

## GAMME SANTÉ ÉTUDIANTS - INTERNES

### CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### Article 1 Objet du contrat

Le contrat a pour objet de rembourser aux étudiants et internes des professions de santé, dans les conditions précisées ci-après et selon les garanties concernées, une partie déterminée des frais médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation qu'ils peuvent être amenés à engager et ce, en complément des remboursements des régimes obligatoires d'assurance maladie français (sauf disposition contractuelle contraire).

Il comporte également une garantie de couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation à l'étranger et des garanties d'assistance assurées par Garantie Assistance, (entreprise régie par le Code des Assurances, 38, rue La Bruyère - 75009 Paris), décrites en annexe 3.

Le contrat comprend :

- une garantie AGMF-GPM Optimum,
- une garantie AGMF-GPM Optimum avec renforts concernant les postes "Hospitalisation médicale et chirurgicale", "Soins et prothèses dentaires- appareillage" et "Ophtique".

Les étudiants d'une discipline autre que la santé peuvent souscrire la garantie AGMF-GPM Optimum comme indiqué ci-dessous, avec ou sans renforts.

Le présent contrat satisfait aux normes des contrats "responsables"\*\*, respectant les conditions prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

En cas de besoin, les garanties et niveaux de remboursement du contrat seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant cette catégorie de contrats.

Le contrat ne peut être souscrit que par des personnes affiliées à un régime de Sécurité Sociale français. Il 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 dans cette langue.

#### Article 2 Définition

##### § 2.1 - Définition des parties

**Assureur** : l'organisme visé selon le cas dans le certificat d'adhésion ou le bulletin d'adhésion signé électroniquement (AGMF-Prévoyance).

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

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

- ayant la qualité d'étudiant ou d'interne des professions de santé, voire étudiant d'une discipline autre que la santé ;
- âgée obligatoirement de moins de 35 ans lors de la demande de souscription et du renouvellement du contrat.

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, pour la souscription du contrat par les étudiants d'une discipline autre que la santé, l'assuré doit être âgé, à la souscription ou au renouvellement du contrat, de moins de 28 ans ou de moins de 32 ans si l'étudiant bénéficie d'un recul de la limite d'âge après 28 ans pour l'admission au régime de la sécurité sociale étudiante et est effectivement inscrit à ce régime. L'étudiant doit être titulaire d'une carte d'étudiant d'une discipline autre que la santé.

Tout assuré doit relever, à titre personnel, d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Pour l'application de l'alinéa qui précède, il est entendu que tout assuré social peut faire bénéficier des prestations prévues au présent contrat les personnes ci-après :

- son conjoint <sup>(1)</sup> ;
- son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), soit considéré comme ayant-droit au sens de l'article L.161-14 du Code de la Sécurité Sociale, soit produisant, selon le cas, une attestation sur l'honneur de concubinage stable et notoire ou une attestation, délivrée par le Greffier du Tribunal d'Instance, de l'inscription de la déclaration de PACS ou une copie de récépissé d'enregistrement du PACS effectué par le notaire ou une copie de l'acte de naissance avec les mentions marginales ;
- ses enfants à charge au sens fiscal (articles 196 et 196B du Code Général des Impôts) ;
- et plus généralement toute personne considérée par la Sécurité Sociale comme ayant-droit à charge et pouvant justifier de cette qualité.

(1) satisfaisant à la condition d'âge ci-dessus

**Bénéficiaire** : personne appelée à recueillir le bénéfice des prestations garanties par le contrat.

##### § 2.2 - Qualité de membre participant

Le souscripteur acquiert et doit conserver la qualité de membre participant de la mutuelle affiliée à l'organisme assureur.

Tous les assurés inscrits dans le contrat doivent avoir un niveau unique de couverture.

#### Article 3 Risques exclus

Sauf dispositions expresses contraires des présentes conditions générales, sont exclues de la garantie toutes les prestations n'ayant pas préalablement fait l'objet d'une prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie français.

#### Article 4 Obligations déclaratives

A la souscription du contrat ou en cas de demande d'augmentation de garantie, l'assuré a l'obligation de répondre exactement aux questions administratives posées dans le bulletin d'adhésion ou dans la demande d'avenant, concernant notamment son rattachement au régime obligatoire d'assurance maladie français et sa composition familiale.

#### Article 5 Formation et prise d'effet du contrat

##### § 1 - Formation du contrat

###### 1.1 Contrats souscrits sur support papier

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

Le contrat est formé après :

- signature du bulletin d'adhésion par le postulant à l'assurance ;
- et
- notification par l'organisme assureur de l'acceptation de la souscription, concrétisée par l'envoi du certificat d'adhésion et d'un premier appel de cotisation.

###### 1.2 Contrats souscrits en ligne (via le site internet)

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

Le contrat est conclu après :

- acceptation puis validation par voie numérique de l'adhésion par le postulant à l'assurance (procédé du double-clic).

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

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

## § 2 - Prise d'effet du contrat

### 2.1 Contrats souscrits sur support papier

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

- au lendemain zéro heure de la date de signature du bulletin d'adhésion, sous réserve :
  - de la notification de l'acceptation de l'adhésion par l'organisme assureur,
  - et du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci,
- ou à une date ultérieure expressément indiquée sur le bulletin d'adhésion (qui en tout état de cause, ne peut être antérieure à la date de signature du bulletin).

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

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

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

### 2.2 Contrats souscrits en ligne (via le site internet)

#### 2.2.1 Prise d'effet

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

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

#### 2.2.2 Délai de rétractation

Dans le cadre de la réglementation sur la vente à distance, à compter de la date de conclusion du contrat (date du paiement de la première cotisation), le souscripteur dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer à son contrat.

Cette rétractation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception selon le modèle (voir lettre-type page 6).

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

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

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

#### 2.2.3 Effet de la rétractation

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

Si le souscripteur ou l'adhérent a souhaité que le contrat ou l'adhésion commence à être exécuté à la date prévue au certificat d'adhésion (et non à l'issue du délai de 14 jours), la renonciation entraîne :

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

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

## § 3 - Prise d'effet des garanties

### 3.1 Dispositions communes aux contrats souscrits sur support papier et en ligne

**A/** Sont garanties, sous réserve du délai de rétractation visé à l'article 2.2, dès la date de prise d'effet du contrat, les prestations afférentes à des soins prescrits et réalisés à compter de cette date.

**B/** Par dérogation, les prestations relatives à des implants dentaires sont prises en charge, dès lors que la date de leur prescription se situe à l'issue d'une période de six mois suivant la prise d'effet du contrat.

L'allocation naissance est versée après un délai de 12 mois suivant la prise d'effet du contrat ou de l'adhésion.

**C/** Le stage prévu au B) ci dessus peut être supprimé pour les assurés pouvant justifier d'une affiliation à un régime d'assurance complémentaire santé offrant une garantie équivalente ou supérieure sur ce poste, par la production d'un certificat précisant la date de la radiation volontaire, qui doit se situer dans les 30 jours précédant la demande de souscription.

### 3.2 Dispositions spécifiques aux contrats souscrits en ligne

Les garanties prennent effet à la date choisie par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion signé électroniquement, à défaut de date, les garanties prennent effet le lendemain de la souscription, sous réserve du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.

## Article 6 Refus de la souscription

Le refus de la souscription par l'assureur est notifié par lettre. Il entraîne, s'il y a lieu, le remboursement intégral de la cotisation versée.

La décision de l'organisme assureur est prise souverainement et n'est susceptible d'aucun recours.

## Article 7 Renonciation pour les contrats souscrits sur support papier

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

Le défaut de remise de ce document entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu au premier alinéa jusqu'au 30<sup>ème</sup> jour suivant sa date de remise effective.

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

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

**Ces dispositions ne sont pas applicables aux contrats souscrits par internet.**

## Article 8 Durée, renouvellement et résiliation du contrat

### § 1

Sauf stipulation contraire dans le certificat d'adhésion, le contrat est souscrit pour une durée expirant le 31 décembre de l'année de souscription. Il est renouvelable annuellement par tacite reconduction, sauf résiliation par le souscripteur opérée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée avant le 30 novembre pour prendre effet au 31 décembre.

### § 2

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

- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 15,
- dès que l'assuré ne remplit plus les conditions posées à l'article 2 ci-dessus.

### § 3

Le contrat est résilié de plein droit à son échéance en application de l'article 9 §2 ci-après, en cas de non-acceptation par le souscripteur des modifications des conditions générales et des tarifs présentés par l'organisme assureur lors du renouvellement annuel du contrat.

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

### § 4 - Effets de la résiliation

La résiliation du contrat met fin définitivement à l'assurance et prive de tout droit à prestation l'assuré pour les frais exposés postérieurement à la date de la résiliation.

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

### § 5 - Terme des garanties

La garantie cesse :

- dès que l'assuré ne remplit plus les conditions visées à l'article 2 ci-dessus, notamment en cas d'entrée dans la vie active et en tout état de cause au 31 décembre suivant son 35<sup>ème</sup> anniversaire<sup>(1)</sup>. Il est alors inscrit dans la garantie correspondante de la gamme standard AGME,

- en cas de démission de l'adhérent opérée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à l'organisme assureur avant le 30 novembre pour prendre effet au 31 décembre,
- en cas de non-paiement de la cotisation due par l'adhérent, après avis adressé par lettre recommandée par l'assureur conformément à l'article 15 ci-après.

(1) ou pour les étudiants d'une discipline autre que la santé, l'âge mentionné à l'article 2.1 ci-dessus.

## Article 9 Modification du contrat ou de la garantie

### § 1 - A la demande du souscripteur

Le souscripteur peut demander un aménagement de son contrat, sous réserve d'en formuler la demande par lettre et de se conformer au choix des garanties ou des modules de renfort possibles.

Une demande d'augmentation de garantie (passage à la garantie supérieure) est possible à tout moment ; elle est toutefois soumise aux mêmes conditions de limite d'âge (si tel est le cas) et d'acceptation qu'une adhésion nouvelle. Les règles de prise d'effet des garanties visées à l'article 5 §4-b sont applicables sur le complément.

La diminution de garantie (passage à la garantie inférieure) ne peut prendre effet qu'au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année et pour la première fois au plus tôt au 1<sup>er</sup> janvier suivant le troisième anniversaire du contrat.

Un assuré changeant de régime obligatoire peut demander, à tout moment, une modification de son contrat. Dans ce cas, et s'il y a lieu, une fraction de la cotisation est remboursée ou une cotisation complémentaire est appelée.

### § 2 - A la demande de l'organisme assureur

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

Ces modifications sont notifiées au souscripteur par l'envoi d'une notice adressée avant le 31 décembre, celle-ci valant avenant au certificat d'adhésion.

Les modifications apportées aux statuts et règlements par l'Assemblée Générale de l'organisme assureur sont également portées dans les mêmes conditions à la connaissance des adhérents (art L.221-5 du Code de la Mutualité).

Le paiement ou le non-paiement de la cotisation à l'échéance vaut, de plein droit, respectivement acceptation par le souscripteur des nouvelles dispositions ou résiliation du contrat à cette date.

## Article 10 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 portant notamment sur l'âge ou la profession, quand cette réticence ou cette fausse déclaration est de nature à affecter l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion par l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque (article L.221-14, alinéa 1<sup>er</sup> du Code de la Mutualité).

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 le versement des prestations, l'organisme assureur en poursuit le recouvrement.

## Article 11 Prescription - Réclamation - Médiation

### § 1 - Prescription

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

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

(1) Reproduction de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité : « Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

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

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

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

Article L.221-12-1 du Code de la Mutualité : « Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

### § 2 - Réclamation - Médiation

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

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

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

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

### § 3 - Autorité de contrôle

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75 436 Paris Cedex 09.

