

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 Objet du contrat et définition des parties au contrat

Le présent contrat a pour but de garantir, au profit de l'établissement prêteur désigné comme bénéficiaire par le souscripteur, tout ou partie du remboursement du prêt en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie ou d'incapacité de travail de l'assuré.

La garantie incapacité de travail ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie décès-perte totale et irréversible d'autonomie ou d'une garantie décès souscrite auprès de l'organisme assureur d'un montant au moins équivalent au capital emprunté et sous réserve que l'assuré exerce régulièrement une activité professionnelle.

Sauf stipulation contraire au certificat d'adhésion, les garanties du présent contrat concernent un prêt à caractère immobilier et/ou professionnel à annuités de remboursement constantes, ne comportant pas de différé d'amortissement supérieur à un an et correspondant à un engagement global par assuré n'excédant pas 800 000 euros.

Toutefois, s'agissant de la garantie incapacité de travail, l'engagement de l'assureur au titre des prêts de 10 ans au plus est limité aux capitaux empruntés plafonnés aux montants suivants :

Durée du prêt (en années)	Capital maximum garanti en incapacité	Durée du prêt (en années)	Capital maximum garanti en incapacité
1	89 000 €	6	485 000 €
2	174 000 €	7	556 000 €
3	256 000 €	8	624 000 €
4	335 000 €	9	690 000 €
5	410 000 €	10	754 000 €

correspondant à une mensualité de 7 500 € maximum.

Assureur : l'organisme visé au certificat d'adhésion.

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

Assuré : la personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie, **obligatoirement âgée de moins de 65 ans à la souscription du contrat**. Cette limite d'âge est toutefois levée pour les assurés exerçant une profession médicale, paramédicale ou libérale.

Le souscripteur et l'assuré peuvent être la même personne.

Sont assimilés aux emprunteurs les cautions solidaires d'une société emprunteuse, sous réserve que ces personnes exercent à titre principal et effectif leur activité professionnelle dans cette société ou dans les locaux appartenant à cette société.

L'assurance peut également concerner le conjoint de l'assuré, dès lors qu'il se porte caution solidaire de l'emprunt contracté par ce dernier.

Pour les dispositions spécifiques des présentes conditions générales ne s'appliquant qu'aux assurés exerçant une profession médicale, on entend par "professions médicales" : les médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens, vétérinaires et sages femmes.

Bénéficiaire : l'établissement prêteur créancier des annuités du prêt concerné par le contrat, appelé à recueillir le bénéfice des prestations garanties et désigné au certificat d'adhésion.

Le souscripteur, personne physique (ou l'assuré d'un contrat souscrit par une personne morale) acquiert et doit conserver la qualité de membre participant de la mutuelle affiliée à l'organisme assureur, dont le nom lui est communiqué lors de la souscription.

Le souscripteur du contrat, personne physique, ne peut inscrire dans l'assurance, des assurés autres que lui-même, qu'à la condition qu'il soit personnellement titulaire d'une garantie de prévoyance ou d'épargne-retraite auprès de l'organisme assureur.

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité.

La loi applicable au contrat est la loi française et les échanges relatifs au contrat se font en langue française.

L'AGMF s'engage à respecter la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) pour faciliter l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé).

Toutes les informations concernant la convention AERAS sont disponibles sur le site officiel de la convention www.aeras-infos.fr.

Article 2 Risques exclus

§ 1

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

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

§ 2

L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie ou l'incapacité de travail lorsque le sinistre résulte :

- 1/ de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- 2/ de faits de guerre civile ;
- 3/ du fait intentionnel causé ou provoqué par l'assuré ou les bénéficiaires entraînant l'incapacité de travail ou la perte totale et irréversible d'autonomie ;
- 4/ de luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense) ou d'agressions auxquels l'assuré participe activement ;
- 5/ du fait d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme ou de sabotage quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- 6/ de tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation ;
- 7/ des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation des noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules, à l'exception de ces mêmes effets lorsqu'ils sont subis ou provoqués dans le cadre d'une thérapeutique médicale ;
- 8/ du risque de navigation aérienne, lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet pour l'appareil utilisé ou de licence valides, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même.
- 9/ de la participation à des courses en haute montagne ; on entend par courses en haute montagne les randonnées remplissant les deux conditions ci-après :
 - nécessiter des équipements particuliers en vue d'escalades ou du franchissement de zones de rochers ou de passages de glaciers ;
 - être effectuées dans une zone d'altitude située au-dessus de la moyenne montagne, constituée en totalité de roches, glaces ou neiges éternelles ou en tout état de cause au-dessus de 3000 mètres d'altitude ;

10/ de la plongée subaquatique ;

11/ de la pratique de sports aériens, et notamment vols sur aile volante, ULM, delta-plane, vol à voile, parachutisme, parachutisme ascensionnel, parapente, saut à l'élastique, voltige aérienne ;

12/ de tous sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur, à titre professionnel ou amateur et de tous sports à titre professionnel ;

13/ de la spéléologie* ;

* cette exclusion ne concerne que les souscripteurs garantis à compter du 01/01/2004.

14/ de la participation à des matchs, paris, défis, courses, raids, acrobaties, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, sauf compétition normale concernant un sport dont la pratique n'est pas exclue par les alinéas précédents. (Par compétition normale, il faut entendre toute compétition organisée selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré).

§ 3

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les exclusions de risques concernant les activités sportives non professionnelles visées au § 2 (9° à 13°) ci-dessus peuvent être levées, sur demande expresse du souscripteur, moyennant le paiement d'une cotisation annuelle supplémentaire.

Pour permettre à l'organisme assureur de se prononcer sur l'acceptation de la garantie sollicitée, le souscripteur (et l'assuré si c'est une personne distincte) doivent lui faire parvenir une demande circonstanciée et signée décrivant la nature et les conditions d'exercice de l'activité sportive considérée (lieu, fréquence, période annuelle...). En outre, l'organisme assureur se réserve le droit de demander au postulant à l'assurance tout renseignement complémentaire nécessaire à une exacte appréciation du risque.

