



Statuts et Règlement Mutualiste de la Mutuelle MCRN

Mis à jour par l'Assemblée Générale du
16 juin 2026

Mutuelle MCRN

4, Place des Jacobins – 44000 Nantes
Tél. : 02 40 89 22 91 – Fax : 02 40 35 63 38
infos@mcrn.fr – www.mutuellemcrn.fr

Sommaire

Préambule : projet d'entreprise de la Mutuelle.....	4
STATUTS	5
TITRE PREMIER FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE	5
Chapitre premier Formation et objet de la mutuelle	5
Article 1 – Dénomination et siège de la mutuelle	5
Article 2 – Objet	5
Article 3 – Règlement mutualiste – contrats collectifs	5
Article 4 – Respect de l'objet de la mutuelle.....	5
Chapitre II Conditions d'adhésion, de résiliation, de radiation et d'exclusion	5
Article 5 – Membres	5
Article 6 – Adhésion.....	5
Article 6.1 - Adhésion individuelle.....	5
Article 6.2 – Adhésion dans le cadre de contrats collectifs.....	5
Article 7 – Démission.....	6
Article 8 – Radiation	6
Article 9 – Exclusion	6
Article 10 – Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations	6
TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE.....	6
Chapitre premier Assemblée Générale.....	6
Article 11 – Composition	6
Article 12 – Sections de vote	6
Article 13 – Élections des délégués	6
Article 14 – Dispositions propres aux mineurs	6
Article 15 – Convocation.....	6
Article 16 – Modalités de convocations et ordre du jour.....	7
Article 17 – Décisions	7
Article 18 – Compétences de l'Assemblée Générale	7
Article 19 – Délégation de pouvoir.....	7
Article 20 – Conditions et modalités de vote et force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale	7
Article 20.1 – <i>Délibérations nécessitant un quorum et une majorité renforcée</i>	7
Article 20.2 – <i>Délibérations nécessitant un quorum et une majorité simple</i>	8
Article 20.3 – <i>Forces exécutoires des décisions de l'Assemblée Générale</i>	8
Chapitre II Conseil d'Administration	8
Article 21.1 – Composition, élection, durée du mandat	8
Article 21.2 – Présentation des candidatures	8
Article 22 – Conditions de capacité.....	8
Article 23 – Conditions d'éligibilité.....	8
Article 24 – Limite d'âge.....	8
Article 25 – Terme du mandat.....	8
Article 26 – Renouvellement.....	8
Article 27 – Ordre de réélection	8
Article 28 – Vacance	8
Article 29 – Réunions	9
Article 30 – Conditions et modalités de vote.....	9
Article 31 – Sanction.....	9
Article 32 – Attributions	9
Article 33 – Obligation de la mutuelle.....	9
Article 34 – Délégation	9
Article 35 – Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais.....	9
Article 36 – Interdiction	9
Article 37 – Obligations des administrateurs	9
Article 38 – Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du Conseil d'Administration	9
Article 39 – Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information.....	10
Article 40 – Conventions interdites	10
Article 41 – Responsabilité	10
Article 42 – Représentants.....	10
Chapitre III Président et bureau.....	10
Article 43 – Composition du bureau	10
Article 44 – Terme du mandat du président	10
Article 45 – Attributions du président	10
Article 46 – Attributions du vice-président.....	10
Article 47 – Attributions du secrétaire.....	10
Article 48 – Attributions du trésorier	10
Chapitre IV Organisation financière	10
Article 49 – Produits	10
Article 50 – Charges.....	11

Article 51 – Paiement des dépenses	11
Article 52 – Fonds d'établissement.....	11
Article 53 – Apports et transferts financiers	11
Article 54 – Commissaire aux comptes	11
TITRE III INFORMATION DES ADHÉRENTS	11
Article 55 – Etendue de l'information.....	11
Article 55.1 – Adhésion individuelle.....	11
Article 55.2 – Adhésion dans le cadre d'un contrat collectif.....	11
Article 56 – Protection des données à caractère personnel.....	11
Article 57 – Réclamations.....	12
Article 58 – Médiation.....	12
Article 59 – Autorité de contrôle	12
TITRE IV DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION	12
Article 60 – Dissolution.....	12
RÈGLEMENT MUTUALISTE.....	13
Article 1 – Dénomination sociale de la mutuelle	13
Article 2 – Objet du règlement mutualiste.....	13
Article 3 – Nature et contenu des engagements pris ou des risques couverts	13
Article 3.1 – Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés	13
Article 3.2 – Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés	13
Article 4 – Adhésion.....	13
Article 5 – Obligations des adhérents envers la mutuelle	13
Article 6 – Liste des contrats individuels MCRN.....	13
Article 7 – Suspension ou remise en vigueur des garanties.....	13
Article 8 – Résiliation des garanties par le membre participant.....	13
Article 9 – Exclusion des adhérents	14
Article 10 – Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations	14
Article 11 – Paiement des prestations	14
Article 12 – Garantie en inclusion (allocation obsèques).....	14
Article 13 – Assistance vie quotidienne à domicile.....	14
Article 14 – Rappel du caractère solidaire et responsable.....	14
Article 15 – Tiers payant.....	14
Article 16 – Informations à transmettre en cas de modification de la situation de l'adhérent et de ses ayants droit.....	14
Article 17 – Modification des garanties ou options choisies	15
Article 18 – Pluralité de garanties frais de santé.....	15
Article 19 – Montants ou taux de cotisations	15
Article 20 – Modification des cotisations et prestations	15
Article 21 – Article réservé.....	15
Article 22 – Détermination des périodes d'ouverture des droits aux garanties	15
Article 23 – Paiement des cotisations.....	15
Article 24 – Principe indemnitaire et subrogation.....	15
Article 25 – Autres prestations.....	15
Article 26 – Réclamation et Médiation	15
Article 27 – Protection des données à caractère personnel.....	16
Article 28 – Information des adhérents.....	16
Article 29 – Fonds de secours.....	17
Article 30 – Interprétation.....	17
Article 31 – Autorité de contrôle	17
Article 32 – Prescription	17
Article 33 – Renonciation en cas de démarchage à domicile	17
Article 34 – Règlementation relative à la Directive Distribution d'Assurance	17
ALLOCATION OBSÈQUES	18
Bénéficiaires de l'allocation obsèques.....	18
Prestation garantie : allocation obsèques	18
Cotisations	18
Date d'effet.....	18
Gestion des prestations.....	18
Exclusions.....	18
Cessation du contrat	18
Conséquences d'une résiliation.....	18
1. Résiliation de la garantie santé.....	18
2. Résiliation de la convention de diffusion ou du contrat en inclusion.....	18
Contrôle.....	18
Modification et résiliation du contrat en inclusion	18
Subrogation.....	18
Mise en œuvre des garanties	18

PREAMBULE : PROJET D'ENTREPRISE DE LA MUTUELLE

La **MCRN** est une mutuelle **solidaire, indépendante, sans but lucratif** et **ouverte à tous**, fondée en 1978 par des travailleurs, cheminots bénévoles.

