

Responsabilité Civile Professionnelle et Protection Juridique

Bulletin d'adhésion Jeunes professionnels remplaçants

Conseils pour remplir et nous retourner votre bulletin d'adhésion

- Nous vous remercions de compléter soigneusement tous les renseignements qui nous sont nécessaires pour votre adhésion. **Toute demande incomplète vous serait retournée.**

BULLETIN D'ADHÉSION 2015
**RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE
ET PROTECTION JURIDIQUE DES JEUNES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ (REPLAÇANTS)**

Code Apporteur

Cocher ci-après les cases choisies et remplir très lisiblement en lettres capitales.

Conformément à la réglementation, une copie recto verso d'un document d'identité en cours de validité du postulant à l'assurance doit être impérativement jointe au présent bulletin (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire, permis de séjour).

Si cette copie ne peut être fournie, le conseiller GPM notera ci-dessous les références de la pièce originale présentée :

Nature de la pièce : _____ délivrée par _____ le _____ à _____
le cas échéant authentifiée par _____.

I - IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR/ADHÉRENT

Mlle Mme M. Êtes-vous déjà adhérent(e) au Groupe Pasteur Mutualité ? NON OUI N° d'adhérent _____

NOM ou DÉNOMINATION SOCIALE _____

NOM DE JEUNE FILLE (s'il y a lieu) _____

PRÉNOM _____

NÉ(E) le _____ ADRESSE DOMICILE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

N° TÉLÉPHONE DOMICILE _____ N° TÉLÉPHONE PORTABLE _____

E-mail _____

J'accepte que mes données soient utilisées par les entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité pour recevoir des propositions commerciales, informations ou animations.

J'accepte que mes données soient transmises aux partenaires commerciaux des entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité.

Nécessaires à la bonne gestion de votre dossier, les données à caractère personnel contenues dans ces documents seront destinées à PANACEA ASSURANCES également responsable de traitement, ou à ses mandataires ou partenaires contractuels. Conformément aux conditions prévues dans la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression ainsi qu'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, en écrivant à : PANACEA ASSURANCES, CIL, 34, boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17. Pour plus d'information, vous reportez à l'article « Informatique et libertés » des conditions contractuelles.

II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Étudiant : OUI NON Interne / FFI : OUI NON Remplaçant non thésé* : OUI NON CCA / Assistant : OUI NON

SPÉCIALITÉ _____

Année d'étude : 1^{ère} année, 2^{ème} année, 3^{ème} année, 4^{ème} année, 5^{ème} année, 6^{ème} année

* Etudiant ayant terminé son cursus et en attente de thèse.

EXERCICE LIBÉRAL

• Êtes-vous titulaire d'une licence de remplacement ? OUI NON

• Date limite de validité : _____

• Exercez-vous à l'étranger ? (exclusion au contrat, sauf stages conventionnés et missions humanitaires) OUI NON

Si oui, dans quel cadre ? _____

Dans quel pays ? _____

EXERCICE HOSPITALIER OUI NON

EXERCICE SALARIÉ OUI NON

ADRESSE PROFESSIONNELLE PRINCIPALE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

III - RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS COMPLÉMENTAIRES

Pour toutes les professions/spécialités :

• Pratiquez-vous :

- des consultations ? OUI NON

- des consultations et actes en cabinet ? OUI NON

- des consultations et actes en établissement / Interventions en plateau technique lourd ? OUI NON

• Pratiquez-vous des actes à visée purement esthétique ? OUI NON

Si oui, lister les actes pratiqués : _____

• Pratiquez-vous des médicalisations d'évènements sportifs et culturels ? (exclusion des évènements professionnels) OUI NON

• Pratiquez-vous des anesthésies :

OUI NON

- générales ?

OUI NON

- régionales ?

OUI NON

- locales ?

OUI NON

• Pratiquez-vous des actes d'imagerie médicale ?

OUI NON

• Pratiquez-vous des échographies obstétricales à titre libéral ?

OUI NON

• Pratiquez vous des accouchements à titre libéral ?

OUI NON

• Pratiquez vous la chirurgie du rachis ? OUI NON

• Pratiquez vous la chirurgie de la première côte ? OUI NON

• Comment informez-vous vos patients ?

- oralement OUI NON

- par écrit OUI NON

- par un document signé du patient OUI NON

- par un courrier au médecin traitant avec copie au patient OUI NON

PROFESSIONS MÉDICALES

MÉDECINE GÉNÉRALE :

• Acupuncture OUI NON

• Ostéopathie OUI NON

Si oui, répondez-vous aux exigences du décret du 25/03/2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'Ostéopathie ? OUI NON

• Pose de Dispositifs Intra Utérins, implanon OUI NON

• Médecine du Sport OUI NON

(Exclusion des Sportifs Professionnels)

• Régulation OUI NON

• Infiltrations articulaires et periarticulaires OUI NON

• Homéopathie OUI NON

• Mésothérapie OUI NON

• Nutrition OUI NON

• Médecine de Montagne ou de mer OUI NON

• SOS Médecins OUI NON

• Suivi de grossesse OUI NON

CARDIOLOGIE :

• Echographies OUI NON

• Tests d'Effort OUI NON

O.R.L. :

• Actes Esthétiques avec entente préalable S.S OUI NON

• Actes Esthétiques sans entente préalable S.S OUI NON

• Chirurgien carcinologique OUI NON

RADIOLOGIE / MÉDECINE NUCLÉAIRE :

• Radiologie & Interventionnelle OUI NON

• Ponctions / Biopsie OUI NON

• Diagnostic OUI NON

• Scintigraphie OUI NON

ANGIOLOGIE :

• Consultation préopératoire OUI NON

ALGOLOGIE :

• Stimulateur / Pompe à morphine OUI NON

PNEUMOLOGIE :

• Fibroscopie OUI NON

STOMATOLOGIE :

• Actes de chirurgie simple au bloc (Dentaire, Parodontologie...) OUI NON

• Actes de chirurgie lourde au bloc (Ostéotomie, Carcinologie, Reconstruction...) OUI NON

• Chirurgie esthétique OUI NON

OPHTHALMOLOGIE :

• Fond d'œil OUI NON

• Cataracte OUI NON

• Laser OUI NON

• Actes Esthétiques OUI NON

GASTRO ENTEROLOGIE :

• Echographie OUI NON

• Fibroscopie / Coloscopie OUI NON

• Cathétérisme rétrograde OUI NON

• Bariatric OUI NON

GYNECOLOGIE :

• Pose de Dispositifs Intra Utérin, Implanon OUI NON

• Echographies gynécologiques/datation OUI NON

• Conisation/hystérocopie OUI NON

• Chirurgie gynécologique OUI NON

• Procréation médicalement assistée OUI NON

SAGE FEMME :

• Préparation à l'accouchement et/ou la rééducation périnéale OUI NON

• Suivi de grossesse OUI NON

• Accouchements OUI NON

• Accouchements à domicile OUI NON

• Echographies foetales OUI NON

IV- ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

Au cours des 10 dernières années écoulées :

- Avez-vous été assuré pour le risque de votre responsabilité civile professionnelle ? OUI NON

Nom de l'assureur	Date d'effet du contrat	Date de fin du contrat	Professions/spécialités garanties	Mode d'exercice garanti (Hospitalier, libéral...)

- Avez-vous connaissance de sinistres (RCP, PJ) survenus au cours des 10 dernières années au titre desquels vous avez été mis en cause ou concerné à quel que titre que ce soit ? OUI NON (On entend par sinistre : toute réclamation formulée auprès du professionnel de santé ou de son assureur (qu'il y ait ou non règlement) et/ou toute réclamation formulée auprès du professionnel de santé de nature à engager ultérieurement sa responsabilité)

Si oui, remplir le tableau suivant (suite éventuelle sur feuille annexe) :

Garantie (RCP ou PJ)	Dates		Précisions concernant la nature de la réclamation	Etat de la procédure	Montant des dommages
	de l'incident	de la réclamation			

Je reconnais que toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraînerait la nullité de l'assurance.

Le présent bulletin ne vaut pas note de couverture. L'adhésion au contrat prendra effet après acceptation de l'assureur à la date indiquée aux conditions particulières et ne pourra être antérieure au lendemain 0 heure du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.

Date d'effet souhaitée :

Fait à _____ Le _____

Signature du souscripteur/adhérent

(Précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé")

Cotisation annuelle Etudiant/Interne/Remplaçant non thésé (TTC) :

~~1 500 € maximum~~ Offert par GPM.

Cotisation annuelle CCA/Assistant (TTC) :

~~1 500 € maximum~~ 50 €*.

* Règlement par chèque à l'ordre de PANACEA Assurances et à retourner à :
PANACEA, 34 boulevard de Courcelles 75809 cedex 17.

AVERTISSEMENT

La présente déclaration engage votre responsabilité.

Nous vous informons que les réponses contenues dans le présent document et les annexes ajoutées par le proposant constituent des éléments d'appréciation du risque dont il est tenu compte pour l'appréciation des garanties et pour la fixation de la cotisation. En conséquence, toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude, peut entraîner les sanctions prévues aux articles L 113 8 (nullité du contrat) et L 113 9 (réduction des indemnités ou résiliation du contrat) du Code des assurances.

Les informations contenues dans le présent document ne sont destinées qu'aux fichiers de la Société.

Le proposant peut demander communication des documents le concernant et les faire rectifier conformément aux dispositions de la loi du 06 janvier 1978.

Vous adhérer au contrat collectif RCME.15 souscrit par la Société Mutualiste des Médecins de France (SMMF) pour ses membres. Cette adhésion vous permet de bénéficier de la prise en charge de tout ou partie de vos garanties par la SMMF dont l'objet est notamment de vous apporter l'assistance nécessaire dans le cadre de votre activité en vous donnant accès aux produits d'assurances utiles ou nécessaires.

L'assurance de la responsabilité civile professionnelle (RCP) et de la protection juridique (PJ) a pour objet de couvrir le Praticien contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'il peut encourir en raison des dommages subis par un patient dans le cadre de l'exercice de sa profession tel que cet exercice est défini par les dispositions légales et réglementaires.

Sont également couverts les dommages causés dans le cadre du devoir d'assistance, des activités et fonctions hospitalières et enseignantes, des activités de Maître de stage, des fonctions d'expert ainsi que sa responsabilité qui peut être recherchée en qualité d'employeur.

BULLETIN D'ADHÉSION MUTUELLE D'ACTION SOCIALE

Société Mutualiste des Médecins de France (SMMF)

Adhérente à AGMF Prévoyance

Mutuelle régie par le Livre III du Code de la mutualité - n° 442 922 084

34 Boulevard de Courcelles - 75809 Cedex 17

Informations importantes

- **Votre mutuelle a pour objet de mener une action de solidarité et d'entraide, en apportant notamment à ses membres et à leurs ayants droit, par tous moyens mis à sa disposition, l'aide et le soutien nécessaires en cas de difficultés financières, sociales, familiales ou morales particulières.**
- **Le rattachement à votre mutuelle d'Action Sociale est effectué en prenant en compte votre profession.**
- Nous vous invitons à prendre connaissance des documents mis à disposition par votre mutuelle. Ils vous renseignent sur les éléments essentiels du contrat mutualiste et les missions de votre mutuelle.
- N'oubliez pas de **dater et de signer votre bulletin d'adhésion.**
- Pour toute information complémentaire concernant la signature de ce bulletin, le rôle et les missions de votre mutuelle d'Action Sociale, vous pouvez vous rendre sur le site de Groupe Pasteur Mutualité www.gpm.fr.

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Né(e) le : _____

PROFESSION : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

La souscription de ma (ou mes) garantie(s) assurée(s) par PANACEA Assurances¹ implique au préalable mon adhésion à la SMMF. En signant le présent bulletin, je sollicite mon adhésion à la SMMF.

Je reconnais avoir été informé(e) de mes droits et obligations par la mise à disposition d'un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste de ma mutuelle régie par le livre III du Code de la mutualité. Je déclare avoir pris connaissance de ces documents et en accepter les termes. Ils sont également disponibles et mis à jour sur le site Internet www.gpm.fr.

Je certifie l'exactitude des renseignements déclarés ci-dessus. Je m'engage à signaler, toute modification afférente aux renseignements fournis.

Fait à :

Signature de l'Adhérent :

Le :

Dans les limites des statuts des mutuelles, régies par le Livre III du Code de la mutualité, adhérentes à AGMF Prévoyance, je sollicite mon adhésion à une seconde mutuelle d'Action Sociale :

Dénomination sociale :

Immatriculation n° :

1 - PANACEA Assurances, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 50 000 000 euros régie par le Code des assurances - RCS Paris n°507 648 087 - 34, boulevard de Courcelles 75809 Paris cedex 17

Nécessaires à la bonne gestion de votre dossier, à la vie statutaire de votre mutuelle et à la réalisation des actions conformes à l'objet social de votre mutuelle, les données à caractère personnel contenues dans ces documents seront destinées à AGMF Prévoyance également responsable du traitement et à votre Mutuelle. Conformément aux conditions prévues dans la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression ainsi qu'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, en écrivant à : AGMF Prévoyance, CIL, 34, boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17.

Assureur :

PANACEA ASSURANCES SA, société anonyme d'assurances à directoire et conseil de surveillance au capital de 50 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, 34 boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17.

Assuré :

- Etudiant en médecine, des professions médicales, des professions paramédicales ou vétérinaire.
- Interne en médecine, en pharmacie, en odontologie ou vétérinaire.
- Assistant des hôpitaux, chef de clinique des universités – assistant des Hôpitaux, assistant hospitalier universitaire des professions médicales.
- Remplaçant non thésé.

Objet du contrat :

Garantir les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile professionnelle encourue par l'Assuré à l'égard des tiers dans le cadre de l'exercice légal de sa profession et pour les activités déclarées au certificat d'adhésion.

Assurer la protection des intérêts de l'Assuré (en défense ou en recours) pour tout conflit d'intérêt, amiable ou judiciaire, entre l'Assuré et un tiers dans le cadre de son activité professionnelle et conduisant l'Assuré à faire valoir un droit ou résister à une prétention.

Loi du contrat :

Le contrat est régi par la loi française.