§ 4

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

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

Sont également exclues de la garantie "incapacité de travail" :

- les périodes d'incapacité de travail pour lesquelles l'assuré se trouve hors du territoire français (exception faite des périodes d'hospitalisation) ;
- les périodes correspondant à des séjours dans des établissements de cure et de repos, sauf si elles sont prescrites médicalement et font suite d'une manière ininterrompue à un arrêt de travail d'au moins 30 jours.

§ 5

Aucune prestation n'est due lorsque le sinistre entre dans l'un des risques exclus définis ci-dessus, sous réserve de l'application des dispositions du § 3 et aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir.

Article 3 Obligations déclaratives du souscripteur et de l'assuré

§ 1 - A la souscription du contrat

L'assuré a l'obligation de répondre exactement aux questions posées, notamment dans le bulletin d'adhésion et dans le questionnaire médical, pour permettre à l'organisme assureur d'apprécier le risque qu'il prend à sa charge.

§ 2 - En cours de contrat

Le souscripteur a l'obligation de déclarer à l'organisme assureur tout amortissement anticipé du prêt.

Voir également article 9 : nullité du contrat.

Article 4 Formation et prise d'effet du contrat

§ 1

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

§ 2

Le contrat est formé après :

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

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

Les garanties du présent contrat ne jouent qu'au titre du prêt indiqué au certificat d'adhésion. Lorsque le souscripteur ou l'assuré contracte plusieurs prêts, chacun d'entre eux donne lieu à un contrat et une assurance distincts.

§ 3 - Assurance sur deux têtes

Une assurance sur deux têtes peut être contractée pour les personnes souscrivant un emprunt conjointement (la caution solidaire est assimilée à un co-emprunteur).

Dans ce cas, chacun des co-emprunteurs se trouve soumis aux règles du présent contrat et se voit reconnaître la qualité d'assuré après la procédure d'acceptation visée au §2 ci-dessus. En cas d'assurance prise sur deux têtes à 100 % au total, les cotisations et prestations se calculent pour chacun des deux assurés, proportionnellement aux taux de garantie résultant de la répartition de celle-ci entre les deux têtes.

Cette répartition doit correspondre à la part d'engagement de chacun des co-emprunteurs non solidaires vis-à-vis de l'établissement prêteur ; elle est librement déterminée par les co-emprunteurs solidaires. La répartition de la garantie est indiquée au certificat d'adhésion. Si la solidarité entre co-emprunteurs est stipulée au contrat de prêt, l'assurance peut être souscrite sur deux têtes et à 100 % du montant du prêt pour chacune d'elles, moyennant le paiement d'une cotisation majorée dont le montant figure au certificat d'adhésion.

Toutefois, le calcul des prestations se fait dans les limites prévues aux articles 14 et 18 du présent contrat.

§ 4 - Prise d'effet du contrat

Sauf stipulation contraire au certificat d'adhésion, le contrat prend effet à la date de mise à disposition des fonds par l'établissement prêteur. La date de prise d'effet du contrat ne peut cependant être antérieure, ni à la date de notification de l'acceptation de la souscription par l'organisme assureur, ni au lendemain de la date de paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci (sauf si le souscripteur a choisi le paiement par prélèvement automatique).

En vue de la prise d'effet du contrat, le souscripteur transmet obligatoirement le contrat de prêt ou l'offre préalable de prêt ainsi que le tableau d'amortissement.

Pour tout règlement par chèque, la date de paiement prise en compte est la date de remise du chèque par le souscripteur à l'organisme assureur ou à son mandataire ou, en cas de paiement par correspondance, la date de réception de celui-ci, et ce, sous réserve de son encaissement.

Faute par le souscripteur d'avoir réglé le montant du premier avis d'appel de cotisation dans les 30 jours suivant son émission, l'acceptation de la souscription est périmée et le contrat est de nul effet.

§ 5 - Prise d'effet des garanties (stage)⁽¹⁾

Sont garantis, dès la date de prise d'effet du contrat, le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, ainsi que l'incapacité de travail de l'assuré, résultant d'une maladie ou d'un accident survenu à compter de cette date.

(1) Cette disposition concerne les contrats en couverture de prêt souscrits à partir du 01/01/2002. Pour les contrats antérieurs à cette date, le délai d'attente est de trois mois suivant la date d'effet du contrat pour l'incapacité de travail suite à maladie, et de 12 mois pour la perte totale et irréversible d'autonomie suite à maladie ainsi que l'incapacité de travail consécutive à des troubles psychopathologiques.

Article 5 Refus ou ajournement de la souscription

Le refus ou l'ajournement de la souscription est notifié au souscripteur par lettre.

Le contrat ne se forme pas et ne prend pas effet. Le refus ou l'ajournement de la souscription entraîne, s'il y a lieu, le remboursement intégral de la cotisation versée.

La décision de l'organisme assureur, liée à l'appréciation du risque apporté par le postulant à l'assurance, est prise souverainement et n'est susceptible d'aucun recours.

Article 6 Acceptation sous réserves

L'acceptation de la souscription peut être assortie de réserves formulées par le médecin-conseil ayant pour objet d'exclure la prise en charge des suites d'affections déterminées et contractées antérieurement à la souscription au contrat.

L'acceptation de la souscription sous réserves est notifiée à l'assuré par lettre (recommandée avec avis de réception) confidentielle, en deux exemplaires, mentionnant la ou les affections contractées antérieurement à la souscription faisant l'objet de l'exclusion, soit au titre du risque décès, soit au titre du risque de perte totale et irréversible d'autonomie, soit au titre du risque incapacité de travail, soit au titre de l'ensemble de ces risques.

