rupture du lien qui unit le membre à l'Association ;

2°/ en cas de non-paiement de la prime ;

3°/ en cas de non-paiement de la cotisation ;

4°/ en cas de démission de l'Association.

Les membres peuvent librement démissionner de l'Association sous condition de présenter leur demande de démission en adressant au Président du Conseil d'Administration une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant la fin de chaque année civile, le cachet de la poste ou la preuve électronique de dépôt faisant foi.

L'adhésion à l'Association cessera, alors, au 31 décembre de l'année civile en cours et entrainera la résiliation de plein droit des adhésions aux contrats d'assurance de groupe du membre démissionnaire à la date d'effet de la démission.

En cas d'envoi de la lettre recommandée moins de deux mois avant la fin de l'année civile, la démission ainsi que la résiliation de l'adhésion aux contrats d'assurance de groupe prendront effet au 31 décembre de l'année suivante.

Dans tous les cas, le membre démissionnaire reste redevable du paiement de l'ensemble des cotisations dues à l'Association et aux assureurs.

ARTICLE 7 – RESSOURCES

Les ressources de l'Association sont toutes celles qui ne sont pas interdites par les lois et règlements en vigueur et qui sont utiles à la réalisation de l'objet social, soit notamment :

- les dons manuels,
- les subventions,
- les cotisations périodiques acquittées par les membres de l'Association fixées par le Conseil d'Administration. Le montant de la cotisation est fixé par le Conseil d'Administration qui en fixe également les modalités de recouvrement,
- les droits d'adhésion acquittés par les membres de l'Association fixés par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 8 – CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION

Composition :

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration composé de 5 membres élus par l'Assemblée Générale parmi les membres de l'Association dans le respect des dispositions du Code des assurances.

Conformément à l'article L. 141-7 du Code des assurances, parmi les membres composant le Conseil d'Administration, trois membres au moins ne détiennent ou n'ont détenu, au cours des deux années précédant leur désignation, aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes signataires des contrats d'assurance et ne reçoivent ou n'ont reçu aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes au cours de la même période. Le membre ne remplissant pas ces conditions est réputé démissionnaire d'office. Le membre dont la situation viendrait à évoluer s'engage à en informer le Président du Conseil d'Administration.

Les Administrateurs ne peuvent avoir fait l'objet d'une condamnation visée à l'article L. 322-2 du Code des assurances.

Les Administrateurs sont élus pour une période de six ans, leur mandat prenant fin à l'issue de l'Assemblée Générale appelée à examiner les résultats de l'exercice en cours. Ils sont rééligibles.

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu lors de l'Assemblée Générale suivant la clôture de six exercices comptables.

Élection des Administrateurs :

Les déclarations de candidatures doivent être adressées par lettre recommandée avec accusé de réception, au siège de l'Association visé à l'article 4 des présents statuts, et ce au moins cinq jours avant l'élection.

L'élection a lieu à la majorité des suffrages exprimés. Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages exprimés, l'élection est acquise au plus jeune.

Cooptation :

En cas de vacance d'un siège d'Administrateur, le Conseil d'Administration procède à la nomination à titre provisoire d'un Administrateur pour le siège devenu vacant, pour la durée du mandat restant à courir de son prédécesseur sous réserve de ratification par la prochaine Assemblée Générale.

Cessation des fonctions :
Les fonctions d'Administrateur prennent fin automatiquement :

- au terme de leur mandat ;
- en cas de décès ou de démission de leur fonction ;
- en cas de non-respect des conditions fixées pour exercer les fonctions d'Administrateur ;
- en cas de perte de la qualité de membre de l'Association ;
- en cas de révocation par l'Assemblée Générale.

Rémunération des Administrateurs :
Les fonctions d'Administrateurs sont gratuites. Le Conseil d'Administration peut toutefois décider d'allouer des indemnités et avantages dans les conditions prévues à l'article R 141-9 du Code des assurances.

ARTICLE 9 - CONVOCATIONS ET DÉLIBERATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
Le Conseil d'Administration se réunit aussi souvent que nécessaire sur convocation du Président ainsi qu'en cas de demande de la moitié de ses membres.
Le Conseil d'Administration est convoqué, sans délai, par le Président, par tous moyens et même verbalement.
Il ne peut délibérer valablement qu'en présence de la moitié de ses membres présents ou représentés et ses décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés.
Sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité, les Administrateurs qui participent à la réunion du Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou d'autres moyens de télécommunication permettant l'identification des participants et garantissant leur participation effective.
En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.
Tout Administrateur empêché peut se faire représenter par un autre Administrateur dans la limite de trois pouvoirs par Administrateur.
Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé lors de la séance suivante.

ARTICLE 10 – POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour prendre toutes décisions sur l'administration, la gestion et le fonctionnement de l'Association, dès lors qu'ils ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale.

ARTICLE 11- BUREAU
Composition :
Le bureau est composé d'un Président et d'un Vice-président.

Élection du bureau :
Les membres du bureau sont élus pour six ans par le Conseil d'Administration parmi ses membres au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle a eu lieu le renouvellement du Conseil d'Administration, dans les conditions prévues à l'article 8 ci-dessus.
Leur mandat expire le jour de la première réunion du Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle il a été procédé à un renouvellement du Conseil d'Administration.

ARTICLE 12 – CONVOCATIONS ET DÉLIBÉRATIONS DU BUREAU
Le bureau se réunit aussi souvent que nécessaire sur convocation du Président ainsi qu'en cas de demande de la moitié de ses membres.
Il ne peut délibérer valablement qu'en présence de la moitié de ses membres et ses décisions sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés.
En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.
Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé lors de la séance suivante.