Ce que nous défendons

Depuis ses débuts, la MCRN agit avec une conviction simple mais puissante : **la santé est un droit, pas un privilège, ni une marchandise.**

Nous agissons pour que chacun soit **protégé** et **mis en sécurité sociale**.

Nous agissons pour développer une **Sécurité sociale** intégrale de haut niveau et une **économie sociale et solidaire**.

Une mutuelle proche de ses adhérents, actrice du mouvement social

Nous sommes une mutuelle à **taille humaine, ancrée sur le territoire des Pays de la Loire**.

Notre rôle ne se limite pas à rembourser les soins : nous **conseillons, orientons, accompagnons, prévenons**.

Nous **coopérons** avec les acteurs de **l'économie sociale et solidaire**, aux côtés d'autres mutuelles, de centres de santé pour proposer **une offre de soins de qualité** et contribuer à **un accès équitable à la santé**.

Nous adhérons à la **Fédération des Mutuelles de France**, qui nous représente à la **Mutualité Française**, lesquelles défendent une santé accessible à tous, partout, sans conditions.

Une gouvernance démocratique

À la MCRN, **les adhérents décident selon le principe d'une personne, une voix**.

Chacun peut s'impliquer à sa mesure dans la vie mutualiste, en tant que bénévole, délégué ou administrateur dans le respect des valeurs de la MCRN.

La gouvernance politique est assurée par **des adhérents engagés**, et l'équipe, élus comme salariés, s'investit collectivement pour permettre l'accès à **la santé pour tous**, dans l'intérêt général et le respect de la dignité humaine.

Notre engagement

Chaque jour, nous agissons en **responsabilité** pour votre santé, avec **humanisme** et **équité**.

Nous savons que notre modèle est fragile, mais nous croyons qu'il est **juste** et **essentiel**.

La MCRN, ce n'est pas seulement une mutuelle solidaire, c'est une **communauté de personnes engagées** pour que **la santé soit un droit pour toutes et tous**.

C'est un **choix de société**, un **projet collectif**, et un **acte militant**.

Voté à Nantes le 11 juin 2025 par l'Assemblée Générale.

STATUTS

TITRE PREMIER

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE PREMIER

FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 – Dénomination et siège de la mutuelle

Il est constitué une mutuelle identifiée « Mutuelle des Cheminots de la Région de Nantes », dénommée « Mutuelle MCRN », établie au 4, place des Jacobins 44000 Nantes. Le siège de la mutuelle peut être transféré en tout autre lieu du territoire national sur décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale. La Mutuelle MCRN adhère à la Fédération des Mutuelles de France. Elle est régie par le Livre II du Code de la Mutualité et est immatriculée sous le n° SIREN 314 765 546. Le numéro LEI de la mutuelle est le suivant : 969500C5ECHT6VCS7P84.

Ses statuts définissent son objet social, son champ d'activité et ses modalités de fonctionnement, conformément aux dispositions du Code de la Mutualité.

Article 2 – Objet

La Mutuelle MCRN a pour objet de :

- Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2),
- Assurer, à titre accessoire la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées,
- Passer les conventions nécessaires pour l'accès des participants de la mutuelle MCRN aux réalisations sanitaires et sociales gérées par tout groupement mutualiste,
- Faire bénéficier les membres participants et leurs ayants droit des services et prestations créés par les fédérations et unions auxquelles elle adhère,
- Intervenir à titre accessoire en tant qu'intermédiaire pour présenter des garanties ou services portés par un autre organisme assureur habilité,
- Recourir à tout intermédiaire d'assurance ou de réassurance.

La mutuelle peut souscrire tout contrat ou convention auprès d'une mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie mutualiste d'assurance afin d'assurer au profit de ses membres participants la couverture des risques ou la constitution d'avantages mentionnés à l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle MCRN propose des contrats responsables en application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale. En application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale, la mutuelle prend en charge les prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale et aux prescriptions de celui-ci, ainsi qu'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires dans la liste fixée par arrêté ministériel. La mutuelle a également la possibilité de :

- Conclure des contrats de coassurance ou de réassurance,
- Se substituer partiellement ou intégralement à d'autres mutuelles ou union dans les conditions prévues au Livre II du Code de la Mutualité,
- Déléguer partiellement ou intégralement la gestion de ses contrats. L'Assemblée Générale définit les principes de ces délégations. Le délégataire rend compte chaque année de sa gestion au Conseil d'Administration,
- Créer, s'affilier ou adhérer, participer à une fédération de mutuelles, une union de mutuelles, une Union de Groupe Mutualiste (UGM) ou une Union Mutualiste de Groupe (UMG), ou un Groupe Prudentiel conformément à l'article L.212-7 du Code de la Mutualité,
- Participer à la gestion du dispositif de Couverture Maladie Universelle.

Article 3 – Règlement mutualiste – contrats collectifs

Opérations individuelles :

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, un règlement mutualiste est adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration. Il définit le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer, de même qu'aux statuts.

Opérations collectives :

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

Le Conseil d'Administration propose les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale.

Article 4 – Respect de l'objet de la mutuelle

Les organes de la mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

CHAPITRE II

CONDITIONS D'ADHESION, DE RESILIATION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

Article 5 – Membres

La mutuelle se compose de membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires. Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation pour bénéficier ou faire bénéficier leurs ayants droit des prestations proposées par la mutuelle.

Les membres honoraires sont :

- Soit des personnes physiques qui paient une cotisation annuelle ou font des dons ou ont rendu des services équivalents, sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle. Les services équivalents sont toutes actions et engagements de la personne physique nécessitant une mise à disposition de son temps pour l'accomplissement de missions sociales, d'assistance, de tâches administratives ou l'appartenance à des commissions ou organes décisionnels ; la cotisation annuelle précitée est fixée à 10 euros,
- Soit des personnes morales (ou des représentants de leurs salariés) qui ont souscrit un contrat collectif.

Peuvent adhérer à la mutuelle en qualité de membres participants les personnes physiques qui ont plus de 16 ans et qui résident sur le territoire national.

Toute personne morale ayant signé un contrat collectif est membre honoraire de droit de la mutuelle pour la durée du contrat collectif ; chaque personne morale est représentée par une personne physique qu'elle désigne librement.

Peuvent adhérer à la mutuelle en qualité de membres honoraires représentant les salariés des personnes morales, d'autres salariés non couverts par le contrat collectif et n'ayant pas le statut de membres participants.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont les conjoints, partenaires de PACS et concubins, leurs enfants à charge fiscalement de moins de 21 ans, les enfants jusqu'à 26 ans, présentant un certificat de scolarité et dont les revenus sont inférieurs à 55 % du SMIC, ainsi que les bénéficiaires de la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) et CSS-P (Complémentaire Santé Solidaire Payante).