En cas d'acceptation de la réserve, l'assuré retourne un exemplaire de la lettre sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil de l'organisme assureur, après l'avoir signé et revêtu de la mention « bon pour accord » et ce, dans un délai impératif de quinze jours suivant la date d'envoi de la lettre de réserves par l'organisme assureur.

L'organisme assureur informe l'établissement prêteur désigné bénéficiaire au certificat d'adhésion que l'acceptation fait l'objet d'une réserve dont le motif a été porté à la connaissance de l'assuré et accepté par lui.

Un désaccord de l'assuré quant aux réserves ou l'absence de renvoi d'un exemplaire signé de la lettre dans le délai de quinze jours visé ci-dessus, empêche la formation du contrat et, s'il y a lieu, la cotisation versée est intégralement remboursée par l'organisme assureur.

Article 7 Renonciation

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

Conformément à l'article 4 ci-dessus, les présentes conditions générales remises au postulant à l'assurance précisent les conditions d'exercice de la faculté de renonciation (voir lettre-type en fin de texte).

Le défaut de remise des conditions générales entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu au premier alinéa jusqu'au 30^{ème} jour suivant leur date de remise effective.

Un nouveau délai de trente jours court à compter de la date de réception du bulletin d'adhésion, signé par l'adhérent avec des réserves ou des modifications, lorsque ce bulletin comporte des réserves ou des modifications essentielles à l'offre originelle.

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

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

L'organisme assureur informe par écrit l'établissement prêteur bénéficiaire de la renonciation du souscripteur.

Article 8 Durée et résiliation du contrat

§ 1

Le contrat est souscrit pour la durée du prêt garanti et expire à la date de la dernière échéance de remboursement indiquée au certificat d'adhésion et au plus tard au 75^{ème} anniversaire de l'assuré.

§ 2

L'organisme assureur ne peut procéder à la résiliation du contrat avant son terme qu'en cas de non-paiement de la cotisation dans les conditions prévues à l'article 21.

§ 3

Le contrat est résilié de plein droit en cas d'amortissement total anticipé du prêt.

§ 4 - Effets de la résiliation

La résiliation du contrat met fin définitivement à l'assurance et prive de tout droit à prestation l'assuré pour le décès survenu, la perte totale et irréversible d'autonomie ou l'incapacité de travail constatée postérieurement à la date de la résiliation. Aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir pour les périodes antérieures à la résiliation. Les cotisations uniques ne donnent jamais lieu à remboursement.

Article 9 Nullité du contrat

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, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue le risque omis ou dénaturé, alors même que celui-ci a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

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

Conformément à l'article L221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du souscripteur ou de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au certificat d'adhésion.

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

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

Article 10 Forclusions et prescriptions

§ 1

Le bénéficiaire est tenu de se conformer aux délais de déclaration de sinistre visés aux articles 23 et 24 sous peine des sanctions prévues auxdits articles.

§ 2

Tous droits et actions concernant le présent contrat se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à 10 ans pour le paiement de la prestation en cas de décès, dès lors que le bénéficiaire n'est pas le membre participant.

§ 3

Toute information complémentaire ou réponse à une réclamation concernant l'application des garanties est fournie par le département Gestion Commerciale de l'AGMF, au siège social.

Si le souscripteur, le co-emprunteur, ou l'établissement prêteur est en désaccord avec la position retenue, il peut soumettre son litige à la Direction Etudes - Service Médiation - d'AGMF, au siège social qui formulera son avis.

§ 4

AGMF est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), 61 rue Taitbout 75436 PARIS cedex 09.

Article 11 Subrogation

En ce qui concerne le risque incapacité de travail, l'organisme assureur, garantissant les indemnités journalières, est subrogé de plein droit à l'adhérent 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, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

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

SECTION 1 - En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

Article 12 Définition des prestations

En cas de décès survenant **avant le 75^{ème} anniversaire de l'assuré** ou de perte totale et irréversible d'autonomie médicalement constatée **au plus tard avant son 65^{ème} anniversaire**, l'organisme assureur verse à l'établissement prêteur désigné bénéficiaire au certificat d'adhésion, le montant du capital restant dû sur le prêt au jour du décès ou de la constatation de la perte totale et irréversible d'autonomie tel que ce montant apparaît au tableau d'amortissement du prêt.

L'assurance en cas de décès, hormis les cas prévus à l'article 2, est exemptée de toute restriction concernant la cause et le lieu du décès.

Ce montant ne peut en aucun cas être augmenté :

- des échéances antérieures au cas où celles-ci n'auraient pas été acquittées par l'emprunteur, ainsi que des intérêts ou pénalités de retard ;
- des intérêts courus entre la date de la dernière échéance de prêt et le jour du décès.

Au cas où l'engagement de l'organisme assureur serait supérieur au capital restant dû sur le prêt du fait d'une stipulation au certificat d'adhésion prévoyant une prise d'effet de l'assurance avant le déblocage total ou partiel des fonds par l'établissement prêteur, la fraction excédant le capital restant dû serait versée, sauf désignation particulière d'un bénéficiaire subséquent par l'assuré, selon l'ordre des priorités suivant :

- au conjoint survivant, non séparé de corps de l'assuré par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
- aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, légitimes, reconnus ou adoptés ;
- aux ascendants de l'assuré ;
- aux héritiers de l'assuré.

Article 13 Perte totale et irréversible d'autonomie

La perte totale et irréversible d'autonomie est assimilée au décès, si elle remplit les conditions suivantes :

- mettre définitivement l'assuré dans l'incapacité de se livrer à quelque activité que ce soit pouvant lui rapporter gain ou profit ;
- l'obliger, en outre, à recourir à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;
- être médicalement constatée avant son 65^{ème} anniversaire..

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le versement du capital décès par anticipation libère définitivement l'organisme assureur de toute prestation concernant cet assuré ou les deux assurés en cas d'assurance sur deux têtes à 100 % sur chacune d'elles.