## Article 12 Subrogation

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

En est exclue la part d'indemnité 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 (article L.224-9 du Code de la Mutualité).

### Article 13 Définition des prestations garanties au titre de l'assurance Complémentaire Santé

#### I - Dispositions générales

Sauf stipulations contraires prévues aux présentes conditions générales et/ou au certificat d'adhésion, l'organisme assureur verse des prestations visant à compléter les remboursements des régimes obligatoires d'assurance maladie français dans les domaines ci-après :

- 1/ Consultations, visites
- 2/ Pharmacie
- 3/ Hospitalisation médicale et chirurgicale
- 4/ Laboratoire, radiologie
- 5/ Soins et prothèses dentaires, appareillage
- 6/ Optique
- 7/ Actes des auxiliaires médicaux
- 8/ Cures thermales
- 9/ Naissance ou adoption
- 10/ Autres dépenses prises en charge par les régimes obligatoires et n'entrant pas dans les catégories 1 à 9 ci-dessus.

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

Le contrat est conforme aux dispositions de l'article R.871-2-II du Code de la Sécurité Sociale et à l'arrêté du 8 juin 2006 en ce qu'il inclut la prise en charge du ticket modérateur, au sens de l'article L.322-2-1 du Code de la Sécurité Sociale, d'au moins deux prestations de prévention.

AGMF-Prévoyance prend en charge l'intégralité des prestations de prévention mentionnées à l'annexe 2 ci-après.

Les remboursements de l'organisme assureur ajoutés à ceux perçus par l'assuré ou ses bénéficiaires de la part du régime obligatoire d'assurance maladie français ou/et de tout autre organisme complémentaire ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré.

Cette limite est appliquée séparément pour chaque poste de frais, sans compensation entre les différents postes.

#### II - Garantie AGMF-GPM OPTIMUM

##### § 2.1

Le montant des prestations servies est de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (tarif de responsabilité Régime général), dans la limite des débours réels, sous déduction faite des remboursements effectués par ces organismes et des participations à la charge de l'assuré<sup>(1)</sup>.

##### § 2.2- Cas particuliers de remboursement :

Tous les cas particuliers de remboursement détaillés ci-dessous s'entendent dans la limite des débours réels.

1/ Vaccin non remboursé par la Sécurité Sociale : prise en charge d'un vaccin ou rappel, dans la limite de 20 € par an et par assuré.

##### 2/ Hospitalisation médicale et chirurgicale :

- Prise en charge des frais supplémentaires pour chambre particulière plafonnés à 45 € par jour.
- Prise en charge du forfait journalier dès le 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation.
- Limitations de prise en charge du forfait journalier et le la chambre particulière : la prise en charge est limitée à 90 jours par année civile et par assuré, pour les hospitalisations ou séjours en établissements ou unités de soins de suite et de réadaptation (y inclus les établissements de convalescence, de repos et les maisons de régime), établissements thermaux, établissements ou unités psychiatriques, de lutte contre les maladies mentales et contre l'alcoolisme.

Les hébergements en tout établissement de soins de longue durée y compris les séjours en section de cure médicale ne donnent pas lieu à indemnisation. Il s'agit des établissements hébergeant les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale et des soins constants ainsi que des traitements d'entretien.

*NB : cette garantie ne comporte pas de prestation au titre du lit d'accompagnant.*

##### 3/ Soins et prothèses dentaires - appareillage :

- Soins dentaires et petit appareillage : 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (tarif de responsabilité Régime général), sous déduction des remboursements effectués par les régimes obligatoires d'assurance maladie français et des participations à la charge de l'assuré<sup>(1)</sup>.

➢ Orthodontie : 200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (tarif de responsabilité Régime général), sous déduction des remboursements effectués par les régimes obligatoires d'assurance maladie français et des participations à la charge de l'assuré<sup>(1)</sup> dans la limite de 6 semestres par assuré pour l'ensemble des traitements.

➢ Prothèses dentaires acceptées par le régime obligatoire : 160% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (tarif de responsabilité Régime général), sous déduction des remboursements effectués par les régimes obligatoires d'assurance maladie français et des participations à la charge de l'assuré<sup>(1)</sup>.

➢ Prothèses dentaires non acceptées par le régime obligatoire et implants dentaires : forfait de 200 € par année civile et par assuré pour ces 2 postes pris globalement.

➢ Prothèses auditives : 240% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (tarif de responsabilité Régime général), sous déduction des remboursements effectués par les régimes obligatoires d'assurance maladie français et des participations à la charge de l'assuré<sup>(1)</sup>.

➢ Prothèses capillaires acceptées par le régime obligatoire : 200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (tarif de responsabilité Régime général), sous déduction des remboursements effectués par les régimes obligatoires d'assurance maladie français et des participations à la charge de l'assuré.

##### 4/ Optique :

➢ Verres : 50% du prix facturé pris en compte dans la limite de 30 fois la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie français pour les assurés de 18 ans et plus et de 8 fois cette même base pour les assurés de moins de 18 ans.

Les demandes de remboursement sont prises en compte dans la limite de 2 paires de verres par année civile et par assuré.

➢ Montures : forfait de 70 € par année civile et par assuré.

➢ Lentilles cornéennes de correction prescrites médicalement et acceptées ou non par le régime obligatoire : forfait de 70 € par année civile.

*NB : cette garantie ne comporte pas de prestation au titre de la chirurgie réfractive (traitement de la myopie au laser) non prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français.*

5/ Actes d'ostéopathie : participation de 20 € par séance, limité à 4 séances par année civile et par assuré.

6/ Naissance ou adoption : versement d'une allocation de 400 € à chaque naissance ou adoption.

Une seule allocation par naissance ou adoption est versée lorsque les deux parents sont assurés par le contrat.

*(1) Il s'agit de la participation forfaitaire prévue à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité Sociale\* ainsi que des majorations de participation et dépassements d'honoraires prévues aux articles L.871-1\*\*, L.162-26\*\* et L.322-3 dernier alinéa\*\*\* du Code de la Sécurité Sociale qui demeurent à la charge de l'assuré.*

*Au 01/10/2012, cela concerne :*

*\* la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour les actes et consultations d'un médecin et les actes de biologie médicale ainsi que les franchises annuelles sur les médicaments, actes des auxiliaires médicaux et frais de transport ;*

*\*\* les majorations de participation et dépassements d'honoraires en cas d'absence de choix d'un médecin traitant, de consultation réalisée en dehors du médecin traitant ou en dehors de sa prescription (hors parcours de soins) ;*

*\*\*\* les affections de longue durée, en cas notamment de non-présentation du protocole de soins.*

#### III - Garantie AGMF-GPM OPTIMUM avec renforts hospitalisation, dentaire et optique

##### § 3.1

Le montant des prestations servies est de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (tarif de responsabilité Régime général), dans la limite des débours réels et sous déduction des remboursements effectués par ces organismes et des participations à la charge de l'assuré<sup>(1)</sup>.

##### § 3.2- Cas particuliers de remboursement :

Tous les cas particuliers de remboursement détaillés ci-dessous s'entendent dans la limite des débours réels.

1/ Vaccin non remboursé par la Sécurité Sociale : prise en charge d'un vaccin ou rappel, dans la limite de 20 € par an et par assuré.

## 2/ Hospitalisation médicale et chirurgicale :

- ▶ **Actes chirurgicaux, d'anesthésistes et obstétrique** : 200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (tarif de responsabilité Régime général), sous déduction des remboursements effectués par les régimes obligatoires d'assurance maladie français et des participations à la charge de l'assuré<sup>(1)</sup>.
- ▶ **Prise en charge des frais supplémentaires pour chambre particulière plafonnés à 55 € par jour.**
- ▶ **Prise en charge du forfait journalier dès le 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation.**
- ▶ **Limitations de prise en charge du forfait journalier et le la chambre particulière** : la prise en charge est limitée à **90 jours par année civile et par assuré**, pour les hospitalisations ou séjours en établissements ou unités de soins de suite et de réadaptation (y inclus les établissements de convalescence, de repos et les maisons de régime), établissements thermaux, établissements ou unités psychiatriques, de lutte contre les maladies mentales et contre l'alcoolisme.  
Les hébergements en tout établissement de soins de longue durée y compris les séjours en section de cure médicale ne donnent pas lieu à indemnisation. Il s'agit des établissements hébergeant les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale et des soins constants ainsi que des traitements d'entretien.
- ▶ **Prise en charge du lit d'accompagnant de l'enfant assuré de moins de 16 ans** : dans la limite de **30 € par jour et de 15 jours par année civile et par assuré.**

## 3/ Soins et prothèses dentaires - appareillage :

- ▶ **Soins dentaires** : 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (tarif de responsabilité Régime général), sous déduction des remboursements effectués par les régimes d'assurance maladie français et des participations à la charge de l'assuré<sup>(1)</sup>.
- ▶ **Petit appareillage** : 200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (tarif de responsabilité Régime général), sous déduction des remboursements effectués par les régimes d'assurance maladie français et des participations à la charge de l'assuré<sup>(1)</sup>.
- ▶ **Orthodontie** : 300 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (tarif de responsabilité Régime général), sous déduction des remboursements effectués par les régimes d'assurance maladie français et des participations à la charge de l'assuré<sup>(1)</sup> dans la limite de **6 semestres par assuré pour l'ensemble des traitements.**
- ▶ **Prothèses dentaires acceptées par le régime obligatoire** : 300% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (tarif de responsabilité Régime général), sous déduction des remboursements effectués par les régimes d'assurance maladie français et des participations à la charge de l'assuré<sup>(1)</sup>, **plafonnés à 1500 € par année civile et limités à 700 € pendant les 12 premiers mois de l'adhésion.**

- ▶ **Prothèses dentaires non remboursées et implants dentaires** : forfait de **400 € par année civile et par assuré pour ces deux postes pris globalement.**
- ▶ **Prothèses auditives** : 300% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (tarif de responsabilité Régime général), sous déduction des remboursements effectués par les régimes d'assurance maladie français et des participations à la charge de l'assuré<sup>(1)</sup>.
- ▶ **Prothèses capillaires acceptées par le régime obligatoire** : 200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (tarif de responsabilité Régime général), sous déduction des remboursements effectués par les régimes d'assurance maladie français et des participations à la charge de l'assuré.

(1) Il s'agit de la participation forfaitaire prévue à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité Sociale\* ainsi que des majorations de participation et dépassements d'honoraires prévues aux articles L.871-1\*\*, L.162-26\*\* et L.322-3 dernier alinéa\*\*\* du Code de la Sécurité Sociale qui demeurent à la charge de l'assuré.

Au 01/10/2012, cela concerne :

\* la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour les actes et consultations d'un médecin et les actes de biologie médicale ainsi que les franchises annuelles sur les médicaments, actes des auxiliaires médicaux et frais de transport ;

\*\* les majorations de participation et dépassements d'honoraires en cas d'absence de choix d'un médecin traitant, de consultation réalisée en dehors du médecin traitant ou en dehors de sa prescription (hors parcours de soins) ;

\*\*\* les affections de longue durée, en cas notamment de non-présentation du protocole de soins.