Article 6 – Adhésion

Article 6.1 - Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 5 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste. Tout acte et délibération ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

Article 6.2 – Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

1. Opérations collectives facultatives

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le contrat écrit et conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle et reportés dans la notice d'information prévue à l'article L.221-6 du code de la mutualité.

Les salariés et /ou les membres de la personne morale qui adhèrent librement deviennent, à compter de la date d'adhésion, membres participants de la mutuelle.

La personne morale souscriptrice acquiert le statut de membre honoraire de la mutuelle dans les conditions fixées par les statuts.

2. Opérations collectives obligatoires

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la mutuelle et ce en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

Elle emporte acceptation des statuts, du contrat collectif et de la notice d'information.

Article 7 – Démission

La démission est donnée par écrit par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 221-10-3 du code de la mutualité, au plus tard deux mois avant la date d'échéance, soit la fin de l'année civile.

Par dérogation à ce qui précède, le droit à démission n'est pas ouvert aux membres participants dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire.

Le membre participant pour les opérations individuelles ou collectives facultatives, le souscripteur personne morale pour les opérations collectives facultatives ou obligatoires, peut résilier le contrat ou dénoncer son adhésion à tout moment, après expiration d'un an à compter de la première souscription à la garantie en cours, sans frais ni pénalités.

Cette dénonciation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification dans les conditions de l'article L 221-10-3 du code de la mutualité.

Elle s'exerce dans le respect des dispositions de l'article L 221-10-2 du code de la mutualité, de son décret d'application et des dispositions spécifiques énoncées au règlement mutualiste ou dans le contrat collectif.

Si au jour de la résiliation, la Mutuelle offre la possibilité d'adhérer auprès d'elle à des règlements ou de conclure des contrats par voie électronique, la dénonciation du règlement ou la résiliation du contrat est rendue possible selon cette même modalité.

La démission par l'un des moyens précités entraîne la perte de tous droits aux prestations de l'adhérent et de ses ayants droit à compter de sa date d'effet, dès lors que les dates de soins interviennent postérieurement, les accords de prises en charges antérieurs devenant sans effet.

Article 8 – Radiation

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L.221-7, L.221-8 et L.221-17 du code de la mutualité. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration.

Article 9 – Exclusion

Peuvent être exclus par le Conseil d'Administration, les membres qui auraient causé à la Mutuelle un préjudice dûment constaté, notamment les membres dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral ou financier à la Mutuelle.

En cas de fraude ou de tentative de fraude du membre participant ou de son ayant droit, de nature à entraîner le versement de prestations indues au titre des garanties de complémentaire santé, la MCRN peut décider de suspendre immédiatement le versement des prestations.

Une enquête est alors engagée sous supervision du Conseil d'administration. Dans ce cadre, l'intéressé est invité à présenter ses observations et à fournir toute explication ou justificatif utile.

Si les conclusions de cette enquête confirment les faits reprochés, la MCRN peut, en fonction de la gravité de la situation :

- Refuser le versement des prestations concernées ;
- Suspendre le bénéfice des garanties pour une durée déterminée ;
- Mettre en œuvre la procédure d'exclusion du membre participant dans les conditions prévues ci-après.

La MCRN se réserve par ailleurs le droit d'engager toute action en vue du recouvrement des sommes indûment versées, ainsi que, le cas échéant, des poursuites judiciaires. En tout état de cause, les cotisations versées demeurent acquises à la MCRN.

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.

L'exclusion des membres de la Mutuelle ne peut être prononcée, pour les motifs indiqués ci-dessus, à l'égard des membres participants au titre des contrats collectifs obligatoires.

Toutefois, ces membres participants restent soumis aux sanctions prévues aux règlements de la Mutuelle en ce qui concerne la suspension et les refus de prestations.

Article 10 – Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations

La démission, la radiation et l'exclusion entraînent la perte de la qualité de membre participant ou honoraire et du droit de participer aux instances de la mutuelle.

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues aux règlements mutualistes.

En cas de démission, l'adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru selon les modalités définies au règlement mutualiste ou au contrat.

TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE PREMIER ASSEMBLEE GENERALE

Article 11 – Composition

L'Assemblée Générale est composée des délégués de la ou des sections de vote.

Dans le cas où la mutuelle réalise des opérations collectives visées à l'article L.221-2 du code de la mutualité, peuvent être désignés des délégués représentant les membres honoraires et des délégués représentant les salariés membres participants si le ou les opérations collectives constituent une section identifiable au sens du 3° du II de l'article L 114-6 du Code de la Mutualité.

Article 12 – Sections de vote

Tous les membres de la mutuelle sont répartis en deux sections de vote :

- Une section pour les contrats individuels,
- Une section pour les contrats collectifs.

L'étendue et la composition des sections de vote sont fixées par les statuts.

Article 13 – Elections des délégués

Les membres de chaque section élisent parmi eux les délégués. Les délégués sont élus pour trois ans à scrutin majoritaire à un tour. Les élections des délégués ont lieu à bulletin secret par correspondance. Sont élus délégués les candidats ayant recueilli le plus grand nombre de voix parmi les suffrages exprimés.

Le nombre de délégués est le suivant :

- Section individuelle : un délégué pour 90 membres participants,
- Section collective : un délégué pour 140 membres participants.

Chaque délégué dispose d'une seule voix. La perte de la qualité de membre participant entraîne celle de délégué.

Article 14 – Dispositions propres aux mineurs

Les mineurs de plus de 16 ans qui, à leur demande, sont membres participants, exercent leur droit de vote à l'Assemblée Générale.

Article 15 – Convocation

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du président du Conseil d'Administration. À défaut, le président du Tribunal Judiciaire statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette assemblée ou de désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation. Elle peut également être convoquée par :

- La majorité des administrateurs composant le Conseil d'Administration,
- Le commissaire aux comptes,
- L'autorité de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité,

- Un administrateur provisoire nommé par l'autorité de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité,
- Les liquidateurs.

Article 16 – Modalités de convocations et ordre du jour

L'Assemblée Générale doit être convoquée au moins quinze jours ouvrables avant sa tenue sur première convocation, et au moins 6 jours avant la date de la tenue de l'Assemblée Générale sur deuxième convocation. Les membres composant l'Assemblée Générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la Mutualité. L'ordre du jour des Assemblées Générales est arrêté par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations. Tout projet de résolution demandé au moins cinq jours avant l'Assemblée Générale par lettre recommandée avec accusé de réception, adressé au président par un au moins des délégués, est obligatoirement soumis à l'Assemblée Générale.

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 et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

Article 17 – Décisions

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée Générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale, signé du président et du secrétaire. Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la mutuelle ainsi qu'à ses membres, sous réserve de leur conformité aux dispositions du Code de la Mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que les prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues dans les règlements mutualistes.