En outre, l'assuré qui a bénéficié de la clause de perte totale et irréversible d'autonomie et qui obtient de nouveaux prêts est exclu de l'assurance pour ces prêts.

Le montant du capital versé au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie est le cas échéant amputé de la fraction de capital incluse dans les indemnités journalières visées à l'article 15 qui auraient pu être versées par l'organisme assureur au titre de la garantie "incapacité de travail" pour la période postérieure à la constatation de perte totale et irréversible d'autonomie.

Article 14 Cas particuliers de l'assurance sur deux têtes

§ 1

Si l'assurance repose sur deux têtes et à 100% sur chacune d'elles, le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'un des deux assurés entraîne le versement de la totalité du capital restant dû et libère l'organisme assureur de toute prestation concernant l'assuré survivant qui est définitivement radié de l'assurance.

En cas de décès simultané des deux assurés, l'organisme assureur ne peut verser plus que l'intégralité du capital restant dû.

§ 2

Si l'assurance repose sur deux têtes à 100 % au total (répartition), le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'un des deux assurés entraîne le versement d'une fraction du capital restant dû. Cette fraction du capital est calculée proportionnellement au taux de garantie de l'assuré décédé ou invalide. L'assuré survivant ou valide reste couvert au titre de son propre taux de garantie.

SECTION 2 - En cas d'incapacité de travail

Article 15 Définition des prestations

§ 1

En cas d'incapacité totale de travail de l'assuré définie, selon la formule souscrite, aux § 2 et 2 bis ci-après et médicalement constatée avant la date d'entrée en jouissance de la pension de vieillesse du régime obligatoire dont dépend l'assuré **et au plus tard avant son 67^{ème} anniversaire**, ou par dérogation, au plus tard aux âges ci-dessous, en fonction de la date de naissance de l'assuré :*

Date de naissance de l'assuré	Âge terme de la garantie (au plus tard au)
Avant le 01/07/1951	65 ^{ème} anniversaire (inchangé)
A compter du 01/07/1951	65 ^{ème} anniversaire et 4 mois
A compter du 01/01/1952	65 ^{ème} anniversaire et 8 mois
A compter du 01/01/1953	66 ^{ème} anniversaire
A compter du 01/01/1954	66 ^{ème} anniversaire et 4 mois
A compter du 01/01/1955	66 ^{ème} anniversaire et 8 mois
A compter du 01/01/1956	67 ^{ème} anniversaire

* Selon situation réglementaire en vigueur au 15/11/2011, susceptible d'évolution. Renseignez-vous sur le site www.gpm.fr

L'organisme assureur verse à l'établissement prêteur désigné au certificat d'adhésion, une indemnité journalière destinée au paiement des échéances de remboursement de l'emprunt au titre duquel l'assurance a été souscrite.

Les formules de garantie sont définies aux § 2, 2 bis et 3 ci-dessous.

§ 2 - Formule Incapacité Professionnelle

Les professionnels médicaux (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, sages-femmes), quelque soit leur mode d'exercice, les autres professionnels libéraux hors santé, les salariés cadres ainsi que les jeunes professionnels en formation de ces professions sont garantis sur la base d'une incapacité professionnelle dans les conditions ci-dessous. Il en est de même pour les professionnels paramédicaux exerçant à titre libéral choisissant cette formule dans le bulletin d'adhésion.

En cas d'incapacité totale temporaire de l'assuré d'exercer sa profession ou spécialité et/ou en cas d'incapacité permanente mettant définitivement l'assuré dans l'impossibilité absolue de poursuivre sa profession ou spécialité, par suite de maladie ou d'accident, l'organisme assureur verse à l'établissement prêteur désigné au certificat d'adhésion, une indemnité journalière destinée au paiement des échéances de remboursement de l'emprunt au titre duquel l'assurance a été souscrite.

L'incapacité professionnelle est définie par expertise, tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou l'accident, des conditions normales d'exercice et le cas échéant des possibilités d'exercice restantes après consolidation.

§ 2 bis - Formule Incapacité d'exercer une activité professionnelle quelconque

Les professionnels paramédicaux libéraux ayant choisi cette formule ainsi que les professionnels paramédicaux salariés, les artisans, commerçants, travailleurs indépendants et salariés non cadres sont garantis en cas d'incapacité totale de travail d'exercer une activité professionnelle quelconque par suite de maladie ou d'accident, survenant dans les conditions mentionnées au § 1 ci-dessus.

§ 3

Quelle que soit la formule choisie (art. 15 § 2 ou § 2bis), l'indemnité journalière est égale au 1/30^{ème} ou au 1/90^{ème} du montant du remboursement mensuel ou trimestriel tel que ce dernier est prévu au contrat de prêt.

Pour le calcul des indemnités journalières, tous les mois sont considérés comme étant de 30 jours.

Le montant des indemnités journalières ne peut en aucun cas être augmenté des échéances antérieures au cas où celles-ci n'auraient pas été acquittées par l'emprunteur ainsi que des intérêts ou pénalités de retard.

Pour les prêts non amortissables (prêts de type in fine), le montant du remboursement mensuel ou trimestriel garanti correspond aux seuls intérêts courus pendant la période considérée, à l'exclusion de tout remboursement du capital.

La garantie "incapacité de travail" est exempte de toute restriction concernant le lieu de survenance du sinistre. Toutefois, seules sont prises en considération au titre du présent contrat les périodes d'incapacité de travail au cours desquelles l'assuré se trouve présent sur le territoire français.

Article 16 Point de départ et terme des prestations

Les indemnités journalières visées à l'article 15 sont servies à l'issue de la franchise mentionnée au certificat d'adhésion. On appelle franchise la période d'arrêt se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de l'indemnisation.

En cas d'arrêt de travail consécutif à des troubles psychopathologiques, la durée de franchise de 14 et 30 jours est portée à 60 jours. Toutefois, pour les professions médicales*, la franchise fixée à 14 ou 30 jours en cas de maladie est de 30 jours pour les arrêts de travail consécutifs à des troubles d'origine psychopathologique.