## 4/ Optique :

- ▶ **Verres** : 60% du prix facturé pris en compte dans la limite de **30 fois la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie français pour les assurés de 18 ans et plus et de 8 fois cette même base pour les assurés de moins de 18 ans.**  
Les demandes de remboursement sont prises en compte dans la limite de **2 paires de verres par année civile et par assuré.**
- ▶ **Montures** : forfait de **100 € par année civile et par assuré.**
- ▶ **Lentilles cornéennes** de correction prescrites médicalement et acceptées ou non par le régime obligatoire d'assurance maladie français : **forfait de 100 € par année civile.**
- ▶ **Chirurgie réfractive** (traitement de la myopie au laser) non prise en charge par le régime obligatoire : **forfait de 120 € par œil.**

5/ **Actes d'ostéopathie** : participation de **20 € par séance, limité à 4 séances par année civile et par assuré.**

## 6/ Naissance ou adoption :

- ▶ Versement d'une allocation de **400 €** à chaque naissance ou adoption.  
Une seule allocation par naissance ou adoption est versée lorsque les deux parents sont assurés par le contrat.

# CHAPITRE III – COTISATIONS

## Article 14 Paiement de la cotisation et exonération

### § 1

La cotisation annuelle et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont payables d'avance aux dates d'échéance mentionnées sur l'appel de cotisation lors de l'adhésion pour les contrats souscrits sur support papier, lors du renouvellement pour tous les contrats. La cotisation annuelle peut donner lieu à la demande du souscripteur et sous réserve d'opter pour le prélèvement automatique, à un paiement fractionné, semestriel, trimestriel ou mensuel.

### § 2

Pour les contrats souscrits en ligne (via le site internet), la cotisation est indiquée dans le récapitulatif de la demande lors de la souscription. La première cotisation est calculée à compter de la date de prise d'effet du contrat et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

### § 3

La cotisation peut être révisée lors du renouvellement annuel du contrat, compte tenu de l'âge atteint par l'assuré au regard des dispositions prévues

par le tarif en vigueur ou, le cas échéant, suite à la modification du tarif portée à la connaissance du souscripteur dans les conditions visées à l'article 9 §2.

### § 4

Si le souscripteur assure tous ses enfants à charge au sens fiscal du terme, la cotisation pour le troisième enfant est réduite de moitié. Les enfants à partir du quatrième sont dispensés du paiement des cotisations.

## Article 15 Non-paiement de la cotisation

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

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

### Article 16 Tiers payant

Sauf décision contraire de sa part dûment notifiée, le souscripteur peut bénéficier, tant pour lui-même que pour le cas échéant ses bénéficiaires inscrits dans l'assurance, des accords de tiers payant passés par l'organisme assureur avec les professionnels de santé concernés, sous réserve que les actes soient effectués dans le cadre du parcours de soins. Il dispose à cet effet, sous réserve de la production des justificatifs nécessaires (attestation VITALE), d'une carte "tiers payant" lui permettant d'avoir accès à ce service. En cas de radiation d'un bénéficiaire ou en cas de résiliation du contrat, le souscripteur s'engage à ne plus utiliser sa carte et à la restituer à l'organisme assureur. A défaut, le remboursement des sommes indûment réglées, du fait du non-respect de ces dispositions, serait poursuivi auprès du souscripteur ou de l'adhérent.

### Article 17 Échanges de données informatiques avec les organismes de sécurité sociale

Sauf décision contraire de sa part dûment notifiée, le souscripteur peut bénéficier, tant pour lui-même que pour le cas échéant ses bénéficiaires inscrits dans l'assurance, des procédures de règlement direct des prestations complémentaires garanties sur la base des décomptes télétransmis par le régime obligatoire à l'organisme assureur.

### Article 18 Déclaration de sinistre - Pièces justificatives

- 1/ Les remboursements de l'organisme assureur sont effectués aux assurés à partir :
- soit des originaux des décomptes de prestations en nature émanant des régimes obligatoires d'assurance maladie si les liaisons par télétransmission

avec ces derniers ne sont pas opérationnelles ou si le souscripteur ou l'adhérent a notifié sa volonté de ne pas bénéficier de ce service ;

- soit dans les autres cas, des images informatiques des décomptes télétransmis par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

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

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

3/ En cas de naissance ou d'adoption, la demande d'allocation est faite sur papier libre, sur production d'un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou du document attestant de l'adoption.

4/ Les prestations de l'organisme assureur sont payables par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent ou du bénéficiaire ouvert en France.

## EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE 7 DES CONDITIONS GÉNÉRALES/NOTICE D'INFORMATION

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

(A adresser par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 30 jours après le premier versement de cotisation à l'AGMF-Prévoyance : 34, boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17).

Monsieur le Président,

Je soussigné(e), .....  
domicilié(e) à .....

vous prie de bien vouloir prendre note, qu'usant de la faculté qui m'est conférée par l'article 7 des conditions générales/notice d'information, je désire renoncer à mon adhésion n° ..... au 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 de l'adhérent ou du souscripteur)

## EXERCICE DU DROIT DE RETRACTATION PRÉVU À L'ARTICLE 5 § 2.2 DES CONDITIONS GÉNÉRALES/NOTICE D'INFORMATION

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

(A adresser par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 14 jours à compter de la date d'effet à AGMF-Prévoyance: 34, boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17).

Monsieur le Président,

Je soussigné(e), .....  
domicilié(e) à .....

vous prie de bien vouloir prendre note, qu'usant de la faculté qui m'est conférée par l'article 5§2.2 des conditions générales/notice d'information, je désire renoncer à l'adhésion n° ..... au contrat Complémentaire Santé enregistré auprès de votre organisme.

*Le cas échéant, préciser :*

Ayant expressément demandé l'exécution de mon contrat à effet de la date prévue au le bulletin d'adhésion signé électroniquement, je demande le remboursement des cotisations d'assurances déjà versées dans le délai de 14 jours prévu par la loi et m'engage à vous rembourser le montant des prestations perçues pendant ce même délai.

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

Les garanties du présent contrat complémentaire santé 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.

## ANNEXE I - TABLEAU DES PRESTATIONS DES GARANTIES OPTIMUM 2013

PRESTATIONS (En % de la base de remboursement du régime obligatoire (tarif de responsabilité), sous déduction des remboursements du régime obligatoire et des participations à la charge de l'assuré*)	AGMF-GPM OPTIMUM	AGMF-GPM OPTIMUM avec renforts hospitalisation, dentaire et optique
CONSULTATIONS - VISITES ➤ Omnipraticiens ➤ Spécialistes	100% 100%	
ACTES D'OSTÉOPATHIE	20 €/séance (4 séances maxi par année civile)	
PHARMACIE ➤ Vaccin non remboursé par la S.S	100% limité à 20 €/an	
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE ➤ Actes chirurgicaux, d'anesthésistes et obstétrique ➤ Chambre particulière <sup>(2)</sup> (sauf hébergements en établissements de soins de longue durée y compris séjours en section de cure médicale non pris en charge) ➤ Lit accompagnant (enfant de moins de 16 ans) - maxi : 15 jours/année civile ➤ Autres honoraires, frais de séjour et d'environnement ➤ Forfait journalier <sup>(2)</sup> (sauf hébergements en établissements de soins de longue durée y compris séjours en section de cure médicale non pris en charge)	100% <sup>(9)</sup> Jusqu'à 45 €/jour  Néant 100%	200% Jusqu'à 55 €/jour  Jusqu'à 30 €/jour 100%
LABORATOIRE	100%	
RADIOLOGIE	100%	
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES - APPAREILLAGE ➤ Soins dentaires ➤ Orthodontie <sup>(3)</sup> ➤ Petit appareillage ➤ Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité Sociale ➤ Prothèses dentaires non remboursées et Implants <sup>(5)</sup> ➤ Prothèses auditives <sup>(5)</sup> ➤ Prothèses capillaires acceptées par la Sécurité Sociale	100% 200% <sup>(3)</sup> 100% 160% Forfait de 200 € <sup>(5)</sup> 240% 200%	100% 300% <sup>(3)</sup> 200% 300% <sup>(4)</sup> Forfait de 400 € <sup>(5)</sup> 300% 200%
OPTIQUE (sur facture) ➤ Verres <sup>(7)</sup> ➤ Montures <sup>(8)</sup> ➤ Lentilles de correction prescrites médicalement (y compris celles non acceptées par la Sécurité Sociale) <sup>(8)</sup> ➤ Chirurgie réfractive (traitement de la myopie au laser)	50% du prix facturé <sup>(1)(7)</sup> Forfait de 70 € <sup>(1)(8)</sup> Forfait de 70 € <sup>(1)(8)</sup>  Néant	60% du prix facturé <sup>(1)(7)</sup> Forfait de 100 € <sup>(1)(8)</sup> Forfait de 100 € <sup>(1)(8)</sup>  Forfait de 120 € par œil
ACTES DES AUXILIAIRES MÉDICAUX ➤ Infirmières, masseurs, pédicures, orthophonistes...	100%	
CURES THERMALES	100%	
NAISSANCE OU ADOPTION ➤ Allocation <sup>(1)(6)</sup>	400 € <sup>(1)(6)</sup>	
COUVERTURE DES FRAIS MÉDICAUX, PHARMACEUTIQUES ET CHIRURGICAUX À L'ÉTRANGER (jusqu'à 80 000 €)	OUI	
GARANTIE D'ASSISTANCE À DOMICILE ET EN CAS D'HOSPITALISATION	OUI	
GARANTIE D'ASSISTANCE À DOMICILE ET EN CAS D'HOSPITALISATION	OUI	

(1) Ces prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité Sociale ou de votre régime obligatoire.

(2) Limité à 90 jours par année civile pour les hospitalisations ou séjours en établissements ou unités de soins de suite et de réadaptation (y inclus les établissements de convalescence, de repos et les maisons de régime), établissements thermaux, établissements ou unités psychiatriques, de lutte contre les maladies mentales et contre l'alcoolisme.

(3) Dans la limite de 6 semestres par assuré pour l'ensemble des traitements.

(4) Remboursement AGMF plafonné à 1 500 € par année civile et limité à 700 € pendant les douze premiers mois de l'adhésion.

(5) Forfait par année civile et par assuré pris globalement pour les deux postes.

(6) L'allocation est versée après un délai de carence de 12 mois à compter de la prise d'effet du contrat ou de l'adhésion.

(7) Le prix facturé est pris en compte dans la limite de 30 fois la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie français pour les assurés de 18 ans et plus et de 8 fois cette même base pour les assurés de moins de 18 ans. Demandes prises en compte dans la limite de 2 paires de verres par année civile et par assuré.

(8) Forfait par année civile et par assuré.

\* Nos remboursements sont calculés sous déduction de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises annuelles sur les médicaments, actes des auxiliaires médicaux et frais de transport, des majorations de participation et dépassements d'honoraires appliqués en l'absence de choix d'un médecin traitant, de consultation réalisée en dehors du médecin traitant ou de sa prescription (hors parcours de soins), de non présentation du protocole de soins pour les affections de longue durée. Ces participations, franchises, majorations de participation et dépassements d'honoraires ne pouvant être pris en charge dans le cadre de contrats responsables restent à la charge de l'assuré.

## ANNEXE II – LISTE DES PRESTATIONS DE PRÉVENTION PRÉVUES À L'ARTICLE R.871-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET PAR L'ARRÊTÉ DU 8 JUIN 2006 (JO 18/06/2006) (cf article art 13-I de la présente notice)

- 1/ Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- 2/ Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- 3/ Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- 4/ Dépistage de l'hépatite B (code NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- 5/ Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
  - a. Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010)
  - b. Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
  - c. Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011)
  - d. Audiométrie tonale et vocale (CDQP012)
  - e. Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002)
- 6/ L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- 7/ Les vaccinations suivantes, seules ou combinées
  - a. Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
  - b. Coqueluche : avant 14 ans ;
  - c. Hépatite B : avant 14 ans ;
  - d. BCG : avant 6 ans ;
  - e. Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
  - f. Haemophilus influenzae B ;
  - g. Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

## ANNEXE III – GARANTIES ASSISTANCE ET COUVERTURE DES FRAIS MÉDICAUX, PHARMACEUTIQUES, CHIRURGICAUX ET HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER À PARTIR DE 2012

Les prestations du contrat sont garanties par GARANTIE ASSISTANCE, Société d'Assistance agréée par le Ministère de l'Economie et des Finances, Société anonyme au capital de 1 850 000 € - 312 517 493 RCS Paris, Entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 38, rue La Bruyère - 75009 PARIS.

Pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM, les prestations assurées par GARANTIE ASSISTANCE sont gérées par son prestataire GROUPE AUSTRAL ASSISTANCE, société anonyme au capital de 40 000 €, dont le siège social est situé 16 rue Albert Lougnon - Technopole de la Réunion - 97490 SAINT CLOTILDE - LA REUNION.

L'assistance psychologique et l'accompagnement médico-social prévus dans les situations définies ci-dessous sont réalisés par le service d'entraide de GPM-AGMF Prévoyance - Union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité- 34 boulevard de Courcelles - 75017 PARIS - N°775666340 (concerne les adhérents domiciliés en France métropolitaine).

### IMPORTANT - NÉCESSITÉ DE L'APPEL PRÉALABLE

Pour que les prestations d'assistance ci-après exposées soient acquises, GARANTIE ASSISTANCE doit avoir été prévenue au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de GARANTIE ASSISTANCE.

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire (ou toute autre personne agissant en son nom) doit :

- contacter GARANTIE ASSISTANCE sans délai
- fournir les renseignements suivants :
  - le numéro d'assuré,
  - son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté,
  - la nature des difficultés motivant l'appel,
  - les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que GARANTIE ASSISTANCE puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, préparer le rapatriement et l'admission de la victime dans un établissement hospitalier ou une clinique choisie par les médecins ou par le patient (avec l'accord de ces derniers).

LE NUMERO D'APPEL POUR BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS FIGURE SUR LA CARTE DE TIERS PAYANT DELIVREE PAR GPM.

### Article 1 Dispositions générales

#### § 1.1 - Bénéficiaires

Le titulaire du contrat d'assurance complémentaire maladie souscrit auprès de GROUPE PASTEUR MUTUALITE et les assurés audit contrat suivants : conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, enfants à charge au sens fiscal et toute personne considérée par la Sécurité Sociale comme ayant- droit à charge.

#### § 1.2 - Validité territoriale

Les prestations Vie quotidienne (art 2) sont utilisables au domicile, tel que défini au point 1.4 ci-dessous.

Les garanties d'assistance "voyages et déplacements" (art 4) sont acquises lors de déplacements en France à plus de 25 km du domicile du bénéficiaire et à l'étranger. A l'étranger, les garanties ne sont acquises qu'à l'occasion de déplacements d'une durée maximum de 90 jours consécutifs.

Les garanties d'assistance juridique (art 3) sont acquises lors de déplacements d'une durée maximum de 90 jours consécutifs à l'étranger exclusivement.

#### § 1.3 - Prise d'effet et durée

Les garanties sont acquises pour la période de couverture du contrat complémentaire santé auquel les garanties d'assistance sont attachées. Seuls les événements survenus pendant la durée de la garantie sont couverts.

Les garanties "voyages - déplacements" couvrent les événements survenus lors de déplacements à titre privé ou professionnel en France ou à l'étranger pendant la durée de la garantie.

#### § 1.4 - Définitions

Pour l'application de la présente convention d'assistance, on entend par :

- **Accident corporel** : toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire et indépendante de la volonté de ce dernier. Les intoxications alimentaires sont assimilées à des accidents; La survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, rupture d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale...) ne peut être assimilée à un accident.



- › **Ascendant dépendant** : le père ou la mère de l'assuré (ou de son conjoint) dont la perte d'autonomie nécessite la présence de l'assuré (ou de son conjoint) pour l'assister dans l'accomplissement quotidien des actes de la vie courante : toilette, habillage, alimentation, préparation des repas, ménage ou déplacements.
- › **Atteinte corporelle grave** : toute lésion corporelle consécutive à un accident mettant en jeu le pronostic vital du bénéficiaire.
- › **Conjoint** : le conjoint proprement dit de l'assuré, ou son concubin ou son partenaire lié par Pacte Civil de Solidarité,
- › **Domicile** : le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires mentionné aux dispositions particulières du contrat frais de santé souscrit auprès du Groupe Pasteur Mutualité.  
Ce domicile peut être situé :
  - en France Métropolitaine, celle-ci s'entendant Corse y compris, Principauté d'Andorre ou de Monaco ;
  - dans les **Départements et Régions d'Outre-Mer**, à savoir : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion.
- › **Enfant** : l'enfant de l'assuré et/ou de son conjoint.
- › **Évènement** : s'agissant de l'assistance aux bénéficiaires : la maladie, l'accident, l'atteinte corporelle grave, le décès. S'agissant de l'assistance au domicile sinistré : incendie, explosion, dégâts des eaux, tempête, catastrophe naturelle, vol ou vandalisme à l'origine du sinistre.
- › **Étranger** : l'ensemble des états et territoires situés géographiquement hors de France Métropolitaine et de ses Départements et Régions d'Outre-Mer.
- › **Frais de séjour** : frais d'hôtel petit-déjeuner continental inclus.
- › **Frais d'hôtel** : les frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués, et à l'exclusion de tout autre frais.
- › **Frais de recherche** : les frais des opérations effectuées par des sauveteurs ou des organismes de secours (privés ou publics) se déplaçant spécialement pour rechercher le bénéficiaire en un lieu dépourvu de tous moyens de secours organisés ou rapprochés.
- › **Frais de secours** : frais de transport du bénéficiaire, lorsque celui-ci a été localisé, à partir du point où survient l'évènement jusqu'à l'hôpital ou le centre médicalisé le plus proche.
- › **France** : Pour les garanties des personnes domiciliées en France Métropolitaine : France Métropolitaine (Corse y compris), Principautés d'Andorre et de Monaco. Pour la garantie des personnes domiciliées dans les **Départements et Régions d'Outre-Mer** : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Ile de la Réunion.
- › **Hospitalisation** : tout séjour dans un établissement de santé supérieur à 24 heures consécutives (sauf cas spécifique à une garantie), effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un accident ou d'une maladie. L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.
- › **Immobilisation** : toute immobilisation temporaire au domicile, supérieure à 10 jours consécutifs, médicalement prescrite, et consécutive à un accident ou une maladie.
- › **Inhabitable** : l'état du domicile au sein duquel, suite à un sinistre garanti, les activités inhérentes à la jouissance normale ne peuvent plus y être exercées par les bénéficiaires.
- › **Maladie** : affection soudaine et inopinée de l'état de santé du bénéficiaire, médicalement constatée.
- › **Moyens de fermeture et de protection** : il s'agit des moyens équipant les portes, fenêtres et volets donnant vers l'extérieur du domicile.
- › **Pays d'origine** : pays du domicile du bénéficiaire.
- › **Proche (garantie voyages –déplacements)** : ascendant(s), descendant(s), conjoint, frère(s), soeurs(s), beau-père ou belle-mère, beau-frère ou belle-soeur du bénéficiaire. Pour les personnes domiciliées dans les **Départements et Régions d'Outre-Mer** ci-dessus : il s'agit des ascendant(s), descendant(s) au premier degré, conjoint du bénéficiaire.

## § 1.5 - Engagements financiers

### 1.5.1. Règles de prise en charge

Sans préjudice des règles exposées ci-dessus à propos de la nécessité de l'appel préalable et au 1.5.3, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à GARANTIE ASSISTANCE devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

En cas de prise en charge de titres de transport par GARANTIE ASSISTANCE, le bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

A défaut de modification ou d'échange, le bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à verser les sommes correspondantes à GARANTIE ASSISTANCE, et ce dans les 90 jours de sa demande d'assistance ou de son retour.

Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le bénéficiaire seront pris en charge par G.A. Ces dispositions s'appliquent en cas de transport ou de retour anticipé organisé par GARANTIE ASSISTANCE au titre des garanties d'assistance Voyages déplacements ci-dessous.

En cas de prise en charge des frais de séjour à l'hôtel, GARANTIE ASSISTANCE ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-après, et à l'exclusion de tout autre frais.

### 1.5.2. Avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, GARANTIE ASSISTANCE peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

#### › Conditions préalables au versement de l'avance par GARANTIE ASSISTANCE :

A titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance consentie, GARANTIE ASSISTANCE adressera un certificat d'engagement au bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à GARANTIE ASSISTANCE. L'avance sera mise en oeuvre après réception dudit certificat d'engagement par GARANTIE ASSISTANCE. Le bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à GARANTIE ASSISTANCE un chèque certifié ou un chèque de banque.

#### › Délai de remboursement de l'avance à GARANTIE ASSISTANCE :

Le bénéficiaire s'engage à rembourser à Garantie Assistance la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

#### › Sanctions :

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et GARANTIE ASSISTANCE pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

### 1.5.3. Conditions d'ordre médical

Dans tous les cas, la nature de l'assistance et le choix des moyens à mettre en oeuvre pour répondre à la demande du bénéficiaire relèvent de la décision du médecin de GARANTIE ASSISTANCE qui recueille, si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

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

Afin de permettre au médecin de Garantie Assistance de prendre sa décision, il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout justificatif médical de l'évènement soudain et imprévisible qui conduit le bénéficiaire à solliciter son assistance.

Le cas échéant, GARANTIE ASSISTANCE recommande au bénéficiaire d'adresser ces documents sous pli confidentiel à l'attention du service médical de GARANTIE ASSISTANCE.

GARANTIE ASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

## § 1.6 - Prescription

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

**Article L114-1** : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

**1/** En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons connaissance ;

**2/** En cas de sinistre, que du jour où vous en avez eu connaissance, si vous prouvez que vous l'avez ignoré jusque-là.

**Article L114-2 :** La prescription est interrompue par une des causes ordinaires(\*) d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi par nous d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

**Article L114-3 :** Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

(\*) *Les voies ordinaires d'interruption du délai de prescription sont un commandement de payer ou une assignation par acte d'huissier, une demande en justice y compris en référé, un acte d'exécution forcée.*

### § 1.7 - Subrogation

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge GARANTIE ASSISTANCE dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

### § 1.8 - Loi applicable

Le présent contrat est soumis à la loi française.

### § 1.9 - Contrôle

GARANTIE ASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

### § 1.10 - Informatique et libertés

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire avant l'adhésion à la convention d'assistance puis lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à GARANTIE ASSISTANCE - Direction des Systèmes d'Information, 38 rue La Bruyère à PARIS (75009). Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher la souscription ou l'exécution des présentes garanties.

### § 1.11 - Réclamations

Toute réclamation portant sur la qualité ou les délais de traitement par GARANTIE ASSISTANCE de la demande d'assistance doit être formulée par écrit et adressée à l'adresse suivante : GARANTIE ASSISTANCE – Service Réclamations, 38 rue La Bruyère, 75009 PARIS. Une réponse sera adressée dans un délai de quinze jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

## Article 2 Garanties accordées au titre de l'assistance vie quotidienne

### § 2.1 - En cas d'immobilisation au domicile ou d'hospitalisation du bénéficiaire

**Rappel :** l'hospitalisation du bénéficiaire doit être supérieure à 24 heures consécutives et l'immobilisation au domicile doit être supérieure à 10 jours consécutifs.

#### 2.1.1. Acheminement des médicaments

Si du fait de son immobilisation au domicile, le bénéficiaire ne peut pas se déplacer pour se procurer des médicaments indispensables au traitement prescrit par ordonnance médicale, GARANTIE ASSISTANCE fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au domicile du bénéficiaire ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

GARANTIE ASSISTANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser à GARANTIE ASSISTANCE au moment même de leur livraison.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par GARANTIE ASSISTANCE.