Principales garanties responsabilité civile :

- Garantie des conséquences pécuniaires des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers par l'Assuré à la suite :
 - d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins, visés à l'article L1142-2 du Code de la Santé Publique effectués sous la conduite d'un praticien en établissement hospitalier et, plus généralement, des activités universitaires et hospitalières (stages, travaux pratiques),
 - de remplacements de praticiens ou de gardes privées, sous réserve qu'il y ait été autorisé par les instances professionnelles et la réglementation en vigueur **ET SOUS RÉSERVE D'UNE DECLARATION PREALABLE A L'ASSUREUR**,
 - des actes effectués dans le cadre de l'obligation d'assistance à personne en péril,
 - des fautes personnelles (actes réalisés exclusivement en dehors de la limite de mission qui lui a été confiée) lorsque l'assuré intervient en qualité de salarié d'un établissement de santé privé, ou des fautes détachables du service public à l'occasion de fonctions hospitalières.
- Garantie des biens confiés à l'assuré pour l'exercice de son activité.

Principales garanties protection juridique :

- Assistance téléphonique en vue de la prévention de litiges et prise en charge des frais de procédure à l'occasion de la recherche d'une solution amiable ou contentieuse lors d'un litige :
 - relatif à une procédure ordinaire,
 - relatif au droit du travail ou hospitalier,
 - avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Principales exclusions :

- Responsabilité civile professionnelle :
 - Dommages résultant de l'usage d'un véhicule terrestre à moteur,
 - Dommages subis par l'assuré,
 - Remplacements en activité libérale de gynécologie obstétrique.
- Protection juridique professionnelle :
 - Litiges relatifs aux matières bancaires, fiscales ou douanières,
 - Relatifs aux recouvrements d'honoraires ou de créances.
- Se reporter à la notice d'information valant conditions générales pour la liste complète des exclusions.

Territorialité :

Les garanties du présent contrat s'exercent exclusivement en France métropolitaine, dans les départements d'Outre-Mer et dans la principauté de Monaco.

Elles sont étendues aux Etats membres de l'Union Européenne, sur déclaration spécifique préalable de l'assuré, au titre de sa participation à des stages conventionnés.

Elles sont étendues au Monde entier, sur déclaration spécifique préalable de l'Assuré, au titre de sa participation à des missions humanitaires à titre bénévole exclusivement, pour autant que la durée du séjour n'excède pas quatre mois.

Cette extension ne s'applique pas aux conséquences d'actes médicaux ou de soins effectués aux ETATS-UNIS et au CANADA, que ces actes soient réalisés par l'assuré lui-même ou sa direction.

Durée du contrat :

L'adhésion au contrat est conclue sans tacite reconduction, pour la période indiquée au certificat d'adhésion.

Fonctionnement de la garantie dans le temps :

Voir fiche d'information relative aux fonctionnements de la garantie responsabilité civile professionnelle dans le temps.

Tableau des garanties :

Voir notice d'information RCME.15.

** La présente fiche d'information n'a pas valeur de conditions générales des garanties Responsabilité Civile et Protection Juridique Professionnelles. Pour connaître l'étendue contractuelle de ces garanties, il convient de se reporter à la notice d'information RCME.15.*

Fiche d'information relative au fonctionnement de la garantie "Responsabilité Civile Professionnelle" dans le temps

Avertissement :

La présente fiche d'information vous est délivrée en application de l'article L. 112-2 du code des assurances.

Elle a pour objet d'apporter les informations nécessaires à une bonne compréhension du fonctionnement de la garantie de responsabilité civile professionnelle dans le temps.

Elle concerne les contrats souscrits ou reconduits postérieurement à l'entrée en vigueur le 3 novembre 2003 de l'article 80 de la loi n°2003-706. Les contrats souscrits antérieurement font l'objet de dispositions particulières précisées dans la même loi.

Comprendre les termes :

Fait dommageable :

Fait, acte ou événement à l'origine des dommages subis par la victime et faisant l'objet d'une réclamation.

Réclamation :

Toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droits et adressée à l'assuré ou l'assureur.

Période de validité de la garantie :

Période comprise entre la date de prise d'effet de la garantie et, après d'éventuelles reconductions, sa date de résiliation ou d'expiration.

Période subséquente :

Période se situant après la date de résiliation ou d'expiration de la garantie. Sa durée minimale est précisée par la loi. Elle porte sur une durée de cinq ans en cas de résiliation ou d'expiration de la garantie et de 10 ans en cas de cessation d'activité professionnelle ou de décès de l'assuré.

La responsabilité civile encourue du fait d'une activité professionnelle

Le contrat d'assurance de Responsabilité Civile Professionnelle prévoit le déclenchement de la garantie par la réclamation.

1 Comment fonctionne le mode de déclenchement par la réclamation ?

L'assureur apporte sa garantie lorsque la première réclamation est formée entre la date de prise d'effet et la date de résiliation ou d'expiration de la garantie, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre, dès lors que le fait dommageable est survenu dans le cadre de vos activités professionnelles garanties au moment de la première réclamation.

Sont également couverts, les sinistres dont la première réclamation est formulée pendant un délai de 5 ans, à partir de la date de résiliation ou d'expiration de la garantie, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité de votre garantie et dans le cadre des activités professionnelles garanties à la date de résiliation ou d'expiration de la garantie, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre.

Dispositions spécifiques en cas de cessation d'activité ou de décès :

Dans le cas où la résiliation du contrat est motivée par la cessation d'activité professionnelle ou le décès de l'assuré, l'assureur apporte sa garantie pour les sinistres dont la première réclamation est formulée dans un délai de 10 ans, à partir de la date de résiliation ou d'expiration de la garantie, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité de la garantie ou antérieurement à cette période dans le cadre des activités professionnelles garanties à la date de résiliation ou d'expiration des garanties, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre.

Toutefois, le contrat ne couvre pas les sinistres dont la première réclamation est postérieure à une éventuelle reprise de son activité par l'Assuré.

Enfin, quel que soit le cas, la garantie de l'assureur n'est pas due si l'assuré avait connaissance du fait dommageable au jour de la souscription de celle-ci.

1.1 Premier cas : la réclamation du tiers est adressée à l'assuré ou à l'assureur pendant la période de validité de la garantie souscrite

L'assureur apporte sa garantie, même si le fait à l'origine du sinistre s'est produit avant la souscription de la garantie.

1.2 Second cas : la réclamation est adressée à l'assuré ou à l'assureur pendant la période subséquente

Cas 1.2.1 : l'assuré n'a pas souscrit de nouvelle garantie de responsabilité civile professionnelle déclenchée par la réclamation couvrant le même risque.

L'assureur apporte sa garantie.

Cas 1.2.2 : l'assuré a souscrit une nouvelle garantie de responsabilité civile professionnelle déclenchée par la réclamation auprès d'un nouvel assureur couvrant le même risque.

C'est la nouvelle garantie qui est mise en œuvre, sauf si l'assuré avait connaissance du fait dommageable au jour de la souscription de celle-ci, auquel cas, c'est la garantie précédente qui intervient.

Aussi, dès lors qu'il n'y a pas d'interruption entre deux garanties successives et que la réclamation est adressée à l'assuré ou à son assureur avant l'expiration du délai subséquent de la garantie initiale, l'un des deux assureurs est nécessairement compétent et prend en charge la réclamation.

Lorsque la garantie initiale est déclenchée pendant la période subséquente, le plafond de l'indemnisation ne peut être inférieur à celui de la garantie déclenchée pendant l'année précédant la date de sa résiliation ou de son expiration.

2 En cas de changement d'assureur

Si vous avez changé d'assureur et si un sinistre, dont le fait dommageable est intervenu avant la souscription de votre nouveau contrat, n'est l'objet d'une réclamation qu'au cours de votre nouveau contrat, il faut déterminer l'assureur qui vous indemniserà.

Ainsi, votre ancien assureur devra traiter la réclamation si vous avez eu connaissance du fait dommageable avant la souscription de votre nouvelle garantie.

Cependant, aucune garantie n'est due par votre ancien assureur si la réclamation vous est adressée ou l'est à votre ancien assureur après l'expiration du délai subséquent.

Si vous n'avez pas eu connaissance du fait dommageable avant la souscription de votre nouvelle garantie, c'est votre nouvel assureur qui accueillera la réclamation.

3 En cas de réclamations multiples relatives au même fait dommageable

Un même fait dommageable peut être à l'origine de dommages multiples qui interviennent ou se révèlent à des moments différents. Plusieurs réclamations ont alors vocation à être successivement adressées par les différents tiers concernés.

Dans ce cas, le sinistre est considéré comme unique. En conséquence, c'est le même assureur qui prend en charge l'ensemble des réclamations.

Ainsi, l'assureur qui doit être désigné est celui qui est compétent, dans les conditions précisées aux paragraphes 1 et 2 ci-dessus, au moment de la formulation de la première réclamation.

Dès lors que cet assureur est compétent au titre de la première réclamation, les réclamations ultérieures seront alors traitées par ce même assureur quelle que soit la date à laquelle ces réclamations sont formulées, même si la période subséquente est dépassée.

ÉTUDIANTS, INTERNES,
CHEFS DE CLINIQUE,
REMPLAÇANTS NON THÉSÉS



ASSURANCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Assurance de la Responsabilité Civile et Protection Juridique Professionnelles

Étudiants

Internes

Chefs de clinique

Remplaçants non thésés

NOTICE D'INFORMATION CONDITIONS GÉNÉRALES

Responsabilité Civile étudiants, internes,
chefs de clinique, remplaçants non thésés

Notice d'information valant conditions générales
Contrat RCME.15

NOTICE D'INFORMATION

Ce document constitue la notice d'information du contrat collectif RCME.15 souscrit par La Mutuelle SOCIETE MUTUALISTE DES MEDECINS DE FRANCE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre III du code de la Mutualité, Immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 442 922 084, Ayant son siège social sis 34, Boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17, auprès de PANACEA ASSURANCES SA, société anonyme d'assurances à directoire et conseil de surveillance au capital de 50 000 000 €, entreprise régie par le Code des Assurances, 34 boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17.

Les articles cités dans la présente notice d'information sont ceux du Code des Assurances.

Le présent contrat est régi par la loi française, spécialement le Code des Assurances.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	page 2	TITRE III. FONCTIONNEMENT DU CONTRAT	page 6
Article 1 - Définitions communes.....	page 2	Chapitre 1 : Formation - Durée du contrat	page 6
Article 2 - Objet du contrat.....	page 2	Article 16 - Prise d'effet du contrat.....	page 6
TITRE I. RESPONSABILITÉ CIVILE	page 2	Article 17 - Durée du contrat.....	page 6
Article 3 - Définitions.....	page 2	Article 18 - Résiliation.....	page 6
Chapitre 1 : Exposé des garanties	page 2	Chapitre 2 : Déclaration du risque	page 6
Article 4 - Objet de la garantie.....	page 2	Article 19 - Déclarations à la souscription et en cours de contrat.....	page 6
Article 5 - Montants de garantie.....	page 3	Article 20 - Déclaration des autres assurances.....	page 6
Chapitre 2 : Dispositions communes aux garanties du Titre I	page 2	Chapitre 3 : Cotisations	page 6
Article 6 - Exclusions.....	page 2	Article 21 - Paramètres et modalités de calcul de la cotisation.....	page 6
Article 7 - Étendue territoriale.....	page 3	Article 22 - Modalités de paiement de la cotisation.....	page 6
Article 8 - Fonctionnement de la garantie dans le temps.....	page 3	Article 23 - Dispositions en cas de non paiement des cotisations.....	page 7
TITRE II. PROTECTION JURIDIQUE VIE PROFESSIONNELLE	page 4	Article 24 - Révision de tarif.....	page 7
Article 9 - Définitions.....	page 4	Chapitre 4 : Dispositions à suivre en cas de sinistre	page 6
Chapitre 1 : Exposé et nature de la garantie	page 4	Article 25 - Dispositions à suivre par l'Assuré en cas de sinistre Responsabilité Civile.....	page 6
Article 10 - Objet de la garantie.....	page 4	Article 26 - Dispositions applicables à la Protection Juridique.....	page 7
Article 11 - Nature des prestations garanties.....	page 4	Chapitre 5 : Dispositions diverses	page 7
Chapitre 2 : Dispositions communes aux garanties du Titre II	page 4	Article 27 - Subrogation.....	page 7
Article 12 - Montant du seuil d'intervention et de la garantie.....	page 4	Article 28 - Prescription.....	page 8
Article 13 - Exclusions.....	page 4	Article 29 - Examen des réclamations.....	page 8
Article 14 - Étendue territoriale.....	page 4	Article 30 - Informatique et Libertés.....	page 8
Article 15 - Fonctionnement de la garantie dans le temps.....	page 4	Article 31 - Contrôle de l'entreprise d'assurance.....	page 8
		ANNEXES	page 8
		Tableaux de Garanties et Franchise.....	page 8

PRÉAMBULE

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS COMMUNES

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

- **Souscripteur** : La Mutuelle SOCIETE MUTUALISTE DES MEDECINS DE FRANCE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre III du code de la Mutualité, Immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 442 922 084, Ayant son siège social sis 34, Boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17.
- **Société** : PANACEA ASSURANCES - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 50 000 000 €. Entreprise régie par le Code des Assurances, 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17 - 507 648 087 RCS Paris.
- **Assuré** : les personnes physiques membres du groupement souscripteur à titre individuel ou collectif ayant en tant que tels la qualité :
 - d'étudiant en médecine, des professions médicales, des professions paramédicales ou vétérinaire,
 - d'interne en médecine, de pharmacie, d'odontologie ou vétérinaire,
 - d'assistant des hôpitaux, chef de clinique des universités - assistant des Hôpitaux, assistant hospitalier universitaire,
 - de remplaçant non thésé,sollicitant leur adhésion au présent contrat à titre individuel ou collectif et nommé désigné sur le certificat d'adhésion valant attestation d'assurance délivré à la suite de l'adhésion au contrat collectif.
- **Dommage corporel** : toute atteinte corporelle subie par une personne physique.
- **Dommage matériel** : toute détérioration, destruction ou atteinte matérielle subie par une personne physique ou morale, toute atteinte physique à des animaux.
- **Dommage immatériel consécutif** : tout autre préjudice pécuniaire résultant de la privation de jouissance d'un droit, d'un service ou de la perte d'un bénéfice subi par une personne physique ou morale, et résultant directement d'un dommage corporel ou matériel garanti par le contrat.
- **Franchise** : la part des dommages indemnisables restant à la charge de l'Assuré en cas de sinistre. Cette part peut être forfaitaire (franchise "absolue") ou exprimée en pourcentage des dommages indemnisables (franchise "proportionnelle").

ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT

§ 1- Responsabilité civile

Dans son titre I, le présent contrat d'assurance collectif a pour objet de garantir les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile encourue par l'Assuré en raison des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers dans le cadre des activités garanties.

Ces garanties sont accordées sous réserve :

- des exclusions et limites de garanties mentionnées dans les Conditions Générales et au certificat d'adhésion valant attestation d'assurance,
- des limites de sommes ou de franchises prévues en annexe de la présente notice d'information et au certificat d'adhésion valant attestation d'assurance.