* au sens de la définition mentionnée à l'article 1er ci-dessus - Définition de l'assuré.

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

Les indemnités journalières prennent fin à la date :

- de reprise de travail ou de constatation médicale de l'aptitude à la reprise de travail ;
- de la dernière échéance de remboursement du contrat de prêt ;

- de liquidation de la retraite du régime obligatoire dont dépend l'assuré et au plus tard à l'âge fixé en application de l'article L351-8 du Code de la Sécurité Sociale (67^{ème} anniversaire). Par dérogation pour les assurés visés dans le tableau mentionné à l'article 15 § 1 ci-dessus, cet âge est celui fixé par l'article D 161-2-1-9 du Code de la Sécurité Sociale augmenté de cinq années.
- de la constatation de la perte totale et irréversible d'autonomie entraînant le paiement du capital restant dû.

Article 17 Indemnisation d'une nouvelle période d'incapacité

Après reprise de travail, une nouvelle interruption médicalement prescrite donne droit aux indemnités journalières à l'issue de la franchise définie à l'article 16 et mentionnée au certificat d'adhésion.

Toutefois, si cette nouvelle interruption survient après une reprise de travail inférieure à un an et est due à une affection médicalement reconnue comme étant une rechute de la précédente, les droits à prestations d'un assuré sont ouverts dès le premier jour de ce nouvel arrêt.

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

Article 18 Cas particulier de l'assurance sur deux têtes

Si l'assurance repose sur deux têtes et à 100 % sur chacune d'elles, l'incapacité de travail frappant l'un des deux assurés entraîne le versement de l'intégralité de l'indemnité journalière visée à l'article 15 ci-dessus.

Toutefois, en cas d'incapacité de travail frappant les deux assurés, le cumul des allocations versées par l'organisme assureur ne peut dépasser journalièrement le 1/30^{ème} (ou le 1/90^{ème}) du remboursement mensuel (ou trimestriel) de l'emprunt.

Si l'assurance repose sur deux têtes à 100 % au total (répartition), l'incapacité de travail frappant l'un des deux assurés entraîne le versement d'une fraction de l'indemnité journalière visée à l'article 15. Cette fraction d'indemnité est calculée proportionnellement au taux de garantie de l'assuré concerné.

CHAPITRE III – COTISATIONS

Article 19 Fixation

La cotisation annuelle se calcule proportionnellement au montant de l'emprunt. Elle est fixée au certificat d'adhésion et dépend du nombre de têtes et de la répartition des garanties entre elles.

La première cotisation annuelle est calculée sur la période comprise entre la date de prise d'effet du contrat visée à l'article 4 § 4 (1er alinéa) et le 31 décembre de l'année en cours. La dernière cotisation est calculée sur la période allant jusqu'à la date du terme du contrat de prêt ou de la garantie.

Lorsque l'assuré entre en jouissance de la pension de vieillesse du régime obligatoire dont il dépend et en tout état de cause à son 65^{ème} anniversaire, la cotisation correspondant au risque incapacité de travail n'est plus due.

Article 20 Paiement de la cotisation

§ 1

La cotisation annuelle ou unique et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont payables d'avance aux dates d'échéance prévues sur l'appel de cotisation.

§ 2

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

Article 21 Non-paiement de la cotisation

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, l'organisme assureur adresse au souscripteur une lettre recommandée de mise en demeure, l'informant qu'à expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue ainsi que les cotisations venues éventuellement à échéance entre temps, entraîne de plein droit la résiliation de son contrat.

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

SECTION 1 - En cas de décès

Article 22 Déclaration du décès et pièces justificatives

En cas de décès de l'assuré, l'établissement prêteur bénéficiaire transmet à l'organisme assureur, dans les délais visés à l'article 10 § 2, une demande de capital décès en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- un extrait d'acte de décès de l'assuré (bulletin de décès) ;

- un certificat médical indiquant que le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- tout justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

Au cas où l'engagement de l'organisme assureur est supérieur au capital restant dû, le ou les bénéficiaires subséquents transmettent à l'organisme assureur, dans les délais prévus à l'article 10 § 2, une demande de capital décès en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- l'original du certificat d'adhésion ;

- › un extrait d'acte de décès de l'assuré (bulletin de décès) ;
- › la photocopie intégrale du livret de famille tenu à jour de l'assuré décédé, certifiée conforme par le(s) bénéficiaire(s) ou si le livret de famille est indisponible ou inexistant : un certificat de notoriété établi par le Notaire chargé du règlement de la succession ou un certificat d'hérédité délivré par la Mairie ou le Tribunal d'Instance du lieu du dernier domicile du défunt ;
- › en cas de désignation nominative de bénéficiaires, un extrait d'acte de naissance établi au nom de chaque bénéficiaire désigné et ne portant pas la mention "décédé" ;
- › en cas de désignation du conjoint de l'assuré ès-qualités : un extrait d'acte de naissance, établi au nom de la personne qui a cette qualité au jour du décès de l'assuré ou un extrait d'acte de mariage, ne portant ni la mention "décédé", ni la mention "divorcé" / "séparé de corps" ; en cas de divorce ou de séparation de corps, une copie de la décision de justice définitive ;
- › en cas de désignation générique des bénéficiaires (exemples : enfants nés ou à naître, descendants, héritiers, etc.) un certificat de propriété établi par le Notaire chargé du règlement de la succession ou par le greffe du Tribunal d'Instance du lieu du domicile du défunt ou un certificat d'hérédité délivré par la Mairie ou le Tribunal d'Instance du lieu du dernier domicile du défunt ;
- › le cas échéant, tout document à caractère fiscal exigé par la réglementation en vigueur ;
- › un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

A la demande du ou des bénéficiaires accompagnée de l'intégralité des pièces justificatives visées ci-dessus, l'organisme assureur procède au paiement du capital dans les trente jours.