Article 18 – Compétences de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale statue sur les questions qui lui sont soumises par le Conseil d'Administration. Elle procède à l'élection à bulletins secrets des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

- Les modifications des statuts,
- Les activités exercées,
- L'existence et le montant des droits d'adhésion, le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-32 du Code de la Mutualité,
- Les montants ou taux de cotisations dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité, les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité, ainsi que le contenu du règlement mutualiste,
- Le montant du fonds d'établissement,
- La création, l'adhésion ou le retrait à une union, une union de groupe mutualiste (UGM), une union mutualiste de groupe (UMG), un groupe prudentiel ou à une fédération, la fusion, la conclusion d'une convention de substitution, la création d'une autre mutuelle, la scission et la dissolution de la mutuelle,
- Le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du Code de la Mutualité,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- L'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité,
- Le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- La souscription d'emprunts destinés à la constitution et à l'alimentation du fonds de développement,
- Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration ainsi que les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ; s'il y a lieu, les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe auquel appartient la Mutuelle,
- Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les Livres II et III, auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du Code de la Mutualité,

- Le rapport sur les sommes et avantages de toute nature versés aux administrateurs en application de l'article L.114- 28 du Code de la Mutualité,
- La fixation des principes que doivent respecter les délégations de gestion de contrat collectif en vertu de l'article L.116-3 du Code de la Mutualité,
- Le rapport du Conseil d'Administration relatif aux opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la Mutualité,
- Toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2.

L'Assemblée Générale décide de :

- La nomination d'un commissaire aux comptes,
- La dévolution de l'excédent actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle,
- Les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.113- 3 et L.111-4 du Code de la Mutualité,
- Les délégations de pouvoir prévues à l'article 19 des statuts.

Article 19 – Délégation de pouvoir

L'Assemblée Générale peut déléguer ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux des cotisations et des prestations au Conseil d'Administration. Cette délégation n'est valable que pour un an.

Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par l'assemblée générale la plus proche.

Article 20 – Conditions et modalités de vote et force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale

1. Vote en Assemblée

Chaque délégué ne dispose en propre que d'une seule voix.

Les votes ont lieu à bulletin secret.

2. Vote par procuration

Les délégués empêchés d'assister à l'assemblée générale peuvent voter par procuration.

À compter de la date de convocation de l'assemblée, une formule de vote par procuration, accompagnée du texte des résolutions proposées et d'un exposé des motifs, est remise ou adressée à tout délégué qui en fait la demande, sous réserve que cette demande soit adressée au Président du Conseil d'Administration au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion. Le formulaire de procuration précise en outre la date de l'Assemblée Générale et l'ordre du jour.

Les délégués qui votent par procuration signent celle-ci et indiquent leurs nom, prénom et domicile ainsi que les noms, prénom et domicile de leur mandataire qui doit lui-même être délégué à l'Assemblée Générale. Ils adressent la procuration à leur mandataire.

Un représentant ne peut recueillir plus de 1 procuration.

Le mandat n'est valable que pour une seule assemblée.

Il peut cependant être donné pour deux assemblées générales tenues le même jour ou dans un délai d'un mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées à l'article 20.1 des présents statuts et l'autre pour exercer les attributions visées à l'article 20.2.

De même, un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Article 20.1 – Délibérations nécessitant un quorum et une majorité renforcée

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les droits d'adhésion, les montants ou taux de cotisation, la délégation prévue à l'article 19, les prestations offertes, la création d'une mutuelle, la fusion, la scission ou la dissolution, le montant du fonds d'établissement, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Elle délibérera valablement si le nombre de délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués présents ou représentés.

Article 20.2 – Délibérations nécessitant un quorum et une majorité simple

Lorsqu'elle se prononce sur des attributions autres que celles visées à l'article 20.1 ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du nombre total de ses délégués.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Elle délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents ou représentés.

Article 20.3 – Forces exécutoires des décisions de l'Assemblée Générale

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres adhérents sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants ou honoraires.

CHAPITRE II **CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Article 21.1 – Composition, élection, durée du mandat

La mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration dont les membres sont élus parmi les délégués et les membres honoraires.

Le Conseil d'Administration composé de 20 administrateurs maximum sans que leur nombre puisse être inférieur à 10.

Le nombre d'administrateurs est fixé annuellement par délibération en Assemblée Générale.

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

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeant ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212.7 du code de la mutualité.

Sa composition s'entend d'une recherche d'une représentation équilibrée hommes femmes, et doit respecter, sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe, une proportion minimale de 40% de sièges dévolus à chaque sexe. Dans le cas où la proportion de membres participants de l'un des deux sexes devenait inférieure à 25%, la part de sièges dévolus aux représentants de ce sexe au Conseil d'Administration sera compris, sous les mêmes conditions de candidatures suffisantes, entre 25 et 50%.

Les administrateurs sont élus à bulletins secrets par l'ensemble des délégués présents à l'Assemblée Générale pour trois ans au scrutin uninominal à la majorité simple.

Les bulletins doivent, sauf candidatures insuffisantes, sous peine de nullité de l'élection, comprendre une proposition de candidats de chaque sexe permettant d'atteindre les proportions minimales de siège dévolues à chaque sexe, dans les conditions citées précédemment.

Article 21.2 – Présentation des candidatures

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la mutuelle par courrier ou par e-mail et reçues trente (30) jours francs au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

La charge de la preuve de l'envoi appartient au candidat administrateur.

Article 22 – Conditions de capacité

Pour être éligibles au Conseil d'Administration, les membres doivent être âgés de 18 ans révolus et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité, et ne pas avoir exercé de fonction de salarié au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection.

Article 23 – Conditions d'éligibilité

Les candidatures doivent être adressées au siège de la mutuelle par courrier ou par e-mail et reçues trente (30) jours francs avant la date de l'Assemblée Générale.

Elles doivent être accompagnées d'une déclaration sur l'honneur émanant du candidat et précisant le nombre, la nature et la durée des autres mandats d'administrateur qu'il détient au sein d'un autre organisme mutualiste, ainsi que l'attestation de non-condamnation ou d'incapacité (extrait de casier judiciaire) citée à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de cinq Conseils d'Administration de mutuelles, unions et fédérations.

Article 24 – Limite d'âge

Le nombre d'administrateurs ayant dépassé la limite d'âge fixée à 75 ans ne peut excéder un tiers des membres du conseil. 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 25 – Terme du mandat

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de trois ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- Lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle,
- Lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 24,
- Lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- Trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions en cas de notification par l'Autorité de contrôle Prudentiel et de résolution d'une décision d'opposition prise en application de l'article L 612-23-1 du Code Monétaire et Financier.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Article 26 – Renouvellement

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu par tiers tous les ans. Les membres sortants sont rééligibles.

Lorsque l'Assemblée Générale crée un ou plusieurs postes d'administrateurs supplémentaires dans le cadre de la fourchette d'administrateurs prévue à l'article 21, et afin de conserver un équilibre dans ses tiers, les mandats des nouveaux administrateurs seront affectés au tiers auquel correspond le plus petit nombre d'administrateurs, et en cas d'égalité, au tiers dont la date d'expiration des mandats est la plus éloignée.