Les garanties peuvent être étendues aux remplacements en activité libérale effectués par les internes, les chefs de clinique, et les remplaçants non thésés dans les conditions légales sur déclaration préalable de l'adhérent indiquant la spécialité exercée, le lieu d'exercice ainsi que la date ou période concernée. Cette déclaration devant être effectuée pour tout nouveau lieu de remplacement. PANACEA éditte une attestation d'assurance matérialisant l'extension de garantie. Les remplacements en gynécologie obstétrique ne peuvent être couverts.

§ 2 - Protection Juridique

Dans son titre II, le présent contrat d'assurance collectif a pour objet de garantir la protection juridique professionnelle de l'Assuré pour tout litige tel que défini au titre II du présent contrat.

La Société fournit à l'Assuré les renseignements juridiques dont il a besoin en prévention d'un litige couvert par le présent contrat, notamment par téléphone, entreprend les démarches pour la recherche d'une solution amiable et prend en charge les frais d'assistance et de représentation de l'Assuré dans le cadre d'une procédure amiable ou judiciaire (article 11).

Cette garantie est accordée sous réserve :

- des exclusions et limites de garanties mentionnées dans la présente notice d'information,
- des limites de sommes ou de garanties et du seuil d'intervention prévues en annexe de la présente notice d'information et au certificat d'adhésion valant attestation d'assurance.

TITRE I - RESPONSABILITÉ CIVILE

ARTICLE 3 - DÉFINITIONS

Pour l'application des garanties responsabilité civile du titre I, on entend par :

- **Contrat de soins** : la relation contractuelle entre l'Assuré et son patient concernant exclusivement des actes de prévention, de diagnostic ou de soins prodigués au patient. La relation contractuelle entre l'assuré et son client concernant exclusivement des actes de prévention, de diagnostic ou de soins prodigués à l'animal appartenant au client.
- **Sinistre** : tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'Assuré, résultant d'un fait dommageable ou d'un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique, imputable aux activités de l'Assuré garanties par le contrat et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations.
- **Réclamation** : toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée

par la victime d'un dommage ou ses ayants droit et adressée à l'Assuré ou à la Société.

- **Tiers** : toute personne physique ou morale autre que :
 - l'Assuré,
 - son conjoint, son concubin, ses ascendants, ses descendants et ses collatéraux, sauf en cas d'atteintes à la personne résultant d'une activité visée à l'article L.1142-2 du Code de la Santé Publique.
- **Garantie par année d'assurance** : l'engagement maximum de la Société pour garantir les sinistres d'un Assuré survenus au cours de la période comprise entre deux échéances annuelles. Toutefois, si la date de prise d'effet de la garantie est distincte de l'échéance annuelle, il faut entendre par "année d'assurance" la période comprise entre cette date et l'échéance annuelle. Si cependant la garantie expire entre deux échéances annuelles, la dernière "année d'assurance" s'entend de la période comprise entre la dernière date d'échéance annuelle et la date d'expiration de la garantie.

CHAPITRE 1 : EXPOSÉ DES GARANTIES

ARTICLE 4 - OBJET DE LA GARANTIE

§ 1

Le contrat garantit, conformément aux dispositions de l'article L.251-1 du Code des Assurances, les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que l'Assuré peut encourir, en raison des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers à l'occasion :

- d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins, visés à l'article L1142-2 du Code de la Santé Publique effectués sous la conduite d'un praticien en établissement hospitalier et, plus généralement, des activités universitaires et hospitalières (stages, travaux pratiques),
- de remplacements de praticiens ou de gardes privées, sous réserve qu'il y ait été autorisé par les instances professionnelles et la réglementation en vigueur,
- de tout acte médical réalisé dans le cadre de l'obligation d'assistance à personne en péril (article 223-6 du Code Pénal).
- lorsqu'il intervient en qualité de salarié d'un établissement de santé privé, pour les actes réalisés exclusivement en dehors de la limite de la mission qui lui a été confiée, ou à l'occasion de fonctions hospitalières à la suite d'une faute personnelle détachable du service public.

§ 2

A ce titre, l'Assuré est notamment couvert contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'il peut encourir en raison des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs aux tiers :

- à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins visées à l'article L.1142-2 du Code de la Santé Publique.
- par des produits de santé fabriqués, conditionnés et/ou par lui délivrés, à titre gratuit ou onéreux, en vue de leur utilisation par des tiers.

Toutefois, ne sont pas couverts :

- les frais de remplacement ou de remboursement des produits,
- les frais exposés par l'Assuré pour remédier au défaut des produits ou pour les retirer du marché.
- par dérogation à l'article 6.1.3, en raison d'atteintes à l'environnement accidentelles consécutives à des faits fortuits commis à l'occasion des activités garanties par le présent contrat.

Par atteinte à l'environnement, on entend :

- l'émission, la dispersion, le rejet ou le dépôt de toute substance solide, liquide ou gazeuse, diffusée par l'atmosphère, les eaux ou le sol,
- la production d'odeurs, bruits, vibration, variations de température, ondes, radiations ou rayonnements excédant la mesure des obligations ordinaires de voisinage.

L'atteinte à l'environnement est accidentelle lorsque sa manifestation est concomitante à l'évènement soudain et imprévu qui l'a provoquée et ne se réalise pas de façon lente et progressive.

Toutefois, ne sont pas couverts :

- les dommages qui résultent du mauvais état, de l'insuffisance ou de l'entretien défectueux des installations, dès lors que ce mauvais état, cette insuffisance ou cet entretien défectueux était connu ou ne pouvait être ignoré de l'Assuré avant la réalisation desdits dommages.
- les redevances mises à la charge de l'Assuré en application des lois et règlements en vigueur au moment du sinistre, même si ces redevances sont destinées à remédier à une situation consécutive à des dommages donnant lieu à garantie, ainsi que toutes amendes y compris celles assimilées à des amendes civiles.

- les dommages subis par les éléments naturels tels que l'air, l'eau, le sol, la faune, la flore dont l'usage est commun à tous, ainsi que les préjudices d'ordre esthétique ou d'agrément qui s'y rattachent.
- les frais des opérations visant à éliminer une menace ou éviter une aggravation de dommages aux tiers, ou visant à neutraliser, isoler ou éliminer les substances polluantes.
- par dérogation à l'article 6.3.4, en raison des dommages matériels et immatériels consécutifs causés aux biens mobiliers confiés à l'Assuré dans le cadre des activités garanties par le présent contrat et qui engagent sa responsabilité vis à vis de leur propriétaire.

Sont notamment couverts, les dommages aux biens mobiliers confiés à l'occasion de l'exercice d'un contrat de remplacement professionnel.

Toutefois, la garantie ne couvre pas :

- les disparitions, pertes et vols,
- les dommages résultant du vice propre des biens confiés ou de leur vétusté,

- les dommages causés par un incendie, une explosion, un dégât des eaux, ou résultant d'un cas de force majeure,
- les dommages subis par les biens confiés au cours de leur transport,
- les biens détenus en vertu d'un contrat de location, de crédit-bail, de location-vente, conclu par l'Assuré avec une clause de réserve de propriété,
- les biens confiés à l'Assuré par l'établissement de santé ou toute autre structure professionnelle où il exerce son activité.

ARTICLE 5 - MONTANTS DE GARANTIES

Les garanties du présent chapitre s'exercent par Assuré pour les dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs confondus par sinistre et par année d'assurance, jusqu'à concurrence des sommes indiquées en annexe de la présente notice d'information et au certificat d'adhésion valant attestation d'assurance.

Certains risques ou dommages peuvent faire l'objet de montants de garantie spécifiques, indiqués, le cas échéant, au certificat d'adhésion valant attestation d'assurance.

CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES DU TITRE I

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS

Le contrat ne couvre pas :

§ 1 - En raison des risques qui doivent être couverts par des contrats d'assurance spécifiques

- 1/ Les dommages corporels, matériels et immatériels résultant de l'usage de tous véhicules terrestres à moteur (articles L.211-1 et suivants du Code des Assurances), et de tous engins maritimes, fluviaux, lacustres ou aériens, et dont l'Assuré ou les personnes dont il est responsable, ont la propriété, la conduite ou la garde.
- 2/ La responsabilité encourue par l'Assuré en qualité de promoteur, d'investigateur, ou plus généralement d'intervenant, dans le cadre de la loi n°88-1138 du 20 décembre 1988 modifiée par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 et des textes subséquents.
- 3/ Sauf dans le cas prévu à l'article 4.2 du présent contrat, les dommages corporels, matériels et immatériels résultant d'atteintes à l'environnement (pollution) n'ayant pas un caractère accidentel, ou ayant pour origine le mauvais état, l'insuffisance, ou l'entretien défectueux des installations, dès lors que ce mauvais état, cette insuffisance ou cet entretien défectueux était connu ou ne pouvait pas être ignoré par l'Assuré avant la réalisation desdits dommages.
- 4/ Les dommages matériels et immatériels résultant d'incendies, d'explosions, de venues d'eau, de vapeur, de gaz ou fumées, survenus dans les locaux dont l'Assuré est propriétaire ou occupant (recours des voisins et des tiers).
- 5/ Les responsabilités encourues par l'Assuré au cours de ses études à l'occasion d'activités sportives ou festives, en sa qualité de participant ou d'organisateur.

§ 2 - En raison de certains événements

- 1/ Les dommages corporels, matériels et immatériels occasionnés par la guerre étrangère ou civile, les émeutes ou mouvements populaires conformément à l'article L.121-8 du Code des Assurances, y compris les actes de terrorisme et de sabotage si l'assuré y a pris une part active. Il appartient à l'Assuré de prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère et à la Société de prouver que le sinistre résulte de la guerre civile, d'émeutes ou de mouvements populaires.
- 2/ Les dommages corporels, matériels et immatériels causés ou aggravés :
 - par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome,
 - par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants engageant la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire.

§ 3 - En raison des garanties du contrat

- 1/ La responsabilité encourue par l'Assuré en raison d'activités ne relevant pas de l'objet du contrat, tel que défini à l'article 4 ou en dehors des modalités d'exercice des activités assurées mentionnées au certificat d'adhésion valant attestation d'assurance.
- 2/ Les conséquences de la faute intentionnelle ou dolosive commise par l'Assuré ou avec sa complicité, ou résultant de paris.
- 3/ Les conséquences d'actes professionnels :
 - prohibés par la loi,
 - pour la pratique desquels l'Assuré n'est pas muni des autorisations nécessaires,
 - pour la pratique desquels l'Assuré n'est pas muni des diplômes et qualifications professionnels exigés par les textes réglementaires ou délivrés par les organismes professionnels habilités à régir l'activité considérée,
 - effectués dans le cadre de remplacements en activité libérale n'ayant pas donné lieu à la déclaration spécifique prévue aux articles 2 et 16 et, en tout état de cause, aux remplacements en gynécologie obstétrique.
- 4/ Les responsabilités contractuelles pouvant incomber à l'Assuré dans les cas suivants :

- du fait de l'inexécution totale ou partielle d'obligations contractuelles, à l'exception de celles résultant du contrat de soins à l'égard des patients et consultants,
- en raison de la conclusion, de l'exécution ou de la rupture d'un contrat de travail,
- lorsque les obligations résultant d'engagements pris par l'Assuré excèdent celles auxquelles il serait tenu en vertu du droit commun,
- en cas de dommages subis par des biens ne lui appartenant pas (bâtiments, matériels, équipements et appareillages) loués ou à lui confiés à un titre quelconque et qu'il utilise en tant que moyen pour l'exercice de ses activités

- 5/ Les dommages immatériels non consécutifs à un dommage corporel ou matériel ainsi que tous les dommages immatériels causés à l'établissement de santé ou au cabinet médical dans lequel l'Assuré exerce son activité.
- 6/ Les dommages résultant de recherches et applications se rapportant au domaine de la technologie génétique (y compris la chirurgie et la manipulation génétique) appliquées sur des sujets humains.
- 7/ Les dommages qui proviendraient directement ou indirectement de l'élaboration, la fourniture, la manipulation, la distribution, l'administration ou une quelconque utilisation de substances de toute nature provenant entièrement ou partiellement du corps humain (comme par exemple des tissus, des organes, des cellules, des transplants, des excréments et sécrétions, ainsi que le sang et l'urine) ou de tout dérivé ou produit de biosynthèse qui en est issu, lorsqu'ils sont destinés à un usage thérapeutique ou de diagnostic sur l'être humain et lorsque ces opérations sont effectuées pour le compte et/ou dans le cadre de tout service ou organisme chargé de l'élaboration ou de la fourniture de telles substances.
- 8/ Les dommages qui proviendraient directement ou indirectement d'activités consistant à concevoir, étudier, créer de nouveaux médicaments, équipements, produits destinés à tous usages de soins ou de cosmétique ainsi que toutes expérimentations et tests associés, sauf ceux concernant des produits ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché.
- 9/ Les dommages liés à la réutilisation de dispositifs médicaux à usage unique.
- 10/ Les dommages résultant de la prescription, de l'administration de produits ou de spécialités pharmaceutiques n'ayant pas obtenu le visa légal exigé, ou de la fabrication de tels produits ou spécialités nécessitant une homologation légale.
- 11/ Les sinistres résultant directement ou indirectement de l'exposition à l'amiante, fibre d'amiante ou matériaux contenant de l'amiante.
- 12/ Les dommages relevant de la garantie de l'employeur ou du commettant de l'Assuré au sens de l'article 1384 du Code Civil lorsqu'il exerce en qualité de salarié ou de la garantie de l'établissement employeur lorsqu'il exerce en qualité d'agent du service public.
- 13/ Les dommages causés à l'établissement ou au cabinet médical dans lequel il exerce, ou aux personnes travaillant dans ces lieux.
- 14/ Sauf dans le cas prévu à l'article 7 du présent contrat, la responsabilité encourue par l'Assuré dans le cadre d'un exercice dans un pays étranger.

ARTICLE 7 - ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties du présent contrat s'exercent exclusivement en France métropolitaine, dans les départements d'Outre-Mer et dans la principauté de Monaco.

Elles sont étendues aux Etats membres de l'Union Européenne, sur déclaration spécifique préalable de l'assuré, au titre de sa participation à des stages conventionnés.

Elles sont étendues au Monde entier, sur déclaration spécifique préalable de l'Assuré, au titre de sa participation à des missions humanitaires à titre bénévole exclusivement, pour autant que la durée du séjour n'excède pas quatre mois.