#### 2.1.2. Organisation de soins à domicile

A la demande du bénéficiaire et sous réserve que les soins soient prescrits par un médecin, GARANTIE ASSISTANCE met à sa disposition un service de soins à domicile (infirmière, auxiliaire de vie). Le coût de ce service reste à la charge du bénéficiaire.

#### 2.1.3. Transfert à l'hôpital et retour au domicile

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'état de santé du bénéficiaire nécessite une hospitalisation immédiate, GARANTIE ASSISTANCE missionne, à la demande du médecin traitant sur place, une ambulance (ou un véhicule sanitaire léger) pour procéder au transport de ce bénéficiaire vers l'établissement de santé le plus proche du domicile.

A l'issue de l'hospitalisation et sur prescription du médecin traitant, GARANTIE ASSISTANCE missionne une ambulance (ou véhicule sanitaire léger) pour permettre au bénéficiaire de retourner à son domicile.

Les frais de transport liés au transfert du bénéficiaire vers l'établissement de santé et/ou vers le domicile sont pris en charge par GARANTIE ASSISTANCE en complément des remboursements réalisés par la Sécurité Sociale et les organismes de protection sociale complémentaire (mutuelle, assureur ou institution de prévoyance santé).

#### 2.1.4. Voyage et hébergement d'un proche

Si le bénéficiaire est seul lors de son hospitalisation ou de son immobilisation au domicile, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge :

- pour les personnes domiciliées en France Métropolitaine :
  - le voyage aller/retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France Métropolitaine, à concurrence d'un billet de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet du bénéficiaire,
  - le séjour à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 160 € TTC maximum par événement.
- pour les personnes domiciliées dans les Départements et Régions d'Outre-Mer :
  - le voyage aller/retour d'un proche (parent ou ami) habitant dans la même zone de résidence que l'adhérent, à concurrence d'un trajet en taxi et /ou en bateau pour se rendre au chevet du bénéficiaire. Cette prise en charge ne pourra en aucun cas dépasser 150 € TTC.
  - le séjour à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 160 € TTC maximum par événement.

#### 2.1.5. Garde des enfants de moins de 16 ans

Si, durant l'hospitalisation de l'assuré ou de son conjoint, ses enfants ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage du bénéficiaire, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge :

- pour les personnes domiciliées en France Métropolitaine :
  - soit leur garde au domicile du bénéficiaire pendant 2 jours maximum par événement à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de 80 € TTC maximum par événement. Cette prestation fonctionne du lundi au vendredi (hors week-ends, jours chômés et fériés) de 8 h à 19h.
  - soit leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe chez un proche résidant en France Métropolitaine.
  - soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe d'un proche résidant en France Métropolitaine au domicile de l'assuré.
  - soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers/retours par événement et dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 500 € TTC pour l'ensemble des enfants concernés.
- pour les personnes domiciliées dans les Départements et Régions d'Outre-Mer :
  - soit leur garde au domicile du bénéficiaire pendant 2 jours maximum par événement à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de 80 € TTC maximum par événement. Cette prestation fonctionne du lundi au vendredi (hors week-ends, jours chômés et fériés) de 8 h à 19 h.
  - soit leur transfert aller/retour en taxi et/ou en bateau chez un proche habitant dans la même zone de résidence que l'adhérent. Cette prise en charge ne pourra en aucun cas dépasser 150 € TTC.
  - soit le transfert aller/retour en taxi et/ou en bateau d'un proche habitant dans la même zone de résidence que l'adhérent au domicile de l'assuré. Cette prise en charge ne pourra en aucun cas dépasser 150 € TTC.
  - soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers/retours par événement et dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 500 € TTC pour l'ensemble des enfants concernés.

### 2.1.6. Garde des ascendants dépendants

Si, durant l'hospitalisation de l'assuré ou de son conjoint, ses ascendants dépendants dont il a la charge ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage du bénéficiaire, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge :

- pour les personnes domiciliées en France Métropolitaine :
  - soit leur garde au domicile de l'assuré pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 80 € TTC pour l'ensemble de la prestation. Cette prestation fonctionne du lundi au vendredi (hors week-ends, jours chômés et fériés) de 8 h à 19 h.
  - soit leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe chez un proche résidant en France Métropolitaine.
  - soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe d'un proche résidant en France Métropolitaine jusqu'au domicile de l'assuré.
- pour les personnes domiciliées dans les Départements et Régions d'Outre-Mer :
  - soit leur garde au domicile de l'assuré pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 80 € TTC pour l'ensemble de la prestation. Cette prestation fonctionne du lundi au vendredi (hors week-ends, jours chômés et fériés) de 8 h à 19 h.
  - soit leur transfert aller/retour en taxi et/ou en bateau chez un proche habitant dans la même zone de résidence que l'adhérent. Cette prise en charge ne pourra en aucun cas dépasser 150 € TTC.
  - soit le transfert aller/retour en taxi et/ou en bateau d'un proche habitant dans la même zone de résidence que l'adhérent au domicile de l'assuré. Cette prise en charge ne pourra en aucun cas dépasser 150 € TTC.

### 2.1.7. Aide à domicile

Si l'état de santé de l'assuré et/ou de son conjoint le nécessite (certificat médical) et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge à concurrence de 30 heures de travail effectif par événement, la mise à disposition d'une aide à domicile pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, sur une période de 30 jours consécutifs maximum par événement, selon le cas :

- pendant l'immobilisation au domicile : à compter de la date figurant sur le certificat médical,
- pendant ou dès la fin de l'hospitalisation, à compter respectivement de la date d'admission ou de sortie de l'établissement de santé.

Cette garantie fonctionne de 8 h à 19 h tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés.

### 2.1.8. Assistance aux animaux de compagnie

Si l'animal se trouve sans surveillance au domicile, GARANTIE ASSISTANCE se charge de son hébergement chez un proche ou dans un établissement spécialisé.

GARANTIE ASSISTANCE prend en charge les frais de garde pendant 1 mois maximum, à concurrence de 229 € TTC.

On entend par animal de compagnie : les animaux habituellement de compagnie (chiens, chats, oiseaux, hamsters, lapins domestiques, etc.) satisfaisant aux conditions de tatouage et de vaccinations imposées par la législation française.

Sont exclus :

- tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ».
- tout animal relevant de la catégorie dite "Nouveaux Animaux de Compagnie" ("N.A.C"), notamment les reptiles, amphibiens, arachnidés, scorpions, félins, primates, insectes,
- les animaux détenus par le bénéficiaire dans le cadre d'un élevage canin, félin, bovin, ovin, porcin, par exemple, le toilettage et les soins vétérinaires.

### 2.1.9. Frais de location de téléviseur

GARANTIE ASSISTANCE prend en charge les frais de location de télévision à l'hôpital dans la limite de 153 € TTC.

Dans ce cas, le bénéficiaire devra transmettre à GARANTIE ASSISTANCE les factures et justificatifs originaux correspondant à cette dépense.

### § 2.2 - En cas d'atteinte corporelle grave

En cas d'atteinte corporelle grave du bénéficiaire, une assistance psychologique et/ou un accompagnement médico-social peuvent être apportés. Une assistante professionnelle pourra proposer une écoute téléphonique de soutien psychologique, réalisera un bilan de sa situation individuelle et communiquera à l'assuré toutes les informations nécessaires sur les aides dont il peut bénéficier.

Ce service pourra également l'assister, s'il le souhaite, dans les démarches auprès des organismes appropriés. Cette prestation est réalisée par le service d'entraide de GPM, tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés, de 9h à 18h30 par appel au 0 810 229 505 (prix d'un appel local).

### § 2.3 - En cas de décès d'un bénéficiaire

#### 2.3.1. Assistance obsèques

GARANTIE ASSISTANCE, en cas de nécessité, aide à l'organisation des obsèques du bénéficiaire (en accord avec les Organismes de Pompes Funèbres). Les frais engagés restent à la charge du bénéficiaire.

#### 2.3.2. Avance de fonds en cas de décès

Suite au décès de l'un des membres de sa famille (conjoint, ascendants ou enfants), GARANTIE ASSISTANCE procure au bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêt, une somme de 1000 € maximum.

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds et a pour seule finalité de permettre aux bénéficiaires de payer des dépenses imprévues et en lien direct avec la survenance de ce décès.

L'avance est versée par Garantie Assistance et remboursée par le bénéficiaire conformément au paragraphe 1.5.2.

#### 2.3.3. Aide à domicile

En cas de décès de l'assuré ou de son conjoint, si son entourage ne peut apporter l'aide nécessaire au veuf (ou à la veuve), GARANTIE ASSISTANCE organise la mise en oeuvre d'une aide à domicile pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, pendant les 15 premiers jours calendaires suivant la date du décès.

GARANTIE ASSISTANCE prend en charge les frais correspondants à concurrence de 20 heures de travail effectif maximum par événement.

Cette garantie fonctionne de 8 h à 19 h tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés.

#### 2.3.4. Garde des enfants de moins de 16 ans

En cas de décès de l'assuré ou de son conjoint, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge :

- pour les personnes domiciliées en France Métropolitaine :
  - soit la garde des enfants du défunt au domicile de l'assuré dans la limite des disponibilités locales pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 150 € TTC pour l'ensemble de la prestation. Cette prestation fonctionne du lundi au vendredi (hors week-ends, jours chômés et fériés) de 8 h à 19 h.
  - soit leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe chez un proche résidant en France Métropolitaine.
  - soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe d'un proche résidant en France Métropolitaine jusqu'au domicile de l'assuré.
  - soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers/retours et dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 500 € TTC pour l'ensemble des enfants concernés.
- pour les personnes domiciliées dans les Départements et Régions d'Outre-Mer :
  - soit leur garde au domicile de l'assuré pendant 2 jours maximum par événement à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de 150 € TTC maximum par événement. Cette prestation fonctionne du lundi au vendredi (hors week-ends, jours chômés et fériés) de 8 h à 19 h.
  - soit leur transfert aller/retour en taxi et/ou en bateau chez un proche habitant dans la même zone de résidence que l'adhérent. Cette prise en charge ne pourra en aucun cas dépasser 150 € TTC.
  - soit le transfert aller/retour en taxi et/ou en bateau d'un proche habitant dans la même zone de résidence que l'adhérent au domicile de l'assuré. Cette prise en charge ne pourra en aucun cas dépasser 150 € TTC.

- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers/retours par événement et dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 500 € TTC pour l'ensemble des enfants concernés.

### 2.3.5. Assistance psychologique et accompagnement médico-social

En cas de décès de l'assuré ou de son conjoint, le veuf (la veuve), peut bénéficier d'une assistance psychologique et/ou un accompagnement médico-social. Une assistante professionnelle pourra proposer une écoute téléphonique de soutien psychologique, réalisera un bilan de la situation individuelle du bénéficiaire et lui communiquera toutes les informations nécessaires sur les aides dont il peut bénéficier.

Ce service pourra également l'assister, s'il le souhaite, dans les démarches auprès des organismes appropriés. Cette prestation est réalisée par le service d'entraide de GPM, tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés, de 9h à 18h30 par appel au 0 810 229 505 (prix d'un appel local).

## § 2.4 - En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation d'un enfant de moins de 16 ans

**Rappel :** l'hospitalisation du bénéficiaire doit être supérieure à 24 heures consécutives et l'immobilisation au domicile doit être supérieure à 10 jours consécutifs, sauf stipulations contraires <sup>(1)</sup>.