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

Article 23 Déclaration de la perte totale et irréversible d'autonomie et pièces justificatives

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie au sens de l'article 13 ci-dessus, l'assuré concerné ou l'établissement prêteur bénéficiaire transmet à l'organisme assureur, **dans les six mois suivant la survenance de cet état (date de "consolidation")**, une demande de capital "PTIA" en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- › un certificat médical délivré par le médecin traitant sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur, attestant que l'état de l'assuré correspond à la définition de la perte totale et irréversible d'autonomie visée à l'article 13 ci-dessus. Ce certificat doit préciser la nature et la date d'origine de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'invalidité ainsi que la date de consolidation⁽¹⁾ ;
- › lorsque l'assuré relève d'un régime de Sécurité Sociale ou d'assurance obligatoire invalidité décès ou vieillesse comportant l'attribution de prestations spécifiques (allocations ou majorations d'allocations) aux assurés atteints de perte totale et irréversible d'autonomie au sens de l'article 13 ci-dessus ou de l'article L341-4 - 3° du Code de la Sécurité Sociale⁽²⁾ : production du titre d'attribution de cette prestation émanant de l'institution d'affiliation ;
- › tout justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

Dans les trente jours suivant la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées ci-dessus ou si ces procédures sont mises en œuvre suivant la réception du rapport de l'examen médical visé à l'article 27 ou la décision du médecin arbitre visée à l'article 28, l'organisme assureur procède au paiement du capital dû au bénéfice de l'établissement prêteur.

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

(2) Reproduction du texte de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale : « art. L.341-4. En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
 2) invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
 3) invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ».

SECTION 3 - En cas d'incapacité de travail

Article 24 Déclaration de l'incapacité - Pièces justificatives Déclaration de sinistre initiale

En cas d'incapacité de travail de l'assuré, au sens de l'article 15 selon la formule applicable, l'assuré concerné ou l'établissement prêteur bénéficiaire transmet à l'organisme assureur, **dans les trente jours suivant la date de l'arrêt et, en tout état de cause, avant la reprise de travail**, une déclaration d'incapacité de travail en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- › dans tous les cas, un certificat médical délivré par le médecin traitant sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur, attestant que l'état de l'assuré correspond à la définition de l'incapacité de travail visée à l'article 15 ci-dessus, selon la formule applicable. Ce certificat doit préciser :

1/ la cause de l'arrêt de travail, la nature et la date d'origine de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'incapacité de travail, le traitement prescrit ;

2/ la date de cessation totale d'activité professionnelle ;

3/ la durée probable de l'incapacité d'exercer une activité professionnelle quelconque (si souscription de la formule mentionnée à l'article 15 § 2 bis), ou de l'incapacité d'exercice de la profession (si souscription de la garantie mentionnée à l'article 15 § 2).

En outre :

Lorsque l'assuré relève d'un régime de Sécurité Sociale ou d'assurance obligatoire comportant des prestations en espèces en cas d'incapacité totale de travail temporaire ou permanente : production de l'original des volets de décomptes ou du titre d'attribution de cette prestation émanant de l'institution d'affiliation (ces pièces sont retournées à l'assuré).

Faute de production de la déclaration d'arrêt de travail et des pièces justificatives requises dans le délai de trente jours visé au premier alinéa, l'assuré est réputé avoir cessé son activité professionnelle au jour de l'envoi de la déclaration à l'organisme assureur (le cachet de la poste faisant foi) pour autant qu'il soit encore en arrêt de travail, sauf s'il établit que le retard est justifié par la force majeure.

Article 25 Pièces justificatives requises pendant la période d'incapacité

§ 1 - Avant consolidation (au sens de la définition figurant à l'article 23), c'est-à-dire durant la période d'incapacité temporaire totale de travail

L'assuré concerné ou l'établissement prêteur bénéficiaire doivent faire parvenir à l'organisme assureur, pour chaque échéance de remboursement du prêt, un certificat médical délivré par le médecin traitant de l'assuré sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur, comportant un compte rendu de l'état de l'assuré avec indication de la date probable de reprise de travail ou de consolidation ;

Ce certificat médical est accompagné d'une déclaration sur l'honneur de l'assuré qu'aucun acte professionnel n'est accompli durant la période d'arrêt de travail.

L'assuré relevant d'un régime de Sécurité Sociale ou d'assurance obligatoire transmet pour chaque échéance de remboursement du prêt l'original des volets de décompte émanant de l'institution d'affiliation, certifiant la poursuite de l'incapacité de travail (ces pièces sont retournées à l'assuré).

§ 2 - Après consolidation (au sens de la définition figurant à l'article 23), c'est-à-dire durant la période d'incapacité permanente

L'assuré concerné ou l'établissement prêteur bénéficiaire doivent faire parvenir tous les ans un certificat médical sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur certifiant la continuation de l'état d'incapacité totale de travail permanente de l'assuré.

L'assuré relevant d'un régime de Sécurité Sociale ou d'assurance obligatoire transmet annuellement l'original de toute pièce justificative de la poursuite de l'incapacité de travail (ces pièces sont retournées à l'assuré).

§ 3

Faute de production des pièces justificatives et déclarations dans les délais indiqués aux § 1 et 2 ci-dessus, l'organisme assureur est fondé à suspendre le service des prestations tant que la situation n'est pas régularisée.

§ 4 - Reprise de travail

L'assuré a l'obligation de déclarer sa reprise de travail par lettre adressée à l'organisme assureur dans les 5 jours de la reprise.

Article 26 Paiement des indemnités journalières

Les indemnités journalières dues en cas d'incapacité de travail sont versées à l'établissement prêteur bénéficiaire pour chaque échéance de remboursement dans les dix jours suivant la réception par l'organisme assureur de l'intégralité des pièces justificatives visées aux articles 24 ou 25.