CETTE EXTENSION NE S'APPLIQUE PAS AUX CONSÉQUENCES D'ACTES MÉDICAUX OU DE SOINS EFFECTUÉS AUX ETATS-UNIS ET AU CANADA, QUE CES ACTES SOIENT REALISÉS PAR L'ASSURÉ LUI-MÊME OU SOUS SA DIRECTION.

ARTICLE 8 – FONCTIONNEMENT DE LA GARANTIE DANS LE TEMPS

§ 1 – Mode de déclenchement et durée de la garantie

1/ Les modalités de fonctionnement de la garantie dans le temps s'exercent **conformément aux dispositions de l'article L.251-2 du Code des Assurances**. L'Assuré est garanti contre les conséquences pécuniaires des sinistres pour lesquels la première réclamation est formée pendant la période de validité de son contrat, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre, dès lors que le fait dommageable est survenu dans le cadre des activités de l'Assuré garanties au moment de la première réclamation.

2/ Garantie subséquente :

- **Principe** : Sont également couverts, les sinistres dont la première réclamation est formulée pendant un **délai de 5 ans**, à partir de la date d'expiration ou de résiliation de tout ou partie de la garantie du contrat de l'Assuré, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité de son adhésion au contrat collectif et dans le cadre des activités garanties à la date de résiliation ou d'expiration des garanties de son contrat, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre.
- **Dispositions spécifiques en cas de décès** : Dans le cas où la résiliation du contrat de l'Assuré est motivée par le **décès** de l'Assuré, le présent contrat garantit également les sinistres pour lesquels la première réclamation est formulée dans un **délai de 10 ans** à partir de la date de résiliation ou d'expiration de tout ou partie des garanties du contrat de l'Assuré, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité de son adhésion au contrat collectif ou antérieurement à cette période dans le cadre des activités de l'Assuré garanties à la date de résiliation ou d'expiration des garanties, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre.

3/ Dans tous les cas, le contrat ne garantit pas les sinistres dont le fait dommageable était connu de l'Assuré à la date de son adhésion au contrat collectif.

4/ Lorsqu'un même sinistre est susceptible de mettre en jeu la garantie apportée par plusieurs contrats successifs, il est couvert en priorité par le contrat en vigueur au moment de la première réclamation sans qu'il soit fait application des dispositions des 4^{ème} et 5^{ème} alinéas de l'article L.121-4 du Code des Assurances.

§ 2 – Fonctionnement des plafonds de garantie

Les plafonds de garantie par année d'assurance constituent l'engagement maximum de la Société pour l'ensemble des réclamations reçues par l'Assuré pendant une année, quels que soient le nombre de victimes et l'échelonnement dans le temps des règlements faits par la Société.

Le sinistre est imputé à l'année d'assurance au cours de laquelle la Société a reçu la première réclamation.

Lorsqu'un sinistre donne lieu à plusieurs réclamations auprès d'un même Assuré, qui s'échelonnent dans le temps, il est imputé à l'année au cours de laquelle la Société a reçu la première réclamation.

Les montants de garantie s'épuisent au fur et à mesure des règlements d'indemnité et des frais effectués par la Société.

Le plafond applicable à la garantie déclenchée pendant le délai subséquent est unique pour l'ensemble de cette période et est égal au montant de la garantie prévu au contrat de l'Assuré pour l'année d'assurance précédant la date d'expiration, de suspension ou de résiliation.

Il est spécifique et s'applique pour l'ensemble des sinistres dont la garantie est déclenchée durant cette période.

Lorsque plusieurs garanties du contrat sont mises en jeu dans le délai subséquent, leurs plafonds ne se cumulent pas : la Société ne peut être tenue pour l'indemnisation de ces sinistres au-delà du plafond de garantie par année d'assurance le plus élevé.

TITRE II – PROTECTION JURIDIQUE VIE PROFESSIONNELLE

ARTICLE 9 – DÉFINITIONS

Pour l'application des garanties de protection juridique du titre II, on entend par :

Litige : tout conflit d'intérêt, amiable ou judiciaire, entre l'Assuré et un tiers, trouvant son origine dans l'exercice de son activité ou de ses fonctions, et conduisant l'Assuré à faire valoir un droit ou résister à une prétention.

Assuré : Le souscripteur du contrat.

Tiers : toute personne physique ou morale autre que :

- l'Assuré,
- son conjoint, son concubin, ses ascendants, ses descendants et ses collatéraux.

Seuil d'intervention : intérêt financier minimum du litige en dessous duquel la Société n'intervient pas.

CHAPITRE 1 : EXPOSÉ ET NATURE DE LA GARANTIE

ARTICLE 10 – OBJET DE LA GARANTIE

La Société s'engage à assurer la protection des intérêts de l'Assuré (en défense ou en recours) devant toute juridiction, notamment pénale ou ordinaire et pour tout litige résultant de l'exercice de son activité professionnelle déclarée au certificat d'adhésion et faisant l'objet du contrat.

ARTICLE 11 – NATURE DES PRESTATIONS GARANTIES

§ 1 – Assistance par téléphone

Dans le cadre de la garantie définie ci-dessus, la Société répond aux demandes de renseignements juridiques exposées par l'Assuré, en vue de la prévention des litiges couverts par le présent contrat.

Ce service fonctionne aux jours et heures de service de la Société mentionnés en annexe de la présente notice d'information.

La rédaction de tout acte ou consultation écrite est exclue du champ de cette prestation.

§ 2 – Recherche d'une solution au litige

La Société procède à l'examen de la déclaration, informe l'Assuré de la nature et de l'étendue de ses droits et obligations, apprécie le bien-fondé juridique du litige et met en oeuvre les moyens amiables ou judiciaires permettant à l'Assuré d'obtenir la solution la plus satisfaisante à son litige. Pour cela, elle demande, si besoin est, communication de toutes informations et pièces nécessaires à l'instruction du dossier. Recherche d'une solution amiable :

La Société, en accord avec l'Assuré, effectue toutes démarches auprès de la partie adverse pour obtenir une solution amiable.

Action en justice :

S'il s'avère nécessaire de donner une suite contentieuse au litige, sous la condition que l'action ne soit pas prescrite et qu'elle porte sur des prétentions juridiquement fondées, la Société prend en charge le coût de la procédure, à savoir :

- les frais de constitution de dossiers, tels que frais d'enquête, coût de procès verbal de police, et sous réserve de son accord préalable, de constats d'huissiers,
- les honoraires d'experts désignés par la Société,
- les frais et honoraires d'avocats, d'avoués et des auxiliaires de justice,
- les frais de justice engagés pour l'exercice du recours, sur laquelle l'Assuré a donné son accord, selon les modalités visées à l'article 26.

CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES DU TITRE II

ARTICLE 12 – MONTANT DU SEUIL D'INTERVENTION ET DE LA GARANTIE

La Société intervient pour tout litige dont l'intérêt pécuniaire est supérieur au montant du seuil d'intervention **et dans la limite du montant de garantie fixé par litige indiqué en annexe de la présente notice d'information**.

ARTICLE 13 – EXCLUSIONS

§ 1 – La Société ne couvre pas les litiges :

- garantis pour la défense ou le recours par une autre assurance ou découlant d'un défaut d'assurance obligatoire,
- provoqués intentionnellement par l'Assuré ou dont il se rend complice, ainsi que ceux résultant de sa participation à un crime, un délit intentionnel, une agression ou rixe, sauf cas de légitime défense,

- résultant de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de mouvements populaires, d'actes de terrorisme ou de sabotage commis dans le cadre d'actions concertées,
- résultant de la volonté manifeste de l'assuré de s'opposer, en dehors de tout motif légitime, au respect d'une disposition légale ou réglementaire ou à l'exécution d'une disposition contractuelle,
- relatifs :
 - aux accidents de la circulation automobile,
 - aux infractions au Code de la Route commises en dehors de tout accident de la circulation et notamment celles donnant lieu à des poursuites devant les commissions administratives de suspension du permis de conduire ou devant les juridictions répressives,
 - à l'état d'ivresse publique manifeste de l'Assuré.
- relatifs à l'expression d'opinions politiques ou syndicales, à un conflit collectif de travail ou à la participation à un acte de défense des intérêts collectifs de la profession ou d'un statut,

- relatifs aux matières bancaires, fiscales ou douanières ainsi qu'à toute opération de crédit ou montage financier, aux marques et brevets,
- relatifs à l'administration d'associations, de sociétés civiles ou commerciales, de la détention de parts sociales ou de valeurs mobilières, de sa participation dans une Société Civile Professionnelle, Groupement de Coopération Sanitaire, ou de toutes autres structures civiles, administratives ou commerciales, ainsi qu'en qualité de mandataire social de droit ou de fait,
- relatifs au recouvrement d'honoraires ou de créances,
- avec les locataires.

§ 2 - Par ailleurs, ne sont jamais pris en charge :

- les amendes pénales ou civiles,
- les frais de cautions pénales,
- les consignations pénales,
- les sommes au paiement desquelles l'Assuré est condamné pour réparer le préjudice qu'il a causé, en principal et intérêts, ainsi que toutes autres indemnités compensatoires,
- les frais et dépens exposés par la partie adverse, de même que les sommes au paiement desquelles l'Assuré est condamné au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L.761-1 du Code de Justice Administrative,
- les frais d'exequatur ou d'exécution d'une décision hors du territoire national,
- les frais engagés, en l'absence d'accord préalable de la Société par l'Assuré pour l'obtention de constats d'huissiers, d'expertises amiables ou toutes autres pièces justificatives,
- les dommages et intérêts répressifs ou punitifs.

ARTICLE 14 - ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties du présent contrat s'exercent exclusivement en France métropolitaine, dans les départements d'Outre-Mer et dans la principauté de Monaco.

Elles sont étendues aux Etats membres de l'Union Européenne, sur déclaration spécifique préalable de l'assuré, au titre de sa participation à des stages conventionnés.

Elles sont étendues au Monde entier, sur déclaration spécifique préalable de l'Assuré, au titre de sa participation à des missions humanitaires à titre bénévole exclusivement, pour autant que la durée du séjour n'excède pas quatre mois.

CETTE EXTENSION NE S'APPLIQUE PAS AUX CONSÉQUENCES D'ACTES MÉDICAUX OU DE SOINS EFFECTUÉS AUX ETATS-UNIS ET AU CANADA, QUE CES ACTES SOIENT RÉALISÉS PAR L'ASSURÉ LUI-MÊME OU SOUS SA DIRECTION.

ARTICLE 15 - FONCTIONNEMENT DE LA GARANTIE DANS LE TEMPS

Les garanties de la présente partie s'appliquent à tous les litiges déclarés après l'adhésion au contrat et dont les éléments constitutifs étaient inconnus de l'Assuré à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Les garanties ne sont pas acquises pour les litiges déclarés à la Société postérieurement à la cessation de l'adhésion au contrat, même si les faits en cause sont survenus pendant la période de garantie.

TITRE III - FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

CHAPITRE 1 : FORMATION - DURÉE DU CONTRAT

ARTICLE 16 - PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Les assurés définis à l'article 1 adhèrent au présent contrat collectif selon les modalités suivantes :

- adhésion individuelle au moyen d'une souscription en ligne
- adhésion individuelle au moyen d'un bulletin d'adhésion papier.

Les garanties peuvent être étendues aux remplacements en activité libérale effectués les internes, les chefs de clinique, et les remplaçants non thésés dans les conditions légales sur déclaration préalable de l'adhérent indiquant la spécialité exercée, le lieu d'exercice ainsi que la date ou période concernée. Cette déclaration doit être effectuée pour tout nouveau lieu de remplacement. PANACEA éditte une attestation d'assurance matérialisant l'extension de garantie.

Les garanties ne prennent leur effet qu'à la plus tardive des deux dates suivantes :

- le lendemain à 0 heure du paiement effectif de la cotisation par l'Assuré (sous réserve que ce paiement ne soit pas refusé par l'organisme sur lequel il doit être tiré),
- la date d'effet de l'adhésion au contrat collectif.

L'adhésion au contrat collectif est formée à la date indiquée au certificat d'adhésion valant attestation d'assurance.

Cette disposition s'applique à tout avenant au contrat, sauf si la proposition faite par l'Assuré par lettre recommandée de modifier le contrat n'est pas refusée par la Société dans les dix jours après qu'elle lui soit parvenue.

ARTICLE 17 - DURÉE DU CONTRAT

§ 1 - Durée du contrat collectif

Le contrat collectif liant le Souscripteur et la Société est conclu pour une période d'un an.

Il est, à l'expiration de cette durée, reconduit de plein droit, par périodes annuelles, sauf dénonciation par le Souscripteur ou par la Société opérée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée avant le 30 juin pour effet au 1^{er} septembre.

La dénonciation du contrat par le Souscripteur ou la Société vaut dénonciation des adhésions à l'égard des assurés.

Cette dénonciation doit être faite selon les modalités prévues à l'article 18.2. La cessation des garanties consécutive à la dénonciation du contrat prend effet à la date d'échéance mentionnée au certificat d'adhésion valant attestation d'assurance.

§ 2 - Durée de l'adhésion de l'Assuré au contrat

L'adhésion au contrat est conclue sans tacite reconduction, pour la période indiquée au certificat d'adhésion valant attestation d'assurance.

ARTICLE 18 - RÉSILIATION

§ 1 - Le contrat ou l'adhésion au contrat peut être résilié avant sa date normale d'expiration dans les cas et conditions ci-après :

1/ Par la Société :

- a) en cas de non-paiement de la cotisation par l'Assuré (article L.113-3 du Code des Assurances),
- b) en cas d'aggravation du risque (article L.113-4 du Code des Assurances),

- c) en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (article L.113-9 du Code des Assurances),

- d) après sinistre, l'Assuré ayant alors le droit de résilier les autres contrats souscrits par lui auprès de la Société (article R.113-10 du Code des Assurances).

2/ Par l'Assuré :

- a) dans les 3 mois de la survenance d'un des événements ci-dessous, lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se trouvent pas dans la situation nouvelle (article L. 113-16 du Code des Assurances):

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- obtention de la thèse,
- perte du statut d'étudiant.

- b) en cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées dans la police, si la Société refuse de réduire la cotisation en conséquence (article L.113-4 du Code des Assurances),

- c) en cas de résiliation par la Société d'un autre contrat de l'Assuré après sinistre (article R.113-10 du Code des Assurances),

- d) en cas de modification du tarif d'assurance selon les dispositions prévues à l'article 24 ci-après.

3/ Par la Société d'une part, ou par l'héritier ou l'acquéreur d'autre part, en cas de transfert de propriété de la chose assurée (article L.121-10 du Code des Assurances),

4/ De plein droit :

- a) en cas de retrait de l'agrément administratif de la Société (article L.326-12 du Code des Assurances),

- b) en cas de perte totale de la chose assurée résultant d'un événement non garanti (article L.121-9 du Code des Assurances),

- c) en cas de réquisition de la propriété des biens assurés dans les cas ou conditions prévus par la législation en vigueur (article L.160-6 du Code des Assurances).