L'imputation des nouveaux administrateurs dans les tiers renouvelables suivant la priorité précitée pourra ensuite s'effectuer par tirage au sort.

Exceptionnellement, et dans ce cas précis, les nouveaux administrateurs pourront être amenés à réaliser un mandat inférieur à 3 ans.

Sauf renouvellement intégral du conseil, en cas de renouvellements partiels, les bulletins doivent mentionner expressément le nombre minimum de candidats de chaque sexe à élire, permettant de respecter la proportion minimale de sièges dévolue à chaque sexe. Ces indications tiennent compte de l'équilibre existant au sein du conseil pour les membres non renouvelables, et des proportions disponibles en renouvellement partiel. Chaque électeur doit, sous peine de nullité de son bulletin de vote, respecter le nombre minimum de membres de chaque sexe à élire pour respecter le principe de représentation équilibrée des hommes et des femmes au sein du conseil.

Article 27 – Ordre de réélection

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

Article 28 – Vacance

Lorsqu'un poste d'administrateur est devenu vacant, il peut être procédé, par le Conseil d'Administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée Générale, à la nomination d'un administrateur par voie de cooptation.

Cette cooptation est soumise à la ratification de la plus proche assemblée générale. La non-ratification par celle-ci de la nomination faite par le conseil entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'Assemblée Générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à dix, une Assemblée Générale est convoquée par le président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

Article 29 – Réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du président et au moins quatre fois par an. Le président en établit l'ordre du jour qu'il joint à la convocation.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart au moins des membres du Conseil d'Administration.

Les réunions du Conseil d'Administration se tiennent, par principe, en présentiel.

Toutefois, sont réputés présents et participent au vote les administrateurs assistant à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et transmettant au moins le son de la voix et un échange continu et simultané, garantissant ainsi leur participation effective.

Sont réputés présents dans les mêmes conditions les représentants des salariés avec voix consultative visés à l'article 42 des présents statuts.

Article 30 – Conditions et modalités de vote

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié de ses membres est présente. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion, qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

Par principe, les membres du Conseil d'Administration ne peuvent ni se faire représenter ni voter par correspondance ou par voie électronique. Par exception, le vote par correspondance ou électronique peut être prévu lorsque la réunion se tient par voie de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions de l'article 29 ci-avant et sous réserve que ces décisions ne nécessitent pas des votes à bulletin secret.

Article 31 – Sanction

Les membres du Conseil d'Administration peuvent, par décision de ce conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale.

Article 32 – Attributions

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application.

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

Il donne son autorisation préalable à toute convention conclue avec un administrateur en application de l'article L.114-32 du Code de la Mutualité.

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte :

- De l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114-26 du Code de la Mutualité. Un rapport distinct détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- De la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs,
- Des transferts financiers entre la mutuelle et d'autres organismes mutualistes,
- De la liste et de l'objet d'éventuelles conventions en application des articles L.114-32 et L.114-33 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration présente chaque année un rapport selon des modalités définies par décret, relatif aux opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 et L.116-3 du code de la mutualité auxquelles a recours la mutuelle.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécifiquement confiées par la loi ou par la réglementation applicables aux mutuelles.

Le Conseil d'Administration élit les membres du comité d'audit. Le comité d'audit se compose au minimum de trois membres du Conseil d'Administration de la MCRN. Ce comité a pour mission d'assurer le suivi du processus d'élaboration de l'information financière, il s'assure de l'efficacité du contrôle interne et de la gestion des risques. Le comité s'assure du suivi du contrôle légal des comptes annuels et de l'indépendance du commissaire aux comptes.

Article 33 – Obligation de la mutuelle

Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

Article 34 – Délégation

Le Conseil d'Administration peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions de gestion dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

Article 35 – Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du code de la mutualité.

Il est rendu compte de ces indemnités à l'assemblée générale qui les approuve.

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le code de la mutualité.

Article 36 – Interdiction

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L.114-26 du Code de la Mutualité.

Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Un ancien salarié de la mutuelle ne peut être nommé administrateur de celle-ci pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

Article 37 – Obligations des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leur mission dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel. Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité. L'administrateur informe la mutuelle de toute modification intervenant dans les mandats qu'il exerce au sein d'organismes mutualistes et ayant fait l'objet d'une déclaration lors de sa candidature.

Pour l'accomplissement de leurs missions, les administrateurs s'engagent à acquérir et/ou actualiser les compétences nécessaires à l'exercice de ces missions, de leurs fonctions d'une manière générale et des attributions particulières qui leur sont confiées.

Ces compétences couvrent notamment les domaines de responsabilités visés à l'article 41 des présents statuts, mais aussi toutes les responsabilités mutualistes qui sont les leurs.

Les administrateurs s'engageant dans le programme de formation proposé au cours de l'exercice de leur mandat, bénéficient, à des fins de maintien, de renforcement ou d'acquisition de compétences d'une formation leur permettant notamment de demander la validation des acquis de leur expérience conformément aux dispositions du Livre IV de la sixième partie du Code du Travail.

Article 38 – Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du Conseil d'Administration

Sous réserve des dispositions de l'article 39 des présents statuts, toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou le dirigeant opérationnel, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur ou un dirigeant opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs dirigeant opérationnel de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, dirigeant

opérationnel, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du code de la mutualité.

Le Conseil d'Administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisations qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

Article 39 – Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs, telles que définies par un décret pris en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité, sont communiquées par ce dernier au président du Conseil d'Administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'assemblée générale dans les conditions de l'article L.114-33 du code de la mutualité.

Article 40 – Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Cette interdiction ne s'applique pas aux dirigeants salariés lorsque ceux-ci sont susceptibles d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la mutuelle. Dans tous les cas, le Conseil d'Administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des administrateurs ainsi qu'à toute personne interposée.

Article 41 – Responsabilité

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon le cas, envers la mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

Article 42 – Représentants

S'il en existe, un membre élu du Comité Social et Economique (CSE) de la mutuelle assiste avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration. Le représentant élu des salariés qui cesse d'appartenir au personnel salarié de la mutuelle perd le droit d'assister aux réunions du Conseil d'Administration.

CHAPITRE III **PRESIDENT ET BUREAU**

Article 43 – Composition du bureau

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un bureau composé de :

- Un(e) président(e),
- Un(e) vice-président(e),
- Un(e) secrétaire (éventuellement un(e) secrétaire adjoint(e)),
- Un(e) trésorier(e) (éventuellement un(e) trésorier(e) adjoint(e)).

Les membres du bureau sont élus à bulletins secrets, pour une année, par le Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale annuelle.

Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'Administration.

Article 44 – Terme du mandat du président

Le Conseil d'Administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

En cas de décès, de démission ou de révocation du président, le vice-président assure la suppléance et convoque dans le délai maximal d'un mois, une réunion du Conseil d'Administration afin d'élire un nouveau président.