SECTION 4 - Dispositions communes

Article 27 Examen médical et contrôle de l'assuré

Pour se prononcer sur l'ouverture du droit aux 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, soit par un médecin choisi en dehors du médecin traitant.

La convocation à cet examen, lorsqu'il est mis en oeuvre pour l'ouverture des droits à prestations, a lieu au plus tard dans les trente jours suivant la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées à l'article 23 ou à l'article 24.

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

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

Article 28 Litiges médicaux

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

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

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

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

EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE 7 DES CONDITIONS GÉNÉRALES

MODÈLE DE LETTRE-TYPE DE RENONCIATION AU CONTRAT

(A adresser par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 30 jours après le premier versement de cotisation à Multi-Impact, 1 rue René Francart, BP 283, 51687 REIMS cedex 2).

Monsieur le Président,

Je soussigné(e),
domicilié(e) à

vous prie de bien vouloir prendre note qu'usant de la faculté qui m'est conférée par les articles L223-8 du Code de la Mutualité et 7 des présentes conditions générales, je désire renoncer à mon contrat souscrit auprès de votre organisme.

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

Fait à, le
(signature du souscripteur/adhérent)

Les garanties des présents produits en couverture de prêt sont assurées par AGMF - Prévoyance - Union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - 34 Boulevard de Courcelles - 75809 PARIS CEDEX 17. N° 775 666 340.

STATUTS AGMF PRÉVOYANCE

N° 775 666 340

Approuvés par l'Assemblée Générale du 25 mai 2002
Modifiés par l'Assemblée Générale du 14 juin 2003 (article 19)
Modifiés par l'Assemblée Générale du 17 juin 2006 (Articles 2, 22 et 23)
Modifiés par l'Assemblée Générale du 30 juin 2007 (articles 1.2.6.7.8.17.19.21.22.23.25.27.35.40.42.44.59.63.68.69.72)
Modifiés par l'Assemblée Générale du 25 juin 2011 (articles 1.2.17.22.25.26.38.40.47.48.50.53.59)
Modifiés par l'Assemblée Générale du 2 juin 2012 (articles 1.17.20.25.40.51.68.69)

TITRE I^{er} FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE L'UNION CHAPITRE 1^{er} : FORMATION ET OBJET

ARTICLE 1^{ER} - DÉNOMINATION ET SIÈGE

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

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

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

ARTICLE 2 - OBJET

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

-la couverture des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;

-la contraction d'engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine ;

-la couverture à titre accessoire des besoins liés au mariage ou à la naissance d'enfants par le versement d'un capital lors de ces événements ;
-la réalisation d'opérations faisant appel à l'épargne en vue de la capitalisation et impliquant des engagements déterminés.

Elle accepte les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance.

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

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

1) Accidents (prestations forfaitaires, indemnitaires et combinaison)

2) Maladie (prestations forfaitaires, indemnitaires et combinaison)

20) Vie-décès

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 3 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

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

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

ARTICLE 4- RÈGLEMENTS DES GARANTIES

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

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

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

ARTICLE 5 RESPECT DE L'OBJET SOCIAL

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

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

ARTICLE 6 – CONDITIONS D'ADMISSION

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

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

Peuvent être admis comme membres honoraires les personnes morales qui souscrivent un ou plusieurs contrats collectifs auprès de l'Union. L'admission de nouveaux groupements adhérents est prononcée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 7 - ASSURÉS, BÉNÉFICIAIRES, AYANTS-DROIT

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

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

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

ARTICLE 8 – LOGO DU GROUPE

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

ARTICLE 9 - FUSION OU SCISSION DES MEMBRES ADHÉRENTS

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

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

SECTION II DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 10 - DÉMISSION

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

ARTICLE 11 - RADIATION

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

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

circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

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

ARTICLE 12 - EXCLUSION

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

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

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

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

ARTICLE 13 - CONSÉQUENCES DE LA CESSATION D'ADHÉSION

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

CHAPITRE 3 – DISSOLUTION VOLONTAIRE

ARTICLE 14 - CONDITIONS DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE

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

ARTICLE 15 - CONSÉQUENCES DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE

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

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

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

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

TITRE II ADMINISTRATION DE L'UNION CHAPITRE 1er ASSEMBLÉE GÉNÉRALE SECTION I COMPOSITION, ÉLECTIONS

ARTICLE 16 - COMPOSITION

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

Chaque délégué ne dispose que d'une seule voix.

ARTICLE 17 - NOMBRE DE DÉLÉGUÉS

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

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

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

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

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

effectifs entre le 31 décembre de l'année N-2 et le 31 décembre de l'exercice précédent.

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, en sus des délégués titulaires, des délégués suppléants en nombre égal à la moitié des délégués titulaires.

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

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

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

SECTION II RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 18 - CONVOCATIONS

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

ARTICLE 19 - ORDRE DU JOUR

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

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

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

ARTICLE 20 - PROCÈS-VERBAUX

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

ARTICLE 21 - QUORUM ET MAJORITÉ

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

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

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

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

2/ Autres délibérations de l'Assemblée Générale

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

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

SECTION III ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 22 - COMPÉTENCES RÉSERVÉES À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

Elle est seule compétente pour statuer sur :

1°) la modification des statuts ;

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

ARTICLE 23 - COMPÉTENCES À EXERCER CHAQUE ANNÉE

L'Assemblée Générale statue chaque année sur :

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

ARTICLE 24 - CLAUSE GÉNÉRALE DE COMPÉTENCE

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

CHAPITRE 2 CONSEIL D'ADMINISTRATION SECTION I COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 25 - COMPOSITION

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

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

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

2/ Dispositions transitoires 2014/2016

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

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

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

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

ARTICLE 26 - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Nul ne peut être élu au Conseil d'Administration :

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

ARTICLE 27 - DÉCLARATIONS DE CANDIDATURES

Les déclarations de candidature aux fonctions d'Administrateur doivent parvenir à l'Union 8 jours francs au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