§ 2 - Modalités de résiliation

Lorsque l'Assuré a la faculté de résilier son adhésion au contrat collectif, il peut le faire à son choix, soit par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège de la Société.

La résiliation par la Société de l'adhésion au contrat collectif est notifiée par lettre recommandée au dernier domicile connu de l'Assuré. Les délais de résiliation sont décomptés à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

§ 3 - Remboursement de la cotisation non absorbée

Dans le cas de résiliation de l'adhésion au contrat collectif au cours d'une période d'assurance, la portion de cotisation afférente à la période postérieure à la résiliation, n'est pas acquise à la Société.

Toutefois, cette fraction de cotisation reste acquise à la Société à titre d'indemnité dans le cas prévu à l'article 18 § 1 / a) (résiliation en cas de non-paiement de cotisation).

CHAPITRE 2 : DÉCLARATION DU RISQUE

ARTICLE 19 - DÉCLARATIONS À LA SOUSCRIPTION ET EN COURS DE CONTRAT

§ 1 - A la souscription

Le contrat est établi d'après les déclarations de l'Assuré. La cotisation est fixée en conséquence.

L'Assuré doit déclarer exactement sous peine des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances, toutes les circonstances constitutives du risque connues par lui et spécifiées dans la proposition d'assurance ou le bulletin d'adhésion dont un exemplaire lui a été remis, et notamment :

- tout autre contrat souscrit par ailleurs et garantissant le même risque,
- toute renonciation aux recours contre un responsable ou garant,
- toutes spécialités ou compétences professionnelles ainsi que toutes techniques particulières qu'il peut légalement pratiquer,
- tous les actes professionnels de nature à aggraver le risque.
- **toute activité de remplacement en libéral effectuée par l'interne ou le chef de clinique conformément à la réglementation, indiquant la spécialité exercée, le lieu d'exercice ainsi que la date ou période concernée.**

§ 2 - En cours de contrat

L'Assuré doit déclarer dans les quinze jours où il en a connaissance, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux, et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à la Société, notamment dans la proposition d'assurance ou le bulletin d'adhésion visé à l'article 19.1 ci-dessus et notamment :

- **toute activité de remplacement en libéral effectuée par l'interne ou le chef de clinique conformément à la réglementation, indiquant la spécialité exercée, le lieu d'exercice ainsi que la date ou période concernée.**
- obtention de la thèse,

- perte du statut d'étudiant du fait de la fin des études et/ou de l'installation en qualité de médecin ou de toute autre spécialité médicale ou paramédicale.

En cas de modification en cours de contrat portant sur l'un des éléments du risque susvisés, la garantie concernée cessera d'être acquise. Ainsi, en cas de perte de la qualité d'étudiant, les garanties responsabilité civile et protection juridique ne seront plus acquises.

L'Assuré obtenant sa thèse en cours d'année d'assurance est tenu d'en faire la déclaration auprès de la Société. Il reste toutefois garanti jusqu'au terme de cette année, mentionnée sur le certificat d'assurance.

§ 3 - Sanctions

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application, suivant les cas, des sanctions prévues aux articles L.113-8 (nullité du contrat) et L.113-9 (réduction des indemnités).

ARTICLE 20 - DÉCLARATION DES AUTRES ASSURANCES

Conformément aux dispositions de l'article L.121-4 du Code des Assurances, l'Assuré doit déclarer immédiatement toute assurance contractée pour un même intérêt et contre un même risque auprès d'autres assureurs.

Dans le cas où il existerait d'autres assurances de même nature couvrant tout ou partie des mêmes risques, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat, quelle que soit la date à laquelle l'assurance aura été souscrite.

Dans ces limites, l'Assuré peut obtenir l'indemnisation de ses dommages en s'adressant à la Société d'assurances de son choix.

CHAPITRE 3 : COTISATIONS

ARTICLE 21 - PARAMÈTRES ET MODALITÉS DE CALCUL DE LA COTISATION

La cotisation afférente aux garanties des titres I et II du présent contrat, est calculée suivant les modalités indiquées dans l'appel de cotisation.

ARTICLE 22 - MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation et les frais accessoires dont le montant est stipulé au contrat, ainsi que les impôts et taxes, sont payables par l'Assuré au siège de la Société, selon les modalités fixées dans l'appel de cotisation.

La date d'échéance du paiement est fixée dans l'appel de cotisation.

ARTICLE 23 - DISPOSITIONS EN CAS DE NON PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement dans les dix jours de la réception par l'Assuré de l'appel de cotisation, la Société (indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice) peut, par lettre recommandée valant mise en demeure adressée à l'Assuré à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre (article L.113-3 du Code des Assurances).

La Société a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-dessus, par notification faite à l'Assuré, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée. La suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas l'Assuré de l'obligation de payer les cotisations à leur échéance.

ARTICLE 24 - RÉVISION DE TARIF

En cas de modification de tarif :

- la cotisation exigible à l'échéance annuelle suivant la date de modification est calculée par référence au nouveau tarif et l'appel de cotisation est présenté dans les formes habituelles,
- l'Assuré a le droit de résilier le contrat par lettre recommandée dans les 15 jours suivant celui où il a eu connaissance du nouveau tarif.

Cette résiliation prend effet trois mois après l'expédition de la lettre recommandée.

Dans ce cas, la Société adresse à l'Assuré un nouvel appel de cotisation calculé sur la base du précédent tarif pour la période de garantie comprise entre la date d'échéance et la date de résiliation.

La résiliation par la Société de l'adhésion au contrat collectif est notifiée par lettre recommandée au dernier domicile connu de l'Assuré. Les délais de résiliation sont décomptés à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS À SUIVRE EN CAS DE SINISTRE

ARTICLE 25 - DISPOSITIONS À SUIVRE PAR L'ASSURÉ EN CAS DE SINISTRE RESPONSABILITÉ CIVILE :

La Société défend l'Assuré devant toutes juridictions et devant les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation lorsqu'il est mis en cause pour des faits engageant sa responsabilité couverts par le présent contrat.

La Société prend la défense de l'Assuré au lieu et place de ce dernier dans ses droits et actions, que la réclamation du tiers soit fondée ou non. A ce titre, sont couverts les frais et honoraires d'enquête, d'instruction, d'expertise, d'avocat, les frais de procès et d'arbitrage.

La Société a seule le droit de transiger avec les personnes lésées ou leurs ayants droit. **Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction intervenant en dehors de la Société ne lui est opposable.**

§ 1 - Déclaration du sinistre

L'Assuré adresse à la Société, dès qu'elle lui est parvenue et au plus tard dans les cinq jours ouvrés, la réclamation ou toute mise en cause adressée par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation, à laquelle est jointe un rapport circonstancié sur les causes du sinistre.

Faute pour l'Assuré de respecter le délai ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, il est déchu de la garantie, dans la mesure où le retard dans la déclaration a causé un préjudice à la Société.

§ 2 - Transmission de pièces

L'Assuré transmet à la Société dès réception, tous avis, lettres, convocations, assignations, actes judiciaires et pièces de procédure qui lui seraient adressés, remis ou signifiés concernant un sinistre susceptible d'engager une des responsabilités garanties par le contrat.

Il s'oblige également à transmettre à la Société tout document de nature à faciliter la défense de ses intérêts et apporter toute la collaboration nécessaire à la bonne marche de la procédure. Il doit notamment assister aux expertises et répondre à toute convocation lorsque la Société juge sa présence nécessaire.

§ 3 - Si de mauvaise foi, l'Assuré :

- **fait de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences d'un sinistre,**
- **emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux,**
- **ne déclare pas l'existence d'autres assurances portant sur les mêmes risques, il est entièrement déchu de tout droit à une quelconque indemnité.**

§ 4 - Procédure

En cas d'action portée devant une juridiction civile et dirigée contre l'Assuré, la Société assume sa défense **et dans la limite de sa garantie**, dirige le procès. La Société a le libre exercice des voies de recours, et l'Assuré s'engage à lui fournir les documents lui permettant de régulariser valablement la procédure en son nom.

Ces dispositions sont également applicables en cas de saisine d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation.

- Devant les juridictions pénales ou ordinaires, si la ou les victimes n'ont pas été désintéressées, la Société a la faculté **dans la limite de sa garantie** et avec l'accord de l'Assuré de diriger ou de s'associer à sa défense pénale ou disciplinaire. A défaut d'accord, la Société assume néanmoins la défense des intérêts civils de l'Assuré. Toutefois, la Société ne peut alors exercer les voies de recours qu'avec l'accord de celui-ci, à l'exception du pourvoi en cassation, lorsqu'il est limité aux intérêts civils.

§ 5 - Sanctions

Faute pour l'Assuré de se conformer aux obligations citées aux articles 25.2 et 25.4, sauf cas fortuit ou de force majeure, la Société peut réclamer une indemnité proportionnée au préjudice que ce manquement peut lui causer.

§ 6 - Indemnisation

1/ Paiement des indemnités : Lorsque survient un sinistre, la Société s'engage à effectuer le paiement des indemnités, dans la limite du montant de la garantie dans le délai d'un mois, soit de l'accord amiable, soit de la décision judiciaire exécutoire.

2 / Constitution de rente : Si l'indemnité allouée par une décision judiciaire à une victime ou à ses ayants droits consiste en une rente et si une acquisition de titres est ordonnée à la Société par la décision pour sûreté de son paiement, la Société procède à la constitution de cette garantie dans la limite de la partie disponible de la somme assurée.

Si aucune acquisition de titres n'est ordonnée, la valeur de la rente en capital est calculée d'après les règles applicables pour le calcul de la réserve mathématique de cette rente. Si cette valeur est inférieure à la somme assurée disponible, la rente est intégralement à la charge de la Société. Dans le cas contraire, seule la partie de la rente correspondant en capital à la partie disponible de la somme assurée est à la charge de la Société.

ARTICLE 26 - DISPOSITIONS APPLICABLES À LA PROTECTION JURIDIQUE

§ 1 - Modalités de gestion

Les modalités de gestion de l'assurance sont celles visées à l'article L.322-2-3 premier tiret du 1^{er} alinéa.

Il est précisé que l'Assuré, conseillé par l'avocat qu'il choisit, conserve dans tous les cas la direction de la procédure.

En cas de procédure prise en charge dans le cadre du présent contrat, l'Assuré peut faire appel à l'avocat ou à la personne qualifiée de son choix ou s'en remettre, s'il le souhaite, à la Société pour la désignation de la personne chargée de défendre ses intérêts ou de le représenter.

Cette disposition est également applicable chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre lui-même et la Société.

Lorsque l'Assuré souhaite exercer un recours à l'encontre d'un tiers, la Société n'intervient que si elle estime que le recours est fondé en droit.

L'Assuré ne peut saisir directement un avocat, une personne qualifiée ou une juridiction sans l'accord de la Société, à peine de perdre son droit à garantie.

Néanmoins, en cas d'urgence, il peut seul prendre les mesures conservatoires strictement nécessaires, à charge d'en informer la Société dans les 48 heures.

En cas de désaccord entre la Société et l'Assuré au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, cette difficulté peut être soumise à l'arbitrage.

Dans ce cas, la difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en oeuvre de cette faculté sont à la charge de la Société.

Toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque l'Assuré a mis en oeuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Lorsque cette procédure est exercée, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie d'assurance et que l'Assuré est susceptible d'engager en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur.

Si l'Assuré a engagé à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par la Société ou par la tierce personne, la Société l'indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, déduction faite des sommes revenant à l'Assuré au titre des dépens ou de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, de l'article L.761-1 du Code de Justice Administrative, ou des articles 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, dans la limite du montant de la garantie.

§ 2 - Modalités de prise en charge des frais et honoraires d'avocat

Subrogation :

1 / Quelles que soient les modalités de mise en oeuvre des garanties, la Société prend en charge l'ensemble des frais et honoraires d'avocat ou de toute autre personne qualifiée qui s'avèrent nécessaires, dans les limites du plafond de garantie et du barème de prise en charge des honoraires d'avocat figurant au en annexe de la présente notice d'information.

2 / Lorsque l'Assuré s'en remet à la Société pour la désignation d'un avocat ou de toute autre personne qualifiée, la Société prend directement en charge les frais et honoraires correspondants.

3 / Si l'Assuré décide de choisir lui-même son avocat ou toute autre personne qualifiée :

- lorsque l'Assuré a lui-même fait l'avance des honoraires et/ou frais, la Société le rembourse sur justificatif, pour chaque intervention, plaidoirie, pourvoi ou recours, au fur et à mesure que ces frais ont été exposés.
- dans l'hypothèse où une délégation d'honoraires a été consentie par l'Assuré à son avocat, permettant à ce dernier de s'adresser directement à la Société pour le paiement des frais et honoraires la Société s'engage à régler directement l'avocat à concurrence du plafond contractuel.

4 / Les dispositions relatives à la subrogation de la Société (article 27) sont applicables aux sinistres "Protection juridique" pour la récupération auprès de tout responsable, des sommes payées par la Société pour le compte de l'Assuré, notamment des frais de justice et des dépens. Toutefois, toute somme obtenue en remboursement des frais et honoraires exposés pour la solution d'un litige bénéficiant prioritairement à l'Assuré à due concurrence des dépenses dûment justifiées qui resteraient à sa charge.

§ 3 - Obligations de l'Assuré

En cas de litige, l'Assuré doit :

- donner, **dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans un délai de 5 jours ouvrés**, avis du litige au siège de la Société par lettre recommandée,
- transmettre à la Société, dès réception, tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédures susceptibles de relever de la garantie qui lui sont adressés, remis ou signifiés,
- indiquer dans la déclaration du litige, la date, les circonstances de faits, les noms et adresse des tiers concernés et d'une manière générale toute information permettant une meilleure connaissance du litige,
- communiquer sur simple demande de la Société et sans délai, tout document nécessaire à la gestion du litige.

Faute pour l'Assuré de se conformer aux obligations ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, la Société peut réclamer une indemnité proportionnée au préjudice que ce manquement lui a causé.

Si, de mauvaise foi, l'Assuré fait une déclaration inexacte, exagère le montant de ses dommages, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, l'Assuré est entièrement déchu du droit à garantie.

CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 27 - SUBROGATION

La Société est subrogée, dans les termes de l'article L.121-12 du Code des Assurances, jusqu'à concurrence de l'indemnité payée par elle, dans les droits et actions de l'Assuré contre tout responsable du sinistre autre que ses propres préposés. Les indemnités allouées au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, de l'article L.761-1 du Code de Justice Administrative et des articles 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale reviennent de plein droit à la Société à concurrence des sommes qu'elle a payées.