*(1) Les garanties 2.4.1 "PRESENCE AUPRES DE L'ENFANT HOSPITALISE" et 2.4.4 "ECOLE A DOMICILE" obéissent à des conditions de garantie spécifiques liées respectivement à l'âge (enfant de moins de 10 ans) ou au niveau scolaire (primaire à la Terminale) de l'enfant bénéficiaire.*

### 2.4.1. Présence auprès de l'enfant hospitalisé

En cas d'hospitalisation à plus de 30 km du domicile d'un enfant de moins de 10 ans, GARANTIE ASSISTANCE prend en charge le séjour à l'hôtel de l'assuré ou de son conjoint pendant 2 nuits à concurrence de 160 € TTC maximum (les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge) par événement.

### 2.4.2. Garde de l'enfant immobilisé au domicile

Si, à l'occasion d'une maladie ou à la suite d'un accident, l'état de santé de l'enfant nécessite son immobilisation au domicile, GARANTIE ASSISTANCE recherche et missionne une garde d'enfant chargée de s'occuper de cet enfant.

GARANTIE ASSISTANCE prend en charge la présence de la garde d'enfant à concurrence de 10 heures par jour et dans la limite de 3 jours consécutifs pour un même événement (maladie ou accident).

Cette prestation fonctionne du lundi au vendredi (hors week-ends, jours chômés et fériés) de 8 h à 19 h.

Cette garantie est mise en œuvre lorsque l'enfant, du fait de son état de santé, ne peut pas demeurer sans surveillance à son domicile et que le ou les parents doivent s'absenter du domicile pour des raisons professionnelles.

### 2.4.3. Garde des autres enfants de moins de 16 ans

En cas d'hospitalisation de l'un des enfants nécessitant la présence à son chevet de l'assuré ou son conjoint, si les autres enfants ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par l'autre parent pour des raisons professionnelles, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge :

- pour les personnes domiciliées en France Métropolitaine :
  - soit leur garde au domicile dans la limite des disponibilités locales pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 80 € TTC par événement. Cette prestation fonctionne du lundi au vendredi (hors week-ends, jours chômés et fériés) de 8 h à 19 h.
  - soit leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe chez un proche résidant en France Métropolitaine.
  - soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe d'un proche résidant en France Métropolitaine jusqu'au domicile du bénéficiaire.
  - soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers/retours et dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 500 € TTC pour l'ensemble des enfants concernés.
- pour les personnes domiciliées dans les Départements et Régions d'Outre-Mer :
  - soit leur garde au domicile dans la limite des disponibilités locales pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 80 € TTC par

événement. Cette prestation fonctionne du lundi au vendredi (hors week-ends, jours chômés et fériés) de 8 h à 19 h.

- soit leur transfert aller/retour en taxi et/ou en bateau chez un proche habitant dans la même zone de résidence que l'adhérent. Cette prise en charge ne pourra en aucun cas dépasser 150 € TTC.
- soit le transfert aller/retour en taxi et/ou en bateau d'un proche habitant dans la même zone de résidence que l'adhérent au domicile de l'assuré. Cette prise en charge ne pourra en aucun cas dépasser 150 € TTC.
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers/retours par événement et dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 500 € TTC pour l'ensemble des enfants concernés.

### 2.4.4. Ecole à domicile

Cette prestation s'applique en cas de maladie ou d'accident entraînant une absence scolaire de plus de 15 jours calendaires.

La garantie d'assistance est valable à compter du 16<sup>ème</sup> jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant.

Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Education Nationale. Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires.

GARANTIE ASSISTANCE recherche et envoie au domicile de l'enfant un répétiteur scolaire qui lui permettra, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les principales matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (première et seconde langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.

GARANTIE ASSISTANCE prend en charge les coûts occasionnés à raison de 10 heures par semaine et à concurrence de 2000 € par événement, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine et de 2 heures de cours minimum dans la journée par matière ou par répétiteur.

Sous réserve des limitations exposées ci-dessus, la prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire et cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours. Elle cesse en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

Tout répétiteur scolaire possède les diplômes nécessaires à son activité et a fait l'objet d'une sélection particulièrement attentive de GARANTIE ASSISTANCE.

Il est autorisé par les parents à prendre contact, si cela s'avère nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant, afin d'examiner avec son instituteur ou ses professeurs habituels l'étendue du programme à étudier.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours seront effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier et les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

**Conditions médicales nécessaires à la mise en œuvre de la garantie :**

Vous devrez justifier votre demande en présentant un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et précisant que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Le certificat médical sera adressé à l'équipe médicale de GARANTIE ASSISTANCE.

**Délai de mise en place :**

Dès réception de votre appel, GARANTIE ASSISTANCE mettra tout en œuvre afin qu'un répétiteur scolaire soit au domicile de l'enfant le plus rapidement possible.

## § 2.5 - Assistance au domicile sinistré

### 2.5.1. Assistance en cas de domicile sinistré

Les prestations d'assistance s'appliquent en cas de sinistre affectant le domicile du bénéficiaire suite à INCENDIE, EXPLOSION, DEGATS DES EAUX, TEMPETE ou CATASTROPHES NATURELLES, et VOL ou VANDALISME et ayant fait l'objet d'une déclaration à l'assureur Multirisque Habitation.

#### ➤ 2.5.1.1. Gardiennage du domicile sinistré

Si, à la suite d'un sinistre, le domicile endommagé doit faire l'objet d'une surveillance afin d'empêcher toute intrusion malveillante et, notamment, de préserver d'un vol le mobilier le garnissant, GARANTIE ASSISTANCE organise, selon les disponibilités locales, la présence d'un vigile ou d'un gardien chargé de surveiller les lieux et prend en charge pendant 48 heures les frais ainsi occasionnés.

### › 2.5.1.2. Organisation de la fermeture du domicile

Si, à la suite d'un sinistre, les moyens de fermeture et de protection équipant le domicile sont fracturés ou endommagés, GARANTIE ASSISTANCE recherche et fournit au bénéficiaire les coordonnées de professionnels (serrurier, menuisier notamment) capables d'effectuer la remise en état des équipements endommagés.

A la demande du bénéficiaire, GARANTIE ASSISTANCE peut organiser un (ou plusieurs) rendez-vous afin que le bénéficiaire obtienne un devis estimatif.

Les frais de remise en état des moyens de fermeture (main-d'œuvre, déplacement, matériaux) restent à la charge exclusive du bénéficiaire.

Le choix final du (des) prestataire(s) chargé de la remise en état relève du bénéficiaire, GARANTIE ASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la qualité ou des délais de réalisation des travaux effectués par ce (ces) prestataire(s).

### › 2.5.1.3. Retour au domicile sinistré

Si aucun des bénéficiaires ne se trouve au domicile au moment du sinistre et que la présence de l'un d'eux est impérative pour effectuer les premières démarches liées au sinistre, GARANTIE ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire désigné et prend en charge un billet de train 1<sup>ère</sup> classe ou un billet d'avion classe économique (si la durée du trajet en train est supérieure à 5 heures) du lieu de séjour à celui de son domicile sinistré.

La prise en charge des titres de transport est réalisée dans les conditions exposées au paragraphe 1.5.1.

Dans le cas où le bénéficiaire doit retourner sur son lieu de séjour, GARANTIE ASSISTANCE prend en charge un billet de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe économique (si la durée du trajet en train est supérieure à 5 heures).

### › 2.5.1.4. Aide à domicile

Afin de sauvegarder les biens restants suite au sinistre, GARANTIE ASSISTANCE organise, selon les disponibilités locales, la présence d'une aide à domicile afin d'aider à la remise en état des lieux. La prise en charge des frais occasionnés ne pourra en aucun cas dépasser 153,00 € TTC par événement.

### › 2.5.1.5. Accompagnement psychologique

A la suite d'un sinistre survenu au domicile, une assistance psychologique peut être apportée par téléphone par le service d'entraide de GPM tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés, de 9h à 18h30 par appel au 0 810 229 505 (prix d'un appel local).

### › 2.5.1.6. Prise en charge d'effets vestimentaires et personnels de première nécessité

Si le sinistre a détruit ou rendu inutilisable l'intégralité des effets personnels du bénéficiaire, GARANTIE ASSISTANCE lui procure des effets vestimentaires et de toilette de première nécessité à concurrence de 160,00 € TTC maximum par bénéficiaire. La prise en charge totale ne pourra en aucun cas excéder 610,00 € TTC maximum pour l'ensemble des bénéficiaires.

## 2.5.2. Assistance en cas de domicile inhabitable

Les garanties ci-dessous sont accordées au bénéficiaire si le domicile est inhabitable suite à l'un des événements garantis :

### › 2.5.2.1. Frais d'hôtel

GARANTIE ASSISTANCE organise le séjour à l'hôtel des bénéficiaires et prend en charge les frais correspondants à concurrence de 90,00 € TTC maximum par nuit. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 270 € TTC par événement.

Dans le cas où le bénéficiaire ne peut le faire lui-même, GARANTIE ASSISTANCE organise également son transport à l'hôtel et prend en charge les frais correspondants.

GARANTIE ASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ses obligations dans le cas où il n'y aurait pas de chambre d'hôtel disponible à moins de 100 Km du domicile du bénéficiaire.

### › 2.5.2.2. Avance de fonds

Si le bénéficiaire se trouve subitement et intégralement démuné de ses moyens financiers dont il a immédiatement besoin, GARANTIE ASSISTANCE lui consent une avance de fonds sans intérêts. Cette avance de fonds est limitée à 3 000,00 € TTC par événement (ou moins si une somme inférieure est suffisante). Cette avance est remboursable dans les conditions précisées au paragraphe 1.5.2.

### › 2.5.2.3. Transfert du mobilier par le bénéficiaire

GARANTIE ASSISTANCE organise en fonction des disponibilités locales et prend en charge la location d'un véhicule de type utilitaire se conduisant avec le permis B afin de permettre au bénéficiaire d'effectuer le déménagement des objets restés dans l'habitation sinistrée. Cette prise en charge ne pourra en aucun cas dépasser 400,00 € TTC par événement.

Le bénéficiaire doit, pour bénéficier de cette assistance, remplir les conditions habituellement posées par les loueurs.

### › 2.5.2.4. Déménagement

Si le domicile est inhabitable pendant une période supérieure à 30 jours à compter de la date de la demande d'assistance, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge :

- pour les personnes domiciliées en France Métropolitaine: les frais de transfert du mobilier du bénéficiaire soit vers son nouveau lieu de résidence en France Métropolitaine, Andorre et Monaco, soit vers un garde-meuble (également situé en France Métropolitaine, Andorre et Monaco) sous réserve que le bénéficiaire le demande dans les 60 jours qui suivent la date du sinistre. Le transfert est organisé et pris en charge par GARANTIE ASSISTANCE dans un rayon de 50 kilomètres autour du domicile sinistré.
- pour les personnes domiciliées dans les Départements et Régions d'Outre-Mer : les frais de transfert du mobilier du bénéficiaire soit vers son nouveau lieu de résidence situé nécessairement dans la même zone de résidence que son domicile initial (département d'outre mer visé au 1.4), soit vers un garde-meuble (également situé dans la même zone de résidence que ci-dessus), sous réserve que le bénéficiaire le demande dans les 60 jours qui suivent la date du sinistre. Le transfert est organisé et pris en charge par GARANTIE ASSISTANCE dans un rayon de 50 kilomètres autour du domicile sinistré.

### › 2.5.2.5. Garde ou transfert des enfants de moins de 16 ans

- pour les personnes domiciliées en France Métropolitaine, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe chez un proche résidant en France Métropolitaine.
- pour les personnes domiciliées dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge soit leur transfert aller/retour en taxi et/ou en bateau chez un proche habitant dans la même zone de résidence que l'adhérent .