Article 45 – Attributions du président

Le président représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

Il informe le Conseil d'Administration des procédures engagées en application des articles L631-30 et suivants du Code Monétaire et Financier. Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées. Il convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour.

Il préside les réunions du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales. Il engage les dépenses.

Le président peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au directeur de la mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés dont il sera précisé la nature, l'étendue et la durée.

Article 46 – Attributions du vice-président

Le vice-président seconde le président qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 47 – Attributions du secrétaire

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 qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes les fonctions.

Le secrétaire peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au directeur de la mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés, dont il sera précisé la nature, l'étendue et le terme.

Article 48 – Attributions du trésorier

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 adjoint seconde le trésorier qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes les fonctions.

Le trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au directeur de la mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés, dont il sera précisé la nature, l'étendue et le terme.

CHAPITRE IV **ORGANISATION FINANCIERE**

Article 49 – Produits

Les produits de la mutuelle comprennent :

- Les droits d'adhésion versés, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale,
- Les cotisations des membres participants et honoraires,
- Les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- Les dons et legs mobiliers et immobiliers acceptés par l'autorité administrative,
- Plus généralement, tout autre produit non interdit par la loi.

Article 50 – Charges

Les charges comprennent :

- Les diverses prestations servies par la mutuelle aux membres participants,
- Les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
- Les cotisations aux unions et fédérations,
- La participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
- Les versements au système fédéral de garantie,
- Les cotisations versées au fonds de garantie ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds,
- La contribution prévue par l'article L 612-20 du Code Monétaire et Financier et affectée aux ressources de l'Autorité de contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) pour l'exercice de ses missions,
- Plus généralement, toute autre charge non interdite par la loi.

Article 51 – Paiement 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 décisions des instances délibératives de la mutuelle.

Article 52 – Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 228 675 €. Son montant pourra être modifié sur décision de l'Assemblée Générale statuant conformément aux dispositions de l'article 20-1.

Article 53 – Apports et transferts financiers

En cas de création de mutuelles définies à l'article L.111-3 ou d'unions définies à l'article L.111-4 du Code de la Mutualité, la mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues dans ces articles.

Article 54 – Commissaire aux comptes

L'Assemblée Générale de la mutuelle nomme un commissaire aux comptes titulaire et un suppléant. Conformément à l'article L.114-38 du Code de la Mutualité, le président convoque le commissaire aux comptes à toute Assemblée Générale.

Le commissaire aux comptes :

- Certifie le rapport établi par le Conseil d'Administration et présenté à l'Assemblée Générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- Prend connaissance de l'avis donné par le président du Conseil d'Administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du Code de la Mutualité,
- Établit et présente à l'Assemblée Générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité,
- Fournit, à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel,
- Signale sans délai à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) tout fait et décision mentionnés à l'article L.510-6 du Code de la Mutualité dont il a eu connaissance,
- Porte à la connaissance du Conseil d'Administration et de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code de commerce,
- Signale dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission,
- Joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du Livre III du Code de la Mutualité.

TITRE III INFORMATION DES ADHÉRENTS

Article 55 – Etendue de l'information

Article 55.1 – Adhésion individuelle

Chaque membre participant et honoraire reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement mutualiste avant la signature du contrat. Les modifications statutaires et réglementaires sont portées à sa connaissance via le site internet www.mutuellemcrn.fr, par courrier, par e-mail ou remis en main propre. Il est informé :

- Des services et établissements d'action sociale gérés par la mutuelle et de ceux auxquels il peut avoir accès en vertu des conventions passées par la mutuelle,
- Des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée, et des obligations et droits qui en découlent.

Article 55.2 – Adhésion dans le cadre d'un contrat collectif

Les adhérents relevant d'opérations collectives sont informés du contenu et des modalités de leurs garanties selon les conditions définies par l'article L.221-6 du Code de la Mutualité. Toute modification du contrat collectif est constatée par un avenant signé des parties.

L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre la notice d'information définissant les garanties prévues par les opérations collectives qui est établie par la mutuelle, ainsi que les statuts et le règlement intérieur. La preuve de la remise de ces documents ainsi que des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'employeur ou la personne morale est également tenu d'en informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la mutuelle.

Concernant les statuts de la mutuelle, chaque membre peut en recevoir un exemplaire gratuitement, à tout moment au cours de son adhésion, sur simple demande. Les modifications des statuts sont portées à sa connaissance par la mutuelle par tout moyen (lettre, courrier, revue de la mutuelle, site internet de la mutuelle...).

Chaque membre participant est également informé :

- Des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès en vertu des conventions passées en application du Code de la Mutualité,
- Des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée, et des obligations et droits qui en découlent.

Article 56 – Protection des données à caractère personnel

La Mutuelle des Cheminots de la Région de Nantes (MCRN) recueille l'ensemble des données personnelles de ses membres dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution du présent contrat. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre aux obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle telles que la lutte contre le blanchiment ou la lutte contre la fraude.

Enfin et à des fins d'intérêt légitime de la mutuelle et dans le respect des principes mutualistes, les données pourront permettre l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles, la mise en place d'actions de prévention ou encore la gestion de la relation tel que le suivi de la relation adhérent, la réalisation de sondages, de jeux concours, la proposition d'offres et de réponses aux besoins par ses partenaires.

Les destinataires des données sont : les destinataires dans le cadre de leurs missions habituelles, les personnes intéressées au contrat, celles qui sont intervenantes au contrat et les personnes habilitées à titre de tiers autorisés. Les données personnelles sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux mais peuvent varier en fonction des finalités décrites ci-dessus.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée et au Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, les adhérents bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motifs légitimes ainsi que du droit à la portabilité de leurs données. Ils peuvent exercer ces droits en adressant une demande par écrit avec copie de la pièce d'identité du demandeur à :

Adresse postale	E-mail
Mutuelle MCRN À l'attention du DPO 4, Place des Jacobins – 44000 Nantes	dpo@mcrn.fr

Ils bénéficient aussi du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Article 57– Réclamations

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletin d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Adresse postale	E-mail
Mutuelle MCRN Service Réclamations 4, Place des Jacobins – 44000 Nantes	reclamations@mcrn.fr

À compter de la date d'envoi de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement.

Article 58 – Médiation

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, ou en cas de désaccord avec la mutuelle, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Adresse postale	Site internet
Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15	www.mediateur-mutualite.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai de 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

Article 59 – Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, 75436 PARIS CEDEX 09.

TITRE IV DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

Article 60 – Dissolution

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale.

L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'Administration. Leur nomination met fin au pouvoir des administrateurs. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale à d'autres mutuelles et unions, ou au Fonds national de solidarité et d'actions mutualistes mentionnés à l'article L.421-1 du Code de la Mutualité ou au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Article 1 – Dénomination sociale de la mutuelle

Il est constitué une mutuelle identifiée Mutuelle des cheminots de la Région de Nantes, dénommée mutuelle MCRN, établie au 4, place des Jacobins, 44000 Nantes, inscrite sous le n° SIREN 314 765 546, régie par le Livre II du Code de la Mutualité.