Si la subrogation ne peut, du fait de l'Assuré, s'opérer en faveur de la Société, la garantie de celle-ci cesse d'être engagée dans la mesure même où la subrogation aurait pu s'exercer.

ARTICLE 28 - PRESCRIPTION

Tous les droits et actions afférents aux présentes garanties se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance⁽¹⁾.

L'interruption de la prescription peut résulter de l'une des causes prévues à l'article L.114-2 du Code des Assurances⁽²⁾.

(1) Article L. 114-1 du Code des Assurances : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance 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, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

(2) Article L. 114-2 du Code des Assurances : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

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.114-3 du Code des Assurances : « 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 ».

ARTICLE 29 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Pour toute demande d'information ou réclamation concernant le fonctionnement du contrat, l'Assuré dispose d'une voie de recours amiable auprès du Service Réclamation de la Société :

PANACEA - Service Réclamation - 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris Cedex 17.

Si l'assuré est en désaccord avec la position retenue, il peut soumettre son litige au service de Médiation interne de PANACEA en adressant un courrier recommandé avec accusé de réception à :

PANACEA Service Médiation Interne - 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris Cedex 17.

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 de la FFSA - BP 290 - 75425 PARIS CEDEX 09

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.

ARTICLE 30 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément aux conditions prévues dans la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression ainsi qu'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, en écrivant à : PANACEA, CIL, 34, boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17

ARTICLE 31 - CONTRÔLE DE L'ENTREPRISE D'ASSURANCE

Conformément aux dispositions de l'article L.112-4 du Code des Assurances, l'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance est l'ACPR : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

ANNEXES - MONTANTS DE GARANTIES / FRANCHISES PAR ASSURÉ

Tableaux de garanties et franchises par Assuré

Les garanties s'exercent dans les limites figurant dans les tableaux récapitulatifs ci-dessous :

GARANTIE RESPONSABILITE CIVILE		
GARANTIES	MONTANTS DE GARANTIE* PAR ASSURÉ	FRANCHISE* par sinistre et par assuré ou SEUIL D'INTERVENTION
Dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs	8 000 000 € par sinistre et 15 000 000 € par année d'assurance	SANS FRANCHISE sauf mentions contraires figurant au certificat d'adhésion
Dont	Dommages matériels et immatériels consécutifs	1 000 000 € par sinistre et 2 000 000 € par année d'assurance
	Responsabilité civile produits livrés	1 000 000 € par sinistre et par année d'assurance
	Garantie des biens confiés à l'assuré pour l'exercice de son activité professionnelle	25 000 € par sinistre et par année d'assurance
	Dommages résultant de la disparition ou de la détérioration d'objets confiés par des Tiers	10 000 € par sinistre et par année d'assurance
	Responsabilité civile pollution accidentelle	750 000 € par sinistre et par année d'assurance

* Les montants de garanties, de franchise et seuil d'intervention ne sont pas indexés et ne peuvent être modifiés que d'un commun accord entre les parties.

GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE		
GARANTIES	MONTANTS DE GARANTIE*	SEUIL D'INTERVENTION*
Protection juridique vie professionnelle	30 000 € par litige	250 €

* Les montants de garanties, de franchise et seuil d'intervention ne sont pas indexés et ne peuvent être modifiés que d'un commun accord entre les parties.

LIMITES CONTRACTUELLES DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS ET HONORAIRES DES AUXILIAIRES DE JUSTICE (TARIF AU 01/01/15 - TVA INCLUSE)

TYPES DE PROCÉDURES	PLAFOND EN EUROS ⁽¹⁾
<ul style="list-style-type: none"> • Plainte adressée au Parquet / Plainte avec constitution de partie civile auprès du Doyen des juges d'instruction • Assistance à expertise 	127 € 127 €
<ul style="list-style-type: none"> • Assistance à garde à vue (si entre 20 h et 6 h, week-ends et jours fériés : prise en charge doublée) 	127 €
Médiation pénale	529 €
Procédures contraventionnelles : <ul style="list-style-type: none"> • assistance d'une partie civile ou d'un civilement responsable devant le Tribunal de Police • assistance d'un prévenu devant le Tribunal de Police 	665 € 861 €
Procédures correctionnelles ou recours CIVI <ul style="list-style-type: none"> • assistance d'un témoin (convoqué en tant que "témoin assisté") devant le juge d'instruction • assistance d'une personne mise en examen devant le juge d'instruction : <ul style="list-style-type: none"> - forfait incluant une durée de 15 h d'assistance - au-delà, par heure supplémentaire • assistance d'un prévenu devant le Tribunal Correctionnel • assistance d'une partie civile ou d'un civilement responsable 	690 € 2 298 € 116 € 1 034 € 803 €
Juridiction civile et administrative de 1 ^{ère} instance (Tribunal d'Instance, Tribunal de Grande Instance, Tribunal Administratif) <ul style="list-style-type: none"> • référé simple / Mesure d'instruction avant-dire droit • référé provision • procédure au fond 	573 € 632 € 1 149 €
Prud'hommes <ul style="list-style-type: none"> • référé • conciliation • Jugement 	668 € 445 € 1 115 €
Procédure d'appel : civil, social, pénal, administratif (frais et honoraires d'avoué compris)	1 378 €
Cour de Cassation, Conseil d'Etat	2 298 €
Exécution d'une décision de justice (recours à un officier public ou ministériel pour exécution d'un titre exécutoire)	105 €
<ul style="list-style-type: none"> • Pour toute transaction, conciliation ou médiation ayant abouti, les honoraires sont réglés dans la limite de la moitié du plafond prévu pour la procédure correspondante si la procédure avait été menée à son terme devant la juridiction concernée. • Les frais habituels de gestion d'un dossier (frais de copie, téléphone, déplacements, ...) sont inclus. • En cas de changement d'avocat en cours d'instance, ces montants s'entendent pour l'ensemble des frais et honoraires de l'instance. 	

(1) Ces montants sont indexés, chaque année, sur l'indice INSEE des prix classification "prestations administratives et privées diverses" (identifiant n°0639133). Valeur prise en compte pour le calcul des plafonds au 01/01/2015 : 124.62 (janvier 2015)

PROTECTION JURIDIQUE - Assistance téléphonique
Du lundi au vendredi, de 9h à 18h
Tél : 01 40 54 54 54 - Email : protection.juridique@gpm.fr

Garanties diffusées par La Mutuelle SOCIETE MUTUALISTE DES MEDECINS DE FRANCE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre III du code de la Mutualité, Immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 442 922 084, Ayant son siège social sis 34, Boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17.
 Garanties souscrites auprès de PANACEA ASSURANCES, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 50 000 000 €, entreprise régie par le Code des Assurances siège social : 34, boulevard de Courcelles 75809 PARIS Cedex 17, 507 648 087 RCS Paris.

Votre mutuelle d'Action Sociale

L'humain au cœur de notre activité

Des valeurs de solidarité à votre service

Groupe Pasteur Mutualité a été fondé, il y a plus de 150 ans, pour promouvoir auprès de ses adhérents les valeurs de confraternité, de protection et d'entraide.

Ces trois valeurs fondatrices guident toujours aujourd'hui les actions de solidarité et de prévention du Groupe.

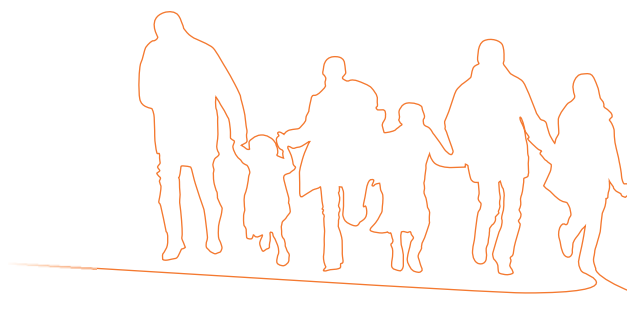
LA CONFRATERNITÉ constitue le pilier de la relation qui unit Groupe Pasteur Mutualité à ses adhérents. Elle inspire chacun de nos Administrateurs dans leurs réflexions, leurs orientations et leurs prises de décisions en faveur de l'en-semble de nos adhérents.

LA PROTECTION de nos adhérents fait partie intégrante de notre métier d'assureur et de nos activités de prévoyance. En tant que groupe mutualiste d'assurances,

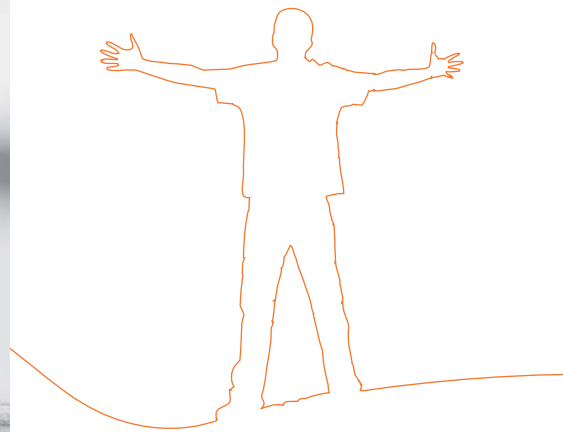
l'accompagnement humain des aléas, pour lesquels nos adhérents se prémunissent, demeure l'un de nos objectifs permanents.

L'ENTRAIDE s'exprime dans les actions de proximité que mène le Groupe à l'égard de ses adhérents en difficulté. Administré par des professionnels de santé, Groupe Pasteur Mutualité a naturellement vocation à venir en aide aux adhérents qui solliciteraient son assistance.

 **Groupe
Pasteur
Mutualité**



Livret de présentation d'une mutuelle régie par le Livre III du Code de la mutualité.



Des mutuelles d'Action Sociale et de prévention à vos côtés

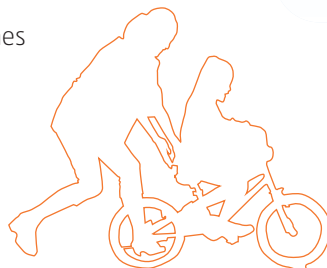
En tant qu'adhérent et assuré de Groupe Pasteur Mutualité, vous êtes également membre d'une mutuelle d'Action Sociale régie par le Livre III du Code de la mutualité.

Les objectifs d'une mutuelle de Livre III

La mutuelle de Livre III a pour objet de mener une action de solidarité et d'entraide, en apportant notamment à ses membres et à leurs ayants droit, par tous moyens mis à sa disposition, **l'aide et le soutien nécessaires en cas de difficultés financières, sociales, familiales ou morales particulières.**

Votre mutuelle peut aussi gérer des **réalisations sociales et culturelles et mettre en œuvre des actions de prévention** des risques de dommages corporels, de protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou handicapées :

- Conférences et débats autour de thèmes particuliers tels que le bien-être et la protection des soignants, la retraite du médecin...
- Edition ou parrainage d'ouvrages liés aux activités professionnelles de nos adhérents.
- Soutien financier aux travaux de jeunes chercheurs en santé.



Des administrateurs impliqués

Les Administrateurs élus des mutuelles jouent un **rôle moteur** dans l'accompagnement des adhérents rencontrant des difficultés professionnelles, sociales ou familiales. Eux-mêmes adhérents, ils constituent des relais particulièrement actifs et impliqués.

Ils sont les premiers ambassadeurs et promoteurs des valeurs de confraternité, de protection et d'entraide de Groupe Pasteur Mutualité.





Votre Service d'Entraide mutualiste

En coordination avec votre mutuelle d'Action Sociale, le Service d'Entraide de Groupe Pasteur Mutualité vous vient en aide et se tient, chaque jour, à votre écoute, dans le respect de la plus stricte confidentialité.

Ce Service d'Entraide vous apporte, à vous et à votre famille :

- ▶ **Un accompagnement personnalisé.**
- ▶ **Une aide financière, une assistance aux démarches et des conseils adaptés.**
- ▶ **Un soutien moral et psychologique.**
- ▶ **Un réel suivi social sur la durée.**

Des aides adaptées à votre situation

Afin de soutenir momentanément nos adhérents traversant une situation difficile ou des épreuves particulières, une aide financière peut leur être accordée après étude de leur dossier :

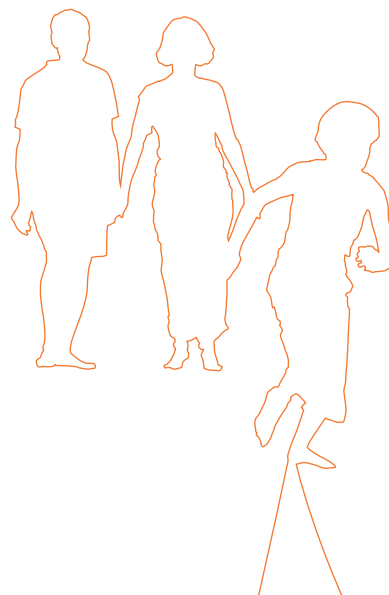
- ▶ **Prise en charge des cotisations mutualistes**, totale ou partielle, en cas de difficultés avérées.
- ▶ **Aide financière** pour combler un déséquilibre budgétaire grave ou pour accompagner un drame de la vie.
- ▶ **Aide aux études** pour les adhérents étudiants ou pour les enfants de nos adhérents.

Pour être mis en relation avec votre mutuelle et le Service d'Entraide mutualiste, contactez-nous au **01 40 54 53 77**.

Un engagement fort en faveur du bien-être des professionnels de santé

Groupe Pasteur Mutualité multiplie les actions de sensibilisation et de mobilisation afin de promouvoir la santé au travail des professionnels de santé.

Le Groupe met ainsi à votre disposition un réseau national de médecins chargés de mener des consultations de prévention et d'évaluation de l'épuisement professionnel.



Pour plus de renseignements sur les engagements de Groupe Pasteur Mutualité en faveur du bien-être des soignants :

www.gpm.fr et
www.souffrancedusoignant.fr

STATUTS SOCIÉTÉ MUTUALISTE DES MÉDECINS DE FRANCE

Fondée en 1982 - N°442 922 084

Modifiées par l'Assemblée Générale du 13 Octobre 2004 (Articles 12, 15, 16, 26 et 36)

Modifiés par l'Assemblée générale du 19 Janvier 2007 (Article 35)

Modifiés par l'Assemblée Générale du 23 janvier 2008 (Articles 18 et 22)

Modifiés par l'Assemblée Générale du 3 décembre 2008 (Articles 1, 5, 13, 16, 23, 25, 28, 35 et 43)

Modifiés par l'Assemblée Générale du 21 octobre 2009 (Article 13)

Modifiés par l'Assemblée Générale du 7 décembre 2011 (Articles 1 et 46)

Modifiés par l'Assemblée Générale du 8 février 2014 (Articles 1^{er}, 13, 22, 27, 50, 56, 61 et 62)

Modifiés par l'Assemblée Générale du 17 janvier 2015 (Articles 4, 22 et 28)

Modifiés par l'Assemblée Générale du 12 juin 2015 (Articles 2 et 4)

TITRE 1^{er} FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} - FORMATION ET OBJET

ARTICLE 1^{ER} - DÉNOMINATION ET SIÈGE

Une Mutuelle appelée SOCIÉTÉ MUTUALISTE DES MÉDECINS DE FRANCE (SMMF) est établie 34 boulevard de Courcelles - 75809 PARIS CEDEX 17.