## § 2.6 - Assistances diverses

### 2.6.1. Frais de renouvellement de papiers

En cas de vol de documents officiels (carte d'identité, passeport, permis de conduire), et après déclaration aux autorités locales, GARANTIE ASSISTANCE participe aux frais de reconstitution de ces documents, dans la limite de 153 € TTC.

### 2.6.2. Dépannage serrurerie

GARANTIE ASSISTANCE prend en charge, si le bénéficiaire perd ou se fait dérober les clés de son domicile, l'intervention d'un serrurier, à concurrence de 77 € TTC (frais de déplacement et main d'oeuvre).

GARANTIE ASSISTANCE se réserve le droit de demander au bénéficiaire une justification de sa qualité d'occupant du domicile. Une seule intervention par an sera accordée.

### 2.6.3. Renseignements téléphoniques 24h/24

GARANTIE ASSISTANCE met à disposition du bénéficiaire un service de renseignements téléphoniques 24h/24 destiné à communiquer le ou les numéro(s) de téléphone du ou des service(s) de dépannage situé(s) à proximité de l'habitation du bénéficiaire dans les domaines suivants : plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie, réparation TV, électroménager. Les frais engagés restent à la charge du bénéficiaire.

### 2.6.4. Envoi d'un dépanneur

Si le véhicule du bénéficiaire est immobilisé à son domicile à la suite d'une panne ou d'un accident, GARANTIE ASSISTANCE organise l'envoi d'un dépanneur-remorqueur afin qu'il répare le véhicule sur place ou le remorque au garage le plus proche.

Les frais de déplacements, y compris ceux de louage, de garage, de main d'oeuvre, de pièces détachées restent dans tous les cas à la charge du bénéficiaire.

## Article 3 Assistance juridique à l'étranger

Cette assistance s'applique lorsque le bénéficiaire est poursuivi pour infraction involontaire à la législation du pays dans lequel il se trouve (autre que la France Métropolitaine et les DROM : Guyane, Martinique, Guadeloupe, Réunion).

### § 3.1 - Honoraires d'avocat

GARANTIE ASSISTANCE met un avocat à la disposition du bénéficiaire et lui règle directement ses honoraires jusqu'à concurrence de 1 000 € TTC par infraction.

### § 3.2 - Caution pénale

GARANTIE ASSISTANCE fait au bénéficiaire, si besoin est, contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire, l'avance de la caution pénale exigée par les autorités locales pour éviter ou faire cesser l'incarcération, dans la limite de 8 000 € TTC.

Cette avance est remboursable dans un délai de trois mois au plus à compter du jour du versement.

Si la caution lui est restituée par les autorités locales avant l'expiration de ce délai, le bénéficiaire rembourse immédiatement l'avance reçue.

S'il est cité devant un Tribunal et ne se présente pas ou ne se fait pas représenter, le remboursement de l'avance devient immédiatement exigible, car il est impossible d'obtenir la restitution de la caution si le prévenu fait défaut.

## Article 4 Assistance voyages et déplacement

### § 4.1 - Assistance en cas d'accident ou de maladie du bénéficiaire

#### 4.1.1. Rapatriement ou transport sanitaire en France ou à l'étranger

Après s'être entretenu avec le médecin traitant de l'état de santé du bénéficiaire et des impératifs d'ordre médical correspondants, le médecin de GARANTIE ASSISTANCE décide de la mise en œuvre de tous les moyens appropriés.

L'assistance médicale pourra prendre l'une des formes suivantes :

- transfert du bénéficiaire dans un établissement médicalisé adapté et situé dans le pays dans lequel le bénéficiaire malade ou blessé se trouve ou dans un pays proche,
- envoi d'un médecin sur place,
- rapatriement dans un centre hospitalier situé dans le pays du domicile,
- transport jusqu'au domicile si une hospitalisation n'est pas nécessaire,
- ou tout autre moyen adapté.

Cette liste n'est pas exhaustive et les choix concernant les modalités de cette assistance médicale relèvent en tout état de cause de l'appréciation souveraine du médecin de Garantie Assistance.

Le transport ou rapatriement sanitaire organisé par GARANTIE ASSISTANCE consiste à transférer le bénéficiaire du lieu d'hospitalisation dans lequel les organismes locaux de secours d'urgence l'ont préalablement acheminé vers une structure médicale plus adaptée.

Les frais de transport sont pris en charge par Garantie Assistance dans les conditions prévues au § 1.5.1 ci-dessus.

GARANTIE ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais d'évacuation sur pistes de ski, à concurrence de 153 € TTC, les frais de recherche étant exclus.

#### 4.1.2. Titre de transport pour un proche en France et à l'étranger

En cas de rapatriement du bénéficiaire en France ou de transport sanitaire vers un centre médicalisé adapté proche du lieu de séjour, GARANTIE ASSISTANCE met à la disposition de son conjoint ou d'une personne voyageant avec le bénéficiaire et désignée par lui, un billet de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe économique pour l'accompagner durant ce rapatriement ou ce transport.

La prise en charge des titres de transport par GARANTIE ASSISTANCE s'effectue dans les conditions exposées à l'article 1.5.1 "Engagements financiers".

Cette garantie n'est pas cumulable avec celle visée au paragraphe 4.1.6 "Présence d'un proche auprès du bénéficiaire hospitalisé à l'étranger".

#### 4.1.3. Rapatriement des proches voyageant avec le bénéficiaire en France et à l'étranger

En cas de rapatriement du bénéficiaire en France, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge le rapatriement en France de son conjoint et/ ou de ses enfants (ou ceux de ce dernier) restés sur le lieu du séjour.

La prise en charge des titres de transport par GARANTIE ASSISTANCE s'effectue dans les conditions exposées à l'article 1.5 "Engagements financiers".

Cette garantie n'est pas cumulable avec celle visée au paragraphe 4.1.6 "Présence d'un proche auprès du bénéficiaire hospitalisé à l'étranger".

#### 4.1.4. Accompagnement des enfants de moins de 16 ans ou handicapés mineurs

Si le bénéficiaire malade ou blessé est rapatrié en France, ou transporté vers un centre médicalisé adapté proche du lieu du séjour et si ses enfants ou ceux de son conjoint âgés de moins de 16 ans ou handicapés mineurs se retrouvent seuls sans surveillance, GARANTIE ASSISTANCE met à la disposition d'un proche désigné par le bénéficiaire et résidant en France, un billet d'avion classe économique ou de train 1<sup>ère</sup> classe, pour se rendre auprès des enfants. GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge le retour au domicile de ces enfants et de la personne accompagnante.

La prise en charge des titres de transport par Garantie Assistance s'effectue dans les conditions exposées à l'article 1.5.1 "Engagements financiers".

#### 4.1.5. Assistance aux animaux de compagnie en France et à l'étranger

On entend par animal de compagnie : tout chat ou chien de compagnie appartenant au bénéficiaire et qui satisfait aux conditions d'identification (tatouage et/ou puce électronique ainsi que passeport européen fourni et rempli par le vétérinaire) et de vaccinations imposées par les autorités sanitaires.

Sont exclus :

- tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ».
- le toilettage et les soins vétérinaires.

##### ➤ 4.1.5.1. Rapatriement des animaux de compagnie (2 maximum) :

Si le bénéficiaire a été rapatrié en France, GA organise et prend en charge, à la demande du bénéficiaire ou d'un de ses proches, le rapatriement en France de son animal de compagnie.

##### ➤ 4.1.5.2. Transport des animaux de compagnie blessés :

Si l'animal accompagnant le bénéficiaire est blessé et si des soins vétérinaires sont nécessaires, GA organise et prend en charge son transport vers une clinique vétérinaire le plus proche de lieu de séjour dans la limite des disponibilités locales.

GARANTIE ASSISTANCE le rapatrie une fois remis de sa blessure au domicile du bénéficiaire si ce dernier est déjà rentré en France.

*N.B. : Le rapatriement ou le transport de l'animal ne pourra se faire qu'avec l'accord du maître et est subordonné au respect des règlements sanitaires internationaux et locaux ainsi que des conditions des sociétés de transport.*

#### 4.1.6. Présence d'un proche auprès du bénéficiaire hospitalisé à l'étranger

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure ou égale à 10 jours du bénéficiaire, s'il est seul sur le lieu de son séjour et si son état de santé ne permet pas son rapatriement en France, GA met à la disposition d'un de ses proches désigné par lui, un billet aller-retour de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe économique au départ de la France pour se rendre à son chevet dans le pays d'hospitalisation.

GARANTIE ASSISTANCE prend également en charge les frais de séjour de ce proche à concurrence de 80 € TTC par nuit pendant 10 nuits maximum par événement.

Cette garantie n'est pas cumulable avec celles visées au 4.1.2. "Titre de transport pour un proche en France et à l'étranger" et au 4.1.3 "Rapatriement des proches voyageant avec le bénéficiaire en France et à l'étranger".

#### 4.1.7. Prolongation de séjour à l'hôtel à l'étranger

Si l'état de santé du bénéficiaire ne justifie pas une hospitalisation ou un transport sanitaire mais que son retour à la date initialement prévue est contre-indiqué médicalement, GARANTIE ASSISTANCE prend en charge, s'il y a lieu, les frais réellement exposés par le bénéficiaire pour la prolongation de séjour à l'hôtel, ainsi que ceux d'une personne demeurant à son chevet.

Cette prise en charge est limitée à concurrence de 80 € TTC maximum par jour et par personne pendant 10 jours maximum par événement.

#### 4.1.8. Remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'étranger

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

Cette prestation concerne les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation engagés par le bénéficiaire à la suite d'un accident ou d'une maladie, revêtant un caractère imprévisible, engagés pendant la durée de validité de la présente convention et ne s'applique que pour les bénéficiaires affiliés à la sécurité sociale et/ou à un organisme de prévoyance ou d'assurance santé.

Si le bénéficiaire est malade ou victime d'un accident, GARANTIE ASSISTANCE rembourse en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale et, le cas échéant, des versements complémentaires effectués par la mutuelle et/ou de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance santé, le coût des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation que le bénéficiaire a effectivement engagés.

Le remboursement complémentaire de GARANTIE ASSISTANCE est limité à 80 000 € TTC maximum par bénéficiaire et par événement.

La prise en charge des frais d'hospitalisation à l'étranger cesse à dater du jour où est en mesure d'effectuer le rapatriement du bénéficiaire en France. Dans tous les cas, il n'est pas effectué de remboursement de moins de 16 € TTC par dossier.

Dans la limite d'un plafond de 500 € TTC, l'accord préalable de prise en charge des remboursements des frais par GARANTIE ASSISTANCE, n'est pas exigé.

Ne donnent pas lieu à prise en charge les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation suivants :

- › les frais de prothèses : optiques, dentaires, auditives, fonctionnelles, esthétiques, ou autres,
- › les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
- › les frais de soins dentaires supérieurs à 153 € TTC, sans application de la franchise absolue de 16 € TTC,
- › les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, engagés en France et DROM français (Guyane, Martinique, Guadeloupe, Réunion),
- › les frais de cure thermique,
- › les frais de séjour en maison de repos, établissement de convalescence ou centre de réadaptation fonctionnelle.

#### 4.1.9. Envoi de médicaments introuvables à l'étranger

Si le bénéficiaire vient à manquer de médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement médical et qu'il lui est impossible de s'en procurer dans le pays dans lequel il se trouve à l'étranger, GARANTIE ASSISTANCE prend en charge la recherche et l'envoi, dans les plus brefs délais, des produits prescrits par une autorité médicale reconnue ou, en cas d'indisponibilité, de produits génériques équivalents prescrits par un médecin de GARANTIE ASSISTANCE.