Article 2 – Objet du règlement mutualiste

Le présent règlement est établi en application de l'article 3 des statuts. Il détermine les conditions dans lesquelles ceux-ci sont appliqués.

Article 3 – Nature et contenu des engagements pris ou des risques couverts

En application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité, le règlement mutualiste, adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations, conformément à l'article 2 des statuts.

Article 3.1 – Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

La Mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables.

À ce titre :

- Aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit,
- Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés,
- Les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable.

Article 3.2 – Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- Les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale,
- La majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,
- La modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter,
- Les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés.

Article 4 – Adhésion

L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit remplissant les conditions statutaires reprises ci-après prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le premier jour de la réception de son dossier complet par la mutuelle- cotisation comprise.

Elle prend effet pour une durée minimale de 12 mois consécutifs prenant fin le 31 décembre qui suit cette période. Exemples : pour une adhésion au 01/01/2022, la 1^{ère} échéance est le 31/12/2022. Pour une adhésion au 01/06/2022, la 1^{ère} échéance est le 31/12/2022. Elle est prolongée annuellement par décision tacite, à l'expiration de la 1^{ère} échéance, puis de chaque échéance annuelle. L'échéance de toute adhésion, régime ou option est fixée au 31 décembre.

Article 5 – Obligations des adhérents envers la mutuelle

L'engagement réciproque du membre participant ou du membre honoraire et de la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. En adhérant à la mutuelle, tout membre participant s'engage au paiement d'une cotisation qui inclut les cotisations dues par la mutuelle aux organismes politiques et techniques, unions et fédérations, auxquels la mutuelle adhère suivant la décision de l'Assemblée Générale.

Article 6 – Liste des contrats individuels MCRN

- Contrat Cheminot,
- Contrat Régime Général,
- Contrat Agent Territorial,
- Contrat Agent Hospitalier.

Article 7 – Suspension ou remise en vigueur des garanties

Pour les contrats individuels, à défaut de paiement d'une cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. En cas de cotisation annuelle payée mensuellement ou trimestriellement, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non- paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle se réserve le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévue ci-dessus. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu ci-dessus, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Article 8 – Résiliation des garanties par le membre participant

Pour les contrats individuels et collectifs à adhésion facultative, le membre participant pourra dénoncer l'adhésion à l'échéance du 31 décembre.

- Tous les ans, au plus tard deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre de chaque année,
- À tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, sans frais ni pénalités (Résiliation Infra-Annuelle). Dans ce cas, la résiliation prendra effet un mois après réception de la demande,
- Pour changement de situation personnelle de l'adhérent en lien avec le contrat (article L221-17 du code de la mutualité).

La notification de la dénonciation ou de la résiliation doit être adressée à la mutuelle et peut être effectuée, au choix de l'adhérent :

- Soit par lettre adressée au siège social : Mutuelle MCRN - 4 place des Jacobins - 44000 Nantes,
- Soit par email à l'adresse unique suivante : infos@mcrcn.fr,
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication que la conclusion de la souscription de vente à distance.

Par ailleurs, l'adhérent doit informer la mutuelle du départ d'un ou de plusieurs de ses ayants-droit, dans les deux mois suivant la date de la modification.

Si ce délai de deux mois n'est pas respecté ou si le nouveau choix exprimé par l'adhérent n'est pas recevable, le changement de situation prendra effet de la manière suivante :

- Au 1^{er} du mois suivant la date de réception en cas de changement de situation de famille dument justifié ou si la demande a pour cause le terme d'une garantie antérieure couvrant les ayants-droit,
- Au 1^{er} janvier suivant les autres cas.

Dans le cas où l'adhérent souhaite dénoncer son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un autre organisme assureur, c'est à ce dernier qu'il doit manifester son intention de résilier la garantie pour le rejoindre. Les formalités de résiliation seront alors réalisées par le nouvel organisme assureur par voie de courrier recommandée ou de lettre recommandée électronique, en respectant les mentions obligatoire visées par décret.

A réception de la résiliation formulée par l'adhérent ou par le nouvel assureur le cas échéant, la Mutuelle confirmera à l'adhérent la résiliation de son adhésion, et la date d'effet de cette résiliation.

À défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, l'adhérent, ou le nouvel assureur, devant s'assurer ou justifier de la bonne réception de sa dénonciation.

Tout changement de garantie ou d'option donne lieu, à compter de sa prise d'effet, à l'ouverture d'une nouvelle durée incompressible d'un an à l'exercice du droit à résiliation.

Cas spécifique des résiliations par voie électronique :

Le droit à résiliation par voie électronique exercé par le membre participant n'est ouvert qu'à la condition que la mutuelle ouvre l'accès aux adhésions par voie électronique. Dans ce cas, la mutuelle met à la disposition de l'intéressé une fonctionnalité permettant d'accomplir, par voie électronique, la notification et les démarches nécessaires à la dénonciation ou à la résiliation du contrat. Lorsque l'intéressé notifie la dénonciation ou la résiliation du contrat, la mutuelle lui confirme la réception de la notification et l'informe, sur un support durable et dans des délais raisonnables, de la date à laquelle le contrat prend fin et des effets de la dénonciation ou de la résiliation ». En cas d'absence de faculté d'adhérer en ligne, aucun droit à résiliation par ce mode n'est ouvert aux membres participants.

Article 9 – Exclusion des adhérents

Peuvent-être exclus de la mutuelle les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté, notamment en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent ; le cas échéant, le membre concerné est informé des faits qui lui sont reprochés et est invité à fournir des explications conformément aux statuts ; l'annulation des droits aux prestations peut être alors prononcée, sous réserve des éventuelles poursuites à engager pour les sommes indûment payées.

Article 10 – Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

La démission ou radiation met un terme à tous droits à prestation, y compris pour les prestations ayant fait l'objet d'un accord de prise en charge délivré antérieurement à la date d'effet de la démission ou radiation.

Dans ce cas, seules seront versées par la Mutuelle les prestations visées par l'accord de prise en charge ayant fait l'objet de soins ou d'actes réalisés avant la date d'effet de la fin du contrat.

La carte d'adhérent à la mutuelle n'est utilisable et n'ouvre droit au tiers payant que si l'adhérent est à jour dans le paiement de ses cotisations.

L'adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, la mutuelle rembourse au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

Article 11 – Paiement des prestations

D'une manière générale, les éléments permettant le calcul des remboursements de la part complémentaire sont télétransmis par les régimes obligatoires et génèrent un paiement par virement bancaire ou postal.

À défaut, les adhérents doivent adresser à la mutuelle les originaux des décomptes Sécurité Sociale, régime général ou régime particulier (Caisse de prévoyance ou autres) et, dans certains cas, les reçus du règlement du ticket modérateur ou les factures pour les forfaits, ainsi que tout document utile qui serait jugé nécessaire par la mutuelle.