Elle est régie par le livre III du Code de la mutualité et est immatriculée sous le n° 442 922 084.

ARTICLE 2 - OBJET

La Mutuelle a pour objet de mener dans le cadre du Code de la Mutualité une action de solidarité et d'entraide, en apportant notamment à ses membres et à leurs ayants-droit, par tous moyens mis à sa disposition, l'aide et le soutien nécessaire en cas de difficultés financières, sociales, familiales ou morales particulières. Elle peut gérer des réalisations sociales et culturelles et mettre en œuvre des actions de prévention des risques de dommages corporels, de protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou handicapées.

Elle a également pour objet d'aider ses membres dans l'exercice de leur profession et l'accomplissement de leurs études, notamment en leur ouvrant l'accès à toutes assurances et services nécessaires ou utiles à leurs activités.

La mutuelle adhère aux unions techniques AGMF Prévoyance et AGMF Action sociale et à la fédération Groupe Pasteur Mutualité. Elle s'interdit d'adhérer à toute autre union ou fédération, exception faite de celles qui viendraient à être créées par les unions ou fédérations susvisées ou auxquelles celles-ci viendraient à adhérer.

Les membres participants de la mutuelle et leurs ayants-droit bénéficient des services rendus par les unions et fédérations auxquelles la mutuelle adhère, dans les conditions fixées par les statuts et règlements de ces unions et fédérations.

ARTICLE 3 - RESPECT DE L'OBJET SOCIAL

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

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

SECTION I - CONDITIONS D'ADMISSION

ARTICLE 4 - CONDITIONS D'ADMISSION

I - La mutuelle admet des membres participants et des membres honoraires.

Les membres honoraires sont ceux qui payent une cotisation, apportent des contributions ou font des dons sans bénéficier de prestations (article L. 114-1 du Code de la Mutualité).

II - Peuvent adhérer à la mutuelle, en qualité de membre participant :

- les médecins, actifs ou retraités, quel que soit leur mode d'exercice ;
- les étudiants, internes, Chefs de clinique/assistant et remplaçant non thésé des professions de santé ;
- les anciens collaborateurs salariés de l'Association Générale des Médecins de France.

III - Peuvent également adhérer en qualité de membre participant :

- l'orphelin d'un membre participant décédé âgé de moins de 25 ans ;
- le conjoint survivant d'un membre participant décédé ;
- l'ancien conjoint divorcé d'un membre participant ;

IV - L'adhésion à la mutuelle peut être effectuée, soit à titre individuel, soit dans le cadre d'un groupe constitué à cet effet au sein d'une collectivité déterminée, dont les membres dépendent aux conditions énoncées ci-dessus, ce dans les conditions fixées par la loi.

ARTICLE 5 - BÉNÉFICIAIRES, AYANTS-DROIT

Peuvent bénéficier des prestations de la mutuelle :

- le membre participant ;

- les ayants-droit de celui-ci, définis comme son conjoint, son partenaire dans le cadre d'un PACS, son concubin, ses enfants à charge au sens de la définition retenue par le contrat et toute personne regardée comme ayant-droit au sens de la législation de la sécurité sociale.

SECTION II DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 6 - DÉMISSION

La démission est donnée par écrit.

ARTICLE 7 - 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 les cotisations visées à l'article 62 ci-après au 31 décembre de l'exercice écoulé.

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 leurs cotisations.

ARTICLE 8 - EXCLUSION

Peuvent être exclus les membres de la Mutuelle qui auraient causé volontairement à ses intérêts un préjudice dûment constaté

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration 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. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 9 - CONSÉQUENCES DE LA CESSATION D'ADHÉSION

La démission, la radiation et l'exclusion sont immédiatement notifiées aux unions auxquelles adhère la Mutuelle. Elles ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

Aucune prestation ne peut être servie par la Mutuelle après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion

CHAPITRE 3 - DISSOLUTION VOLONTAIRE

ARTICLE 10 - 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 18 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 11 - 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 rendent compte de leurs opérations au commissaire aux comptes, s'il en a été désigné un.

Les liquidateurs convoquent une assemblée générale chargée d'approuver les comptes de la liquidation. 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 du code de la mutualité.

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTIONS

ARTICLE 12 - SECTIONS DE VOTE

Les membres participants et honoraires sont réunis en sections de vote instituées par le conseil d'administration.

Le droit de vote des membres participants mineurs de seize ans est exercé par leur représentant légal.

Chaque section de vote élit un délégué pour 100 adhérents ou fraction de 100 adhérents, avec un maximum de 5 délégués par section. Sont élus ceux qui ont obtenu le plus de suffrages dans la limite du nombre de postes à pourvoir.

En cas d'égalité, le candidat le plus jeune est proclamé élu.

En ce qui concerne les opérations de prévoyance collective, il est fait application des dispositions de l'Article L.114-6 du Code de la Mutualité. Pour l'élection des délégués représentant à l'Assemblée Générale les adhérents desdits contrats collectifs, chaque groupement souscripteur dispose d'autant de voix que de membres inscrits dans le contrat et ne peut être représenté par plus de deux délégués. Les délégués ainsi élus disposent chacun d'une voix à l'Assemblée Générale, conformément à l'article 14 des statuts.

Les délégués sont élus pour deux ans.

ARTICLE 13 - ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

Les élections des délégués ont lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour. Les suffrages peuvent être recueillis dans les conditions fixées par l'une des deux procédures de vote suivantes.

1. Les membres votent par correspondance dans les conditions décrites ci-après.

Deux mois au moins avant la date de l'élection, le Président du conseil d'administration invite ceux des membres qui le désiraient à faire acte de candidature. Dans le délai indiqué par la mutuelle, Les candidatures doivent être adressées par écrit, fax ou e-mail aux adresses indiquées par la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi pour les lettres. Elles peuvent également être déposées contre récépissé au siège dans les mêmes délais.

Trois semaines au moins avant la date de l'élection, le Président du conseil d'administration adresse à tous les membres la liste des candidats avec une enveloppe de vote et une enveloppe d'expédition. Les membres doivent cocher le bulletin en désignant un nombre de candidats au plus égal au nombre de postes à pourvoir. Ce bulletin, à peine de nullité, ne doit porter ni le nom du votant ni signe distinctif quelconque. Il est placé dans l'enveloppe de vote fermée ne portant aucune indication. L'enveloppe de vote contenant le bulletin est envoyée à l'adresse indiquée par la Mutuelle dans une seconde enveloppe portant le nom du votant et la mention « élection des délégués ». Elle doit y parvenir au plus tard le jour de l'élection, cachet de la poste faisant foi. Cette enveloppe peut aussi être déposée dans les mêmes délais au siège de la Mutuelle ou à l'adresse indiquée par la Mutuelle.

Le jour fixé pour l'élection, les enveloppes sont ouvertes par une commission composée de trois membres désignés par le Président du conseil d'administration.

Sont décomptés les enveloppes reçues (nombre de votants), les votes blancs ou nuls, les voix obtenues par chacun des candidats. Le procès-verbal du scrutin est signé par les membres de la commission.

Les enveloppes et les bulletins sont conservés pendant les douze mois qui suivent l'élection.

2. Les membres votent soit par voie électronique soit par correspondance dans les conditions décrites ci-après.

Deux mois au moins avant la date de clôture de l'élection, le Président du conseil d'administration invite ceux des membres qui le désiraient à faire acte de candidature. Dans le délai indiqué par la mutuelle, les candidatures doivent être adressées par écrit, fax ou e-mail aux adresses indiquées par la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi pour les lettres. Elles peuvent également être déposées contre récépissé au siège dans le même délai.

Trois semaines au moins avant la date de clôture de l'élection, le Président du conseil d'administration met à la disposition des membres de la Mutuelle une circulaire relative aux modalités d'accès au système de vote électronique et/ou par téléphone auquel les membres se relient pour voter ainsi que, selon des modalités garantissant leur confidentialité, les instruments permettant l'expression du vote. Un règlement de vote est mis à la disposition des membres. Ces instruments permettent l'authentification de l'électeur et la vérification de l'unicité de son vote. Les membres doivent désigner un nombre de candidats au plus égal au nombre de postes à pourvoir.

Dans le délai indiqué dans la circulaire, les membres de la Mutuelle ne souhaitant pas recourir au système de vote électronique doivent en informer la Mutuelle dans les conditions fixées par celle-ci. Deux semaines au moins avant la date de clôture de l'élection, le Président du conseil d'administration adresse à tous ces membres la liste des candidats avec une enveloppe de vote et une enveloppe d'expédition. Les membres doivent cocher le bulletin en désignant un nombre de candidats au plus égal au nombre de postes à pourvoir. Ce bulletin, à peine de nullité, ne doit porter ni le nom du votant ni signe distinctif quelconque. Il est placé dans l'enveloppe de vote fermée ne portant aucune indication. L'enveloppe de vote contenant le bulletin est envoyée à l'adresse indiquée par la Mutuelle dans une seconde enveloppe portant le nom du votant et la mention « élection des délégués ». Elle doit y parvenir au plus tard la veille de la date de clôture de l'élection. Cette enveloppe peut aussi être déposée dans les mêmes délais au siège de la Mutuelle ou à l'adresse indiquée par la Mutuelle. Le vote par courrier ne sera pas pris en compte lorsque l'électeur aura également voté en utilisant le système de vote électronique.

Le jour du dépouillement des votes, les enveloppes sont ouvertes par une commission composée de trois membres désignés par le Président du conseil d'administration.

Sont décomptés le nombre de votants, les votes blancs ou nuls, les voix obtenues par chacun des candidats. Le procès-verbal du scrutin est signé par les membres de la commission.

Les éléments du vote électronique, les enveloppes et les bulletins sont conservés pendant les douze mois qui suivent l'élection.

ARTICLE 14 - COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE

L'assemblée générale est composée de tous les délégués.

Chaque délégué dispose d'une voix.

Les membres participants et honoraires peuvent y être invités à titre d'auditeur à l'initiative du Conseil d'administration.

SECTION II - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 15 - 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.

Le délai entre la date de convocation de l'assemblée générale et la date de tenue de celle-ci est d'au moins quinze jours sur première convocation et d'au moins 6 jours sur deuxième convocation.

ARTICLE 16 - 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 5 jours au moins avant la date de réunion de l'assemblée générale par le quart au moins des délégués est obligatoirement inscrit à l'ordre du jour.

L'assemblée générale ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la Mutuelle.

ARTICLE 17 - PROCÈS-VERBAUX

Il est établi par le Secrétaire un procès verbal de chaque réunion de l'assemblée générale. Ce procès-verbal est signé par le Secrétaire et le Président

ARTICLE 18 - QUORUM ET MAJORITÉ

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

Lorsqu'elle se prononce sur les modifications de statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, les délégations de pouvoir au conseil d'administration, les prestations offertes, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle, l'assemblée générale ne délibère valablement que si les délégués présents sont en nombre au moins égal à la moitié du nombre des délégués élus.

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 élus.

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

2/ Autres délibérations de l'assemblée générale.

Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées au 1/ ci-dessus, l'assemblée générale ne délibère valablement que si les délégués présents sont en nombre au moins égal au quart du nombre des délégués élus. 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.

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

SECTION III - ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 19 - COMPÉTENCES RÉSERVÉES À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'assemblée générale de la Mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle doit statuer sur :

- 1°) la modification des statuts ;
 - 2°) la dissolution de la Mutuelle, sa scission ou sa fusion avec une autre mutuelle ;
 - 3°) l'adhésion à une union ou à une fédération ;
 - 4°) le montant des droits d'adhésion à la Mutuelle ;
 - 5°) les activités exercées ;
 - 6°) la nature des prestations offertes ;
 - 7°) l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations ;
 - 8°) la désignation, le cas échéant, du commissaire aux comptes.
- et plus généralement sur toutes les matières pour lesquelles la loi impose la consultation de l'assemblée générale.

ARTICLE 20 - COMPÉTENCES À EXERCER CHAQUE ANNÉE

L'assemblée générale statue obligatoirement chaque année sur :

- 1°) la modification 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 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°) s'il y a lieu, le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité ;
- 5°) 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.

et plus généralement sur toutes les matières pour lesquelles la loi impose un vote annuel de l'assemblée générale.

ARTICLE 21 – 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 la Mutuelle se conforment à ses décisions.

CHAPITRE 2 – CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 – COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 22 – COMPOSITION

La mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé de 12 membres. Les membres sont élus parmi les membres participants et honoraires de la mutuelle, dans les conditions fixées aux articles 23 à 26.

Le Conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants.

ARTICLE 23 – 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 la Mutuelle, ou de l'un des groupements membres des unions ou de la fédération auxquelles appartient la Mutuelle ;
- s'il est inéligible à raison de l'une des condamnations mentionnées à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

ARTICLE 24 – MODALITÉS DE L'ÉLECTION

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

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

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

ARTICLE 25 – 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. Toutefois, lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel Administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'Administrateur nouvellement élu.

ARTICLE 26 – DURÉE NORMALE DU MANDAT

Les membres du conseil d'administration sont élus pour deux ans. Chaque Administrateur achève le mandat pour lequel il a été élu. 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 tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.

ARTICLE 27 – 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 25 ;
- en cas de démission, radiation ou exclusion ;
- lorsqu'ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office en application de l'article L. 114-23 du Code de la mutualité ;
- lorsqu'ils sont frappés d'une quelconque incapacité d'exercer des fonctions d'administrateur par application de la loi, et notamment de l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

ARTICLE 28 – 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 jusqu'à la prochaine Assemblée Générale au cours de laquelle il sera procédé à l'élection d'un nouvel Administrateur.

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 à la convocation d'une assemblée générale.

ARTICLE 29 – REPRÉSENTATION DES SALARIÉS

Si la Mutuelle emploie des salariés, un ou deux salariés, selon l'effectif de la Mutuelle, assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration. Ils sont élus à bulletin secret, au scrutin uninominal à un tour, dans les conditions suivantes.