Seuls la recherche et l'envoi de médicaments prescrits sont mis en oeuvre par GARANTIE ASSISTANCE au titre de la présente garantie.

Le coût des médicaments demeure à la charge du bénéficiaire.

### § 4.2 - Assistance en cas de décès

#### 4.2.1. Rapatriement - transport de corps

En cas de décès du bénéficiaire en France ou à l'étranger, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge le rapatriement du corps du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation en France.

GARANTIE ASSISTANCE prend également en charge :

- › les frais annexes rendus nécessaires par la législation en vigueur (soins de préparation, aménagements spécifiques au transport du corps, etc...),
- › le coût d'un cercueil le plus simple à concurrence de 763 € TTC.

Tous les autres frais annexes (frais de cérémonie, d'inhumation ou de crémation, convois locaux, accessoires...) restent à la charge de la famille.

Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche, s'il n'est pas déjà sur les lieux, en mettant à sa disposition un billet d'avion classe économique ou de train 1<sup>ère</sup> classe, pour se rendre de son domicile en France jusqu'au lieu d'inhumation.

Dans ce cas, GARANTIE ASSISTANCE prend en charge, sur justificatifs et à concurrence de 80 € TTC par nuit les frais de séjour sur place de cette personne.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 800 € TTC par événement.

#### 4.2.2. Rapatriement des proches du bénéficiaire

En cas de rapatriement de corps du bénéficiaire, GARANTIE ASSISTANCE organise et prend également en charge le rapatriement au domicile de son conjoint et/ou de ses enfants (ou ceux de ce dernier) restés sur le lieu de séjour. La prise en charge des titres de transport par GARANTIE ASSISTANCE s'effectue dans les conditions exposées au 1.5.1.

#### 4.2.3. Retour anticipé du bénéficiaire en cas de décès d'un proche

S'il doit interrompre son séjour, en France ou à l'étranger, afin d'assister aux obsèques d'un proche, GARANTIE ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire et prend en charge un billet d'avion classe économique ou de train 1<sup>ère</sup> classe, depuis le lieu du séjour jusqu'au lieu d'inhumation situé en France.

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres bénéficiaires voyageant avec lui par les moyens initialement prévus, GARANTIE ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire et prend en charge un billet d'avion classe économique ou de train 1<sup>ère</sup> classe, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré. La prise en charge des titres de transport par GA s'effectue dans les conditions exposées au 1.5.1.

#### 4.2.4. Accompagnement des enfants de moins de 16 ans ou handicapés mineurs

En cas de décès du bénéficiaire, et si ses enfants âgés de moins de 16 ans ou handicapés mineurs se retrouvent seuls sans surveillance, GARANTIE ASSISTANCE met à la disposition d'un proche résidant en France, un billet d'avion classe économique ou de train 1<sup>ère</sup> classe, pour se rendre auprès des enfants.

GARANTIE ASSISTANCE organise et prend en charge également le retour au domicile des enfants du bénéficiaire et celui du proche qui les accompagne.

La prise en charge des titres de transport par GARANTIE ASSISTANCE s'effectue dans les conditions exposées au 1.5.1.

### § 4.3 - Autres assistances

#### 4.3.1. Transmission de messages urgents

GARANTIE ASSISTANCE reçoit et transmet à leur destinataire en France, les messages à caractère urgent. Les commandes, annulations de commande, tous textes entraînant une responsabilité financière sont transmis sous la seule responsabilité de leur auteur, qui devra être identifié.

De même, GARANTIE ASSISTANCE pourra communiquer, sur appel d'un membre de sa famille, un message qui aurait été laissé à son intention.

#### 4.3.2. Informations voyage

A la demande du bénéficiaire, l'un des médecins de GARANTIE ASSISTANCE pourra lui communiquer des informations ou renseignements mais ne pourra en aucun cas faire des consultations médicales par téléphone.

Ces renseignements concernent les domaines suivants :

- › Hygiène de vie (alimentaire, etc.)
- › Préparation aux voyages
- › Maladies infantiles
- › Réaction aux médicaments
- › Vaccinations

*N.B. : Toute demande d'information du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; GARANTIE ASSISTANCE s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures dans les domaines mentionnés ci-dessus.*

La responsabilité de GARANTIE ASSISTANCE ne pourra être recherchée en cas de mauvaise utilisation ou d'interprétation inexacte par l'assuré des renseignements communiqués.

## Article 5 Dispositions communes aux garanties

### § 5.1 - Exonération de responsabilité

GARANTIE ASSISTANCE est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties. Toutefois :

- › la responsabilité de GARANTIE ASSISTANCE est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports...) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains Etats, à la circulation et/ou au transport des personnes ou des biens sur un territoire ou entre deux Etats donnés.

- › la responsabilité de GARANTIE ASSISTANCE ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif(ve) à l'insuffisance des disponibilités locales.
- › GARANTIE ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
  - soit de cas de force majeure
  - soit d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du Code des Assurances),
  - soit des saisies ou contraintes par la force publique,
  - soit des interdictions officielles,
  - soit des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
  - soit des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

## § 5.2 - Exclusions

5.2.1. GARANTIE ASSISTANCE ne peut intervenir que dans la limite des accords par les autorités locales et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours. GARANTIE ASSISTANCE ne sera pas tenue d'intervenir dans le cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur dans les pays traversés par lui.

5.2.2. Ne donnent pas lieu à prise en charge les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation :

- › consécutifs à un accident corporel ou une maladie survenue avant la validité de la garantie,
- › occasionnés par le diagnostic ou le traitement d'un état pathologique, physiologique ou psychique déjà connu avant la date d'effet de la garantie, à moins d'une complication nette et imprévisible,

Ne donnent également pas lieu à prise en charge :

- › les maladies mentales,
- › les états pathologiques faisant suite à une Interruption volontaire de grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée,
- › les hospitalisations prévues ou répétitives pour une même cause,
- › toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique notamment),
- › les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son voyage ou son séjour,

- › les convalescences et affections en cours de traitement et/ou non encore totalement guéries au moment du déplacement,
- › les frais de recherche de personne en montagne, en mer, ou dans le désert,
- › les vaccins et frais de vaccination,
- › les visites médicales de contrôle et les frais y afférents,
- › les examens et tests de routine ou check-up, tests ou traitements préventifs, examens et tests de contrôle en l'absence d'un accident ou d'une maladie garanti,
- › les atteintes corporelles causées ou provoquées intentionnellement par le bénéficiaire,
- › les conséquences du suicide ou de la tentative de suicide du bénéficiaire,
- › l'absorption de drogues, stupéfiants, substances analogues et médicaments non prescrits par une autorité médicale habilitée et leurs conséquences,
- › les conséquences de l'état alcoolique du bénéficiaire caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcoolémie supérieur 0,5 gramme par litre de sang,
- › la participation à des paris, défis, duels, crimes, rixes, sauf en cas de légitime défense,
- › les cas de dorsalgie, lombalgie, lombosciatique, hernie discale, pariétale, intervertébrale, crurale, scrotale, inguinale de ligne blanche et ombilicale,
- › les frais de transplantation d'organes non nécessités par un accident ou une maladie garanti,
- › la participation à titre amateur ou professionnel, à toute compétition ou manifestation sportive ainsi que les entraînements et essais préparatoires,
- › les accidents résultant de la pratique en tant qu'amateur, de tout sport nécessitant un permis spécial ou un certificat médical de tout sport de combat, de la varappe, du bobsleigh, du hockey sur glace.

Sont également exclues des garanties, les conséquences :

- › des situations à risques infectieux en contexte épidémique et pandémique,
- › de l'exposition à des agents biologiques infectants,
- › de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
- › de l'exposition à des agents incapacitants,
- › de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à des effets neurotoxiques rémanents,

dès lors qu'elles font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures sanitaires préventives ou de surveillance spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou locales du pays d'origine.



# Statuts AGMF PREVOYANCE

## TITRE 1<sup>er</sup> - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE L'UNION

### CHAPITRE 1<sup>er</sup> - FORMATION ET OBJET

#### ARTICLE 1<sup>er</sup> - DÉNOMINATION ET SIÈGE

Une Union de Mutuelles appelée "Association Générale des Médecins de France - Prévoyance" est établie à PARIS 17<sup>ème</sup>, 34 Boulevard de Courcelles.

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

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

#### ARTICLE 2 - OBJET

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

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

Elle accepte les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### ARTICLE 3 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

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

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

#### ARTICLE 4 - RÈGLEMENTS DES GARANTIES

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

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

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

#### ARTICLE 5 - RESPECT DE L'OBJET SOCIAL

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

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

#### SECTION I - CONDITIONS D'ADMISSION

##### ARTICLE 6 - CONDITIONS D'ADMISSION

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

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

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

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

##### ARTICLE 7 - ASSURÉS, BÉNÉFICIAIRES, AYANTS-DROIT

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

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

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

##### ARTICLE 8 - LOGO DU GROUPE

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

##### ARTICLE 9 - FUSION OU SCISSION DES MEMBRES ADHÉRENTS

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

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

### SECTION II - DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

##### ARTICLE 10 - DÉMISSION

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

##### ARTICLE 11 - RADIATION

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

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

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

##### ARTICLE 12 - EXCLUSION

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

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

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

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

##### ARTICLE 13 - CONSÉQUENCES DE LA CESSATION D'ADHÉSION

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

### CHAPITRE 3 - DISSOLUTION VOLONTAIRE

##### ARTICLE 14 - CONDITIONS DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE

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

##### ARTICLE 15 - CONSÉQUENCES DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE

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

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

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

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

## TITRE II - ADMINISTRATION DE L'UNION

### CHAPITRE 1<sup>er</sup> - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

#### SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTIONS

##### ARTICLE 16 - COMPOSITION

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

Chaque délégué ne dispose que d'une seule voix.

##### ARTICLE 17 - NOMBRE DE DÉLÉGUÉS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### SECTION II - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

##### ARTICLE 18 - CONVOCATIONS

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

##### ARTICLE 19 - ORDRE DU JOUR

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

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

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

##### ARTICLE 20 - PROCÈS-VERBAUX

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

##### ARTICLE 21 - QUORUM ET MAJORITÉ

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

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

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

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

##### 2/ Autres délibérations de l'Assemblée Générale

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

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

#### SECTION III - ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

##### ARTICLE 22 - COMPÉTENCES RÉSERVÉES À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

Elle est seule compétente pour statuer sur :

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

##### ARTICLE 23 - COMPÉTENCES À EXERCER CHAQUE ANNÉE

L'Assemblée Générale statue chaque année sur :

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

##### ARTICLE 24 - CLAUSE GÉNÉRALE DE COMPÉTENCE

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

### CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

#### SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTION

##### ARTICLE 25 - COMPOSITION

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

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

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

## 2/ Dispositions transitoires 2014/2016

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

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

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

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

### ARTICLE 26 - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Nul ne peut être élu au Conseil d'Administration :

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

### ARTICLE 27 - DÉCLARATIONS DE CANDIDATURES

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

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

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

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

### ARTICLE 28 - MODALITÉS DE L'ÉLECTION

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

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

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

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

### ARTICLE 29 - LIMITE D'ÂGE

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

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

### ARTICLE 30 - DURÉE NORMALE DU MANDAT

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

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

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

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

### ARTICLE 31 - FIN ANTICIPÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration perdent leur mandat :

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

### ARTICLE 32 - VACANCE

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

lui n'en seraient pas moins valables.

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

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

### ARTICLE 33 - REPRÉSENTATION DES SALARIÉS

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

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

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<sup>er</sup> - 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 imputées 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 imputées 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<sup>er</sup> - 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.