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

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

ARTICLE 28 - MODALITÉS DE L'ÉLECTION

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

Sont élus au premier tour les candidats qui ont réuni la majorité des suffrages exprimés. Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative. Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

ARTICLE 29 - LIMITE D'ÂGE

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

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

ARTICLE 30 - DURÉE NORMALE DU MANDAT

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

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

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

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

ARTICLE 31 - FIN ANTICIPÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration perdent leur mandat :

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

ARTICLE 32 - VACANCE

En cas de vacance d'un siège d'Administrateur, et à la condition que cette vacance n'ait pas pour effet de faire tomber le nombre d'Administrateurs en dessous du nombre minimum prévu par l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il est pourvu provisoirement par le conseil à la nomination d'un Administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale. Si la nomination faite par le Conseil d'Administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée Générale, les libérations prises et les actes accomplis par lui n'en seraient pas moins valables.

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

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

ARTICLE 33 - REPRÉSENTATION DES SALARIÉS

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

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

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

SECTION II RÉUNIONS

ARTICLE 34 – CONVOCATIONS

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

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

ARTICLE 35 – DÉLIBÉRATIONS

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

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

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

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

ARTICLE 36 - PROCÈS- VERBAUX

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

SECTION III ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 37 – ATTRIBUTIONS DE PLEIN DROIT

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

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

ARTICLE 38 – DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS

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

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

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

ARTICLE 39 - COMMISSIONS

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

CHAPITRE 3 PRÉSIDENT ET BUREAU SECTION I ÉLECTION, COMPOSITION

ARTICLE 40 – COMPOSITION DU BUREAU

Le Bureau est composé de la façon suivante :

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

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

ARTICLE 41 – DURÉE DU MANDAT

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

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

ARTICLE 42 - MODALITÉS D'ÉLECTION AU BUREAU

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

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

- huit jours francs avant la date prévue pour le premier Conseil d'Administration suivant l'Assemblée Générale au cours de laquelle a eu lieu le renouvellement total ou par tiers du Conseil d'Administration ;

- huit jours francs avant la date prévue pour la réunion du Conseil d'Administration appelé à pourvoir un siège devenu vacant.

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

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

ARTICLE 43 – VACANCE D'UN POSTE DU BUREAU

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

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

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

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

SECTION II RÉUNIONS DU BUREAU

ARTICLE 44 - CONVOCATIONS

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

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

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

ARTICLE 45 - DÉLIBÉRATIONS

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

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

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

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

ARTICLE 46 – PROCÈS-VERBAUX

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

SECTION III ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU

ARTICLE 47 - ATTRIBUTIONS DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

ARTICLE 48 - ATTRIBUTIONS DES VICE-PRÉSIDENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE 4 DIRIGEANTS SALARIÉS

ARTICLE 51 - DÉSIGNATION

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

ARTICLE 52 - ATTRIBUTIONS DES DIRIGEANTS SALARIÉS

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

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

ARTICLE 53 - DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS AUX DIRIGEANTS SALARIÉS

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

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

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

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

CHAPITRE 5 STATUT DES ADMINISTRATEURS ET DES DIRIGEANTS SALARIÉS SECTION I DISPOSITIONS COMMUNES AUX ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANTS SALARIÉS

ARTICLE 54 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET DES DIRIGEANTS SALARIÉS

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

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

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

ARTICLE 55 - CONVENTIONS INTERDITES OU RÉGLEMENTÉES

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

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

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

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

SECTION II STATUT SPÉCIFIQUE DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 56 - INDEMNISATION DES ADMINISTRATEURS

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

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

ARTICLE 57 - ACTIVITÉS INTERDITES AUX ADMINISTRATEURS

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

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

ARTICLE 58 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

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

ARTICLE 59 - HONORARIAT

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

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

SECTION III STATUT SPÉCIFIQUE DES DIRIGEANTS SALARIÉS

ARTICLE 60 - DÉCLARATIONS

Les dirigeants salariés font connaître à l'Union, avant leur nomination, les activités professionnelles et les mandats électifs qu'ils entendent conserver. Ils sont de même tenus, lorsqu'ils sont en fonction, de faire connaître à l'Union les activités professionnelles nouvelles ou les mandats électifs nouveaux qu'ils souhaitent exercer.

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

TITRE III ORGANISATION FINANCIÈRE CHAPITRE 1^{er} PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 61 - PRODUITS

Les produits de l'Union comprennent :

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

ARTICLE 62 - CHARGES

Les charges de l'Union comprennent :

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

ARTICLE 63 - ENGAGEMENT, PAIEMENT ET CONTRÔLE DES DÉPENSES

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

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

CHAPITRE 2 RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

ARTICLE 64 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT

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

ARTICLE 65 - RÈGLES PRUDENTIELLES

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

ARTICLE 66 - RÉASSURANCE DES RISQUES

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

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

ARTICLE 67 - COMMISSAIRE AUX COMPTES

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

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

TITRE IV OBLIGATIONS DE L'UNION ET DE SES ORGANISMES ADHÉRENTS CHAPITRE 1^{er} OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS L'UNION

ARTICLE 68 - CONTRIBUTIONS DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS

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

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

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

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

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

ARTICLE 69 - MULTIPLE APPARTENANCE

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

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

ARTICLE 70 - INFORMATIONS DONNÉES À L'UNION

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

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

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

ARTICLE 71 - ADHÉSION À AGMF ACTION SOCIALE

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

ARTICLE 72 – ADHÉSION À UNE AUTRE UNION

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

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

ARTICLE 73 - COTISATION MUTUALISTE

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

CHAPITRE 2 OBLIGATIONS DE L'UNION ENVERS LES ADHÉRENTS

ARTICLE 74 - DROIT À L'ACCÈS AUX PRESTATIONS

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

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

ARTICLE 75 - INFORMATION DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS

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

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

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