I – Peuvent participer au vote tous les salariés de la Mutuelle, à temps complet ou partiel, ayant au moins un an d'ancienneté au jour du scrutin. Le mandat ou des représentants des salariés est soumis à élection à chaque renouvellement du conseil d'administration de la Mutuelle. L'élection du ou des représentants du personnel a 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. Le ou les représentants ainsi élus siègeront lors du premier conseil qui suivra l'assemblée générale.

II – Si le nombre de salariés est inférieur à cinquante, un représentant titulaire et un représentant suppléant sont élus.

Est élu en qualité de titulaire le candidat qui a eu le plus de voix et, en qualité de suppléant, le candidat immédiatement placé en suite.

III – Si le nombre de salariés est supérieur ou égal à cinquante, les représentants du personnel sont élus par collèges : un titulaire pour le collège des cadres, un titulaire 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.

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 30 – CONVOCATIONS

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du Président et au moins une fois par an.

Sauf en cas d'urgence, la convocation est adressée aux membres du conseil d'administration, ainsi qu'aux dirigeants salariés et aux représentants des salariés s'il y en a, 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 31 – 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 décisions sont prises à la majorité des membres présents.

ARTICLE 32 – PROCÈS-VERBAUX

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

SECTION III – ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 33 – ATTRIBUTIONS DE PLEIN DROIT

Le Conseil dispose, pour l'administration et la gestion de la Mutuelle, 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 désigne les délégués de la Mutuelle aux unions et fédérations à laquelle celle-ci adhère.

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 34 – 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, à la condition qu'elles ne soient pas spécialement réservées au conseil d'administration par la loi :

- les attributions relatives aux actes ordinaires de gestion ;
- les attributions relatives à la passation et l'exécution des contrats ou types de contrats que le conseil détermine.

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.

CHAPITRE 3 – PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION I – ÉLECTION, COMPOSITION

ARTICLE 35 – COMPOSITION DU BUREAU

Le bureau est composé de la façon suivante : un président, un secrétaire, un trésorier. Il peut également être composé d'un ou de plusieurs Vice Présidents, d'un secrétaire adjoint et/ou d'un trésorier adjoint.

L'ordre des 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 36 – 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 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 du conseil d'administration.

Ils peuvent à tout moment être révoqués de leurs fonctions par le conseil d'administration.

ARTICLE 37 – 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 31.

ARTICLE 38 – VACANCE D'UN POSTE DU BUREAU

I – Lorsque le poste de Président devient vacant, le vice-président convoque sans délai le conseil d'administration aux fins de procéder à une nouvelle élection.

Le vice-Président exerce toutes les attributions du Président, y compris celles qui avaient été déléguées à celui-ci par le conseil d'administration, jusqu'à ce qu'un nouveau Président soit élu.

A défaut, pour le 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 39 - CONVOCATIONS

Le bureau se réunit sur convocation du Président. 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 cinq 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 40 - DÉLIBÉRATIONS

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 paraît utile de recueillir les avis en raison de leur compétence.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

ARTICLE 41 - 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 42 - ATTRIBUTIONS DU PRÉSIDENT

Le Président veille à la régularité du fonctionnement de la Mutuelle, conformément au Code de la Mutualité et aux statuts.

Il représente la Mutuelle 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 la Mutuelle.

Il exerce les attributions qui lui sont confiées par le conseil d'administration.

Il préside les réunions du bureau, du conseil d'administration et des Assemblées Générales.

Il engage les dépenses.

ARTICLE 43 - ATTRIBUTIONS DU OU DES VICE-PRÉSIDENTS

Le(s) vice-Président(s) seconde(nt) le Président, qu'il(s) supplée(nt) en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions (dans l'ordre de leur élection).

ARTICLE 44 - ATTRIBUTIONS DU SECRÉTAIRE ET DU SECRÉTAIRE ADJOINT

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

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

ARTICLE 45 - ATTRIBUTIONS DU TRÉSORIER ET DU TRÉSORIER ADJOINT

Le Trésorier effectue les opérations financières de la Mutuelle et tient la comptabilité.

Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle.

Il fait procéder selon les directives du conseil d'administration, à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il présente à l'assemblée générale un rapport annuel sur la situation financière de la Mutuelle.

Le Trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, déléguer sa signature à des salariés de la Mutuelle pour des objets nettement déterminés.

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

CHAPITRE 4 DIRIGEANTS SALARIÉS

ARTICLE 46 - DÉSIGNATION

Le conseil d'administration peut nommer un ou plusieurs dirigeants salariés. Il fixe leur rémunération.

ARTICLE 47 - 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 48 - DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS AUX DIRIGEANTS SALARIÉS

Ainsi qu'il est dit à l'article 34, le conseil d'administration peut confier à un dirigeant salarié les pouvoirs nécessaires pour effectuer les actes ordinaires de gestion ainsi que le pouvoir

de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution des contrats ou types de contrats qu'il détermine. Le dirigeant salarié ainsi désigné 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 1 - DISPOSITIONS COMMUNES AUX ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANTS SALARIÉS

ARTICLE 49 - 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 la Mutuelle ou des groupements mutualistes auxquelles la Mutuelle adhère ne peut être allouée à un administrateur ou à un dirigeant salarié.

Les administrateurs et les dirigeants salariés sont tenus d'informer la Mutuelle 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 50 - CONVENTIONS INTERDITES OU RÈGLEMENTÉES

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

SECTION 2 - STATUT SPECIFIQUE DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 51 - INDÉMNISATION 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 52 - ACTIVITÉS INTERDITES AUX ADMINISTRATEURS

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions salariées au sein de la Mutuelle, d'une union ou fédération à laquelle adhère la Mutuelle 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 53 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

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

ARTICLE 54 - HONORARIAT

Le conseil d'administration peut conférer aux anciens membres du conseil d'administration qui ont rendu des services signalés à la Mutuelle l'honorariat de leur fonction sous réserve qu'ils l'aient exercée au moins dix ans au sein du conseil et cinq ans au sein du bureau

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

SECTION 3 - STATUT SPÉCIFIQUE DES DIRIGEANTS SALARIÉS

ARTICLE 55 - DÉCLARATIONS

Les dirigeants salariés font connaître à la Mutuelle, avant leur nomination, les activités professionnelles et les mandats électifs qu'ils entendent conserver. Ils sont de même tenus, lorsqu'ils sont en fonctions, de faire connaître à la Mutuelle 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 la fonction de dirigeant salarié de la Mutuelle.

TITRE III - ORGANISATION FINANCIÈRE

CHAPITRE I - PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 56 - PRODUITS

Les produits de la Mutuelle peuvent comprendre :

- 1°) les cotisations des membres participants ;
- 2°) les cotisations des membres honoraires ;
- 3°) les produits résultant de l'activité de la mutuelle ;
- 4°) plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi.

ARTICLE 57 - CHARGES

Les charges de la Mutuelle 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 la Mutuelle,

3°) Plus généralement toutes autres dépenses non interdites par la loi et conformes à l'objet de la Mutuelle.

ARTICLE 58 - ENGAGEMENT, PAIEMENT ET CONTRÔLE DES DÉPENSES

Les dépenses de la Mutuelle sont engagées par le Président et payées par le Trésorier ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux 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 la Mutuelle et les délibérations de ses instances.

CHAPITRE 2 - RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

ARTICLE 59 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement de la Mutuelle est fixé à 1000 Euros.

ARTICLE 60 - RÈGLES COMPTABLES

La Mutuelle veille à se conformer scrupuleusement aux règles comptables et financières fixées par la loi.

ARTICLE 61 - COMMISSAIRE AUX COMPTES

Si la Mutuelle est soumise à cette obligation en application du décret prévu à l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, un commissaire aux comptes et un suppléant sont choisis par l'assemblée générale sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce. L'assemblée générale peut librement décider de désigner un deuxième commissaire aux comptes.

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.

CHAPITRE 1 - OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS LA MUTUELLE

ARTICLE 62 - COTISATIONS

Les membres de la mutuelle peuvent être appelés à payer chaque année la cotisation annuelle, dont le montant est fixé par l'assemblée générale ou, sur délégation de cette dernière, par le conseil d'administration.

Les membres s'obligent en outre à payer les cotisations dont ils pourraient être redevables envers les unions auxquelles la Mutuelle adhère.

Le défaut de paiement de la cotisation expose l'adhérent à une mesure de radiation, dans les conditions énoncées à l'article 7.

Les membres qui ne sont pas à jour de leur cotisation ne peuvent percevoir de prestations de la Mutuelle.

ARTICLE 63 - DILIGENCES

Les membres de la mutuelle informent celle-ci de tout changement d'adresse.

Ils s'engagent également à l'informer en cas de cessation ou de changement d'activité professionnelle.

CHAPITRE 2 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS LES ADHÉRENTS

ARTICLE 64 - DROIT À L'ACCÈS AUX PRESTATIONS

Les membres participants peuvent, dès leur adhésion, bénéficier des prestations servies par la Mutuelle ou par les unions auxquelles celle-ci adhère, dans les conditions fixées par les statuts et règlements desdites unions.

La Mutuelle pourra, éventuellement en complément des prestations attribuées par AGMF Action Sociale, accorder son secours aux membres ou à leurs ayants droit en considération de leur situation sociale.

ARTICLE 65 - INFORMATION DES ADHÉRENTS

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

Chaque adhérent est informé des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Mutuelle régie par le Livre III du Code de la mutualité

*Le présent Règlement, pris en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité,
définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque Membre et la Mutuelle
en ce qui concerne les prestations et les cotisations.
Le présent Règlement est approuvé par l'Assemblée Générale.*

CHAPITRE 1 - OBJET ET MOYENS D' ACTIONS DE LA MUTUELLE

Article 1 Objet

La Mutuelle a pour objet de mener dans le cadre du Code de la mutualité une action de solidarité et d'entraide, en apportant notamment à ses Membres et à leurs ayants-droit, par tous moyens mis à leur disposition, l'aide et le soutien nécessaire en cas de difficultés financières, sociales, familiales ou morales.

Elle a également pour objet d'aider ses membres dans l'exercice de leur profession et l'accomplissement de leurs études, notamment en leur ouvrant l'accès à toutes assurances et services nécessaires ou utiles à leurs activités.

Elle peut gérer des réalisations sociales et culturelles et mettre en oeuvre des actions de prévention.

Article 2 Prestations

Après un examen de la situation du Membre dans les conditions présentées au chapitre 2, la Mutuelle peut en particulier :

- apporter au Membre ou à ses ayants-droit en difficulté, l'information, le conseil, l'aide aux démarches, l'accompagnement et le soutien psychologique nécessaires. Dans ce cadre, elle peut solliciter le Pôle Entraide financée par AGMF Action Sociale (ci-après le Pôle Entraide) ;
- verser une ou des aides financières en fonction de la nature et l'importance des difficultés rencontrées. Elles peuvent revêtir un caractère régulier ou exceptionnel et être attribuées pour faire face notamment à des dépenses dues à la maladie, au handicap, au décès ou à des difficultés particulièrement graves ayant une origine familiale, sociale, professionnelle, administrative ;
- une allocation peut être attribuée au décès du Membre, à son conjoint ou à défaut, aux enfants fiscalement à charge (ayant moins de 18 ans). Le montant de cette allocation est fixé annuellement par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration ;
- accorder la prise en charge de tout ou partie des cotisations du Membre au titre des contrats santé et prévoyance souscrits auprès d'AGMF Prévoyance, d'une personne morale régie par le Livre II du Code de la mutualité Membre de la Fédération Groupe Pasteur Mutualité ou d'AGMF Action Sociale ainsi que d'une filiale des personnes morales visées ci-dessus ;
- accorder des prêts d'honneur. La décision de consentir ou de refuser les prêts, d'en arrêter le montant et d'en fixer les modalités de remboursement (mode de règlement, nombre de mensualités) appartient au Conseil d'Administration. Nonobstant les engagements souscrits, les bénéficiaires de prêts conservent le droit de se libérer par anticipation de tout ou partie de leur dette. Le suivi du remboursement du prêt et les décisions associées appartiennent au Conseil d'Administration.

Afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses Membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie, la Mutuelle peut également mener, seule ou en partenariat :

- des actions de prévention et dans ce cadre accorder des subventions ou réaliser des actions de mécénat ;
- des réalisations sociales et culturelles ;
- promouvoir les actions de la Mutuelle.

Article 3 Cotisation

Les Membres de la Mutuelle peuvent être appelés à payer chaque année la cotisation annuelle.

Les Membres qui ne sont pas à jour de leur cotisation ne peuvent percevoir de prestations de la Mutuelle. Il peut toutefois être sursis par le Conseil d'Administration à l'application de cette mesure pour les Membres qui établissent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer leurs cotisations.

CHAPITRE 2 - CONDITIONS D'ATTRIBUTION ET D'ACCÈS AUX AIDES

Article 4 Modalités d'attribution et suivi des aides

L'attribution des aides est conditionnée par la formalisation de l'adhésion à la Mutuelle à travers la signature du Bulletin d'adhésion.

Concernant l'attribution des aides, la Mutuelle procède à une étude au cas par cas des différents dossiers d'entraide.

La Mutuelle se prononce sur les demandes d'entraide après avoir pris connaissance notamment de la situation financière, matérielle, sociale, professionnelle et psychologique du Membre et/ou de sa famille.

À l'initiative de la Mutuelle, ces dossiers peuvent ensuite être présentés au niveau national au Conseil d'Administration d'AGMF Action Sociale. En concertation avec la Mutuelle, cette instance décide de l'attribution d'aides complémentaires.

La Mutuelle peut solliciter le Pôle Entraide afin qu'elle assure un suivi de certains dossiers.

Article 5 Modalités de délivrance des prestations

La Mutuelle peut verser directement une entraide au Membre ou à ses ayants-droit. Elle peut également verser cette somme à AGMF Action Sociale qui se chargera des modalités de versement en accord avec les décisions de la Mutuelle, cette dernière s'engageant à bien préciser au Membre l'origine des fonds.

Article 6 Justification des décisions de la mutuelle

La décision de refus d'entraide de la Mutuelle n'a pas à être motivée au Membre ou à ses ayants-droit.

En revanche, la Mutuelle peut communiquer un avis motivé au Pôle Entraide.

Article 7 Arrêt des prestations

Aucune prestation ne pourra être servie par la Mutuelle après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion.

Article 8 Conditions de modification du règlement mutualiste

Les modifications sont adoptées par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

Les modifications du Règlement portant sur les cotisations et les prestations sont opposables aux adhérents dès leur notification (article L. 114-7 du Code de la mutualité).