ARTICLE 13 – POUVOIRS DU BUREAU
Le Bureau assure la gestion courante de l'Association, sur délégation du Conseil d'Administration.

ARTICLE 14 – POUVOIRS DU PRÉSIDENT
Le Président veille au fonctionnement régulier de l'Association. Il représente l'Association dans tous les actes de la vie civile et en justice. Il peut décider d'agir en justice, soit en demande, soit en défense, au nom de l'Association. Il engage les dépenses.
Il convoque et préside les réunions du Conseil d'Administration, du bureau et de l'Assemblée Générale.
Il peut, pour un acte précis, déléguer son pouvoir à un autre membre du Conseil d'Administration.

ARTICLE 15 – POUVOIRS DU VICE-PRESIDENT
Le Vice-président est chargé d'assister le Président et de le remplacer en cas d'empêchement ou de décès.
Lorsque le poste de Président devient vacant, le Vice-président convoque sans délai le Conseil d'Administration aux fins de procéder à une nouvelle élection.
Le Vice-président exerce toutes les attributions du Président, y compris celles qui avaient été déléguées à celui-ci par le Conseil d'Administration, jusqu'à ce qu'un nouveau Président soit élu.

ARTICLE 16 – DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS
Le Conseil d'Administration ou chacun des membres le composant peuvent consentir les délégations de pouvoirs nécessaires en vue d'assurer, sous leur contrôle, le fonctionnement de l'Association dans le respect des dispositions de l'article L. 141-7 du Code des assurances.

ARTICLE 17 - COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
L'Assemblée Générale est composée des membres de droit de l'Association au 31 décembre de l'année n-1.
Chaque membre dispose d'une voix.
Il peut se faire représenter soit par un autre membre, soit par son conjoint.
Un membre peut disposer de plusieurs pouvoirs, dans la limite de 5 % des droits de vote.
Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou membres dans la limite ci-dessus.

ARTICLE 18 - CONVOCATION ET ORDRE DU JOUR DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation individuelle du Président du Conseil d'Administration 30 jours au moins avant la date de l'Assemblée Générale.
Sauf refus exprès du membre de l'Assemblée, la convocation aux Assemblées générales est réalisée par l'envoi d'un courriel à l'adresse électronique transmise par ledit membre.
Les membres de l'Assemblée refusant d'être convoqués par courriel ou n'ayant pas communiqué d'adresse électronique seront convoqués par l'envoi d'un courrier simple.
Les documents de l'Assemblée Générale sont mis à disposition des membres de l'Assemblée Générale en ligne à l'adresse indiquée sur la convocation ou peuvent être transmis par courrier sur demande des membres qui le souhaitent.
Le Président du Conseil d'Administration doit convoquer dans les mêmes conditions une Assemblée Générale Extraordinaire si 10% au moins des membres le sollicite.
Les convocations doivent mentionner l'ordre du jour et contenir les projets de résolution présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux qui lui auraient été communiqués 60 jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée Générale par le dixième au moins des membres ou par 100 membres si le dixième est supérieur à 100.

ARTICLE 19 - QUORUM ET MAJORITÉ À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

19.1 Assemblée Générale Ordinaire
L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si 1000 membres ou un trentième des membres au moins sont présents, représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents, représentés.
Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés.
Pour tout pouvoir d'un membre sans indication de mandataire, tout membre émet un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration

et un vote défavorable à l'adoption de tous les autres projets de résolutions.
Il est établi un procès-verbal de chaque Assemblée qui est approuvé lors de l'Assemblée suivante.
Les procès-verbaux sont conservés et consultables par les membres au siège de l'Association. Les membres peuvent également à tout moment demander par lettre recommandée avec accusé de réception à l'Association la communication desdits procès- verbaux.

19.2 Assemblée Générale Extraordinaire
L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si 1000 membres ou un trentième des membres au moins sont présents, représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents, représentés.
Les décisions sont prises à la majorité des 2/3 des suffrages exprimés.

ARTICLE 20 - POUVOIRS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
L'Assemblée Générale Ordinaire a seule qualité pour :
a) élire les Administrateurs et le cas échéant les révoquer ;
b) approuver les comptes de l'exercice ;
c) autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association ; elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder 18 mois le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans les matières que la résolution définit, dans le respect des limites posées par les dispositions de la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique.
Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale et en cas de signature d'un ou de plusieurs avenants, en fait rapport à l'Assemblée Générale.
d) plus généralement, statuer sur les questions inscrites à l'ordre du jour comme indiqué ci-dessus.

L'Assemblée Générale Extraordinaire a seule qualité pour :
a) modifier les statuts de l'Association ;
b) se prononcer sur la fusion, scission ou dissolution de l'Association.

ARTICLE 21 – DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION
La dissolution de l'Association est décidée par l'Assemblée Générale qui désigne la personne morale à laquelle sera dévolu l'actif de l'Association et désigne le liquidateur chargé de procéder aux opérations nécessaires à la liquidation.

ARTICLE 22 – RÈGLEMENT DE L'ASSOCIATION
Un règlement intérieur établi par le Conseil d'Administration peut préciser et compléter les règles de fonctionnement de l'Association.

Annexe 1 - Liste des membres fondateurs de l'Association

Le collège des Membres fondateurs comprend :

- Le Docteur Michel CAZAUGADE ;
- Le Docteur Bertrand MAS ;
- Monsieur Xavier DUMOULIN ;
- Madame Laurence PEREZ, née MAGNAVAL ;
- Madame Béatrice OTTO.