Pour percevoir les prestations servies par la mutuelle, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 12 – Garantie en inclusion (allocation obsèques)

Cette garantie ne s'applique qu'aux contrats concernés. Les membres participants et leurs ayants droit, bénéficient de la garantie du contrat collectif assurance obsèques en inclusion n°74 1 GI 0111213 001024 souscrit auprès de La Mutuelle Générale de Prévoyance, 39 rue du Jourdil, CS 99050 – Cran-Gevrier, 74992 ANNECY Cedex 9, soumise aux dispositions de son Livre II, immatriculée sous le n° SIREN 337682660.

Article 13 – Assistance vie quotidienne à domicile

Cette garantie ne s'applique qu'aux contrats concernés. Les membres participants et leurs ayants droit bénéficient de la prestation Assistance Vie Quotidienne souscrite en intermédiation auprès Ressources Mutuelles Assistance (RMA) – 46 rue du Moulin – CS 92443 – 44120 VERTOU.

Article 14 – Rappel du caractère solidaire et responsable

Sauf mention expresse, les garanties sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Elles respectent les minima de prise en charge obligatoire, les règles relatives aux remboursements des médecins adhérent ou non aux dispositifs de

pratique tarifaire maîtrisée, les règles relatives aux planchers et plafonds optiques et aux planchers de remboursement des soins prothétiques dentaires.

Participation forfaitaire et franchises :

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, elles ne sont pas remboursables par la mutuelle et restent à la charge de l'adhérent.

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés :

Lorsque l'adhérent reçoit des soins médicaux, sans avoir au préalable désigné de "médecin traitant", ou sans passer par son "médecin traitant" et à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance Maladie Obligatoire considère que l'adhérent ne respecte pas le "Parcours de soins coordonnés". Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement.

Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à la charge exclusive de l'adhérent et ne peuvent être remboursées par la mutuelle. Les éventuels dépassements d'honoraires "hors parcours de soins" ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 Liste disponible auprès de la mutuelle.

Prise en charge de la participation visée à l'article 28 4° du Décret n° 2011-14174 du 8 novembre 2011

A l'occasion d'une hospitalisation dans un établissement de santé, les garanties comprennent au moins la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celle prévue au I de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale. La durée de prise en charge est d'au moins 365 jours et son montant est limité aux frais exposés.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées revêtent un caractère indicatif ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Les pourcentages de remboursement de la mutuelle sont toujours calculés en pourcentage des tarifs de base du remboursement du régime obligatoire.

Le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

Les taux de remboursements des frais de consultations et de visites de médecins non-conventionnés sont ceux appliqués aux frais de consultations et de visites de médecins conventionnés.

Sont également incluses les séances de consultations de psychologues conformément à l'article L162-58 Code de la sécurité sociale et le forfait patient urgences conformément à l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale.

Toutes les prestations sont payées dans un délai de 5 à 30 jours ouvrables, ce délai ne court qu'à compter de la réception du dossier complet de demande d'indemnisation et de sa validation par la mutuelle.

Article 15 – Tiers payant

Les adhérents peuvent bénéficier du tiers payant dans le cadre des conventions signées entre les professionnels de santé et la mutuelle.

Article 16 – Informations à transmettre en cas de modification de la situation de l'adhérent et de ses ayants droit

L'adhérent et ses ayants droit ont l'obligation de nous informer en cas de modification de leur situation.

Entre autres :

- Changement de domicile,
- De scolarité,
- Naissance, mariage, décès,
- Changement de caisse et/ou de régime de Sécurité Sociale,
- Retraite ou préretraite,
- Changement de domiciliation bancaire,
- Avis d'imposition selon les catégories...

Article 17 – Modification des garanties ou options choisies

Toute personne souhaitant procéder à un changement de garantie et/ou d'option au sein de la garantie souscrite doit en faire la demande à la mutuelle.

Cette demande fait l'objet d'une étude des besoins de l'adhérent et donne lieu soit au maintien de la garantie/option existante en l'état, soit à la souscription de la nouvelle garantie/option choisie par la signature d'un bulletin d'adhésion.

La modification de garanties peut être demandée avec les conditions suivantes :

- Avoir minimum 12 mois d'ancienneté dans la précédente garantie,
- Le changement s'appliquera pour une durée minimale de 12 mois,
- Le changement prendra effet le 1er du mois suivant la demande.

Les changements de garantie/option sont soumis aux dispositions de l'article L221-10-2 du code de la mutualité.

Tout changement de garantie/option a pour effet la résiliation de la garantie/option en cours et la souscription de la nouvelle garantie/option à la date d'effet visée au bulletin d'adhésion.

Par dérogation à ce qui précède à la demande motivée de l'adhérent, la mutuelle peut accepter un changement de garantie/option par anticipation au délai incompressible de souscription de 12 mois.

Cette acceptation est à la discrétion de la mutuelle qui apprécie suivant les motifs présentés pour justifier d'un changement anticipé (ALD, changement de situation familiale...).

Article 18 – Pluralité de garanties frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

Article 19 – Montants ou taux de cotisations

La cotisation du membre participant et de ses ayants droits est définie de manière forfaitaire.

Au sein d'une famille, les membres du couple peuvent souscrire des garanties différentes. Dans ce cas précis, chaque conjoint devra être titulaire de son propre contrat. Les enfants souscrivent la même garantie que le parent auquel ils sont rattachés.

Article 20 – Modification des cotisations et prestations

Chaque membre participant s'engage au paiement d'une cotisation définie dans le règlement mutualiste.

La cotisation peut évoluer selon l'âge du participant et de ses ayants droit ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres à la personne (antécédents médicaux, sexe...).

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S (pour les contrats indexés).

En cas de changement du taux du ticket modérateur, le Conseil d'Administration pourra envisager une modification des cotisations.

S'il s'avérait, en cours d'exercice, que la cotisation n'était pas suffisante pour assurer l'équilibre des opérations, l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration pourrait décider de procéder à un rappel de cotisations pour l'exercice en cours.

Toutefois, ce rappel de cotisations ne pourra avoir pour effet de porter la cotisation à un montant 1,5 fois supérieur. Pour assurer l'équilibre, l'Assemblée Générale (ou le Conseil d'Administration) pourrait également décider de procéder à des réductions maximales de prestations de 10 %. Réductions qui s'appliqueront aux prestations dont la date de prescription sera postérieure à la décision.

Le barème des cotisations est modifié annuellement sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires.

Article 21 – Article réservé

Article 22 – Détermination des périodes d'ouverture des droits aux garanties

Pour les contrats dont la cotisation est réglée individuellement, la durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu tant que la cotisation n'est pas renouvelée.

Article 23 – Paiement des cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation.

Cette cotisation est affectée au remboursement des prestations santé assurées par la mutuelle.

Elle comprend également les cotisations dues par la mutuelle aux organismes assurant la prise en charge des contrats collectifs ou de réassurance ainsi qu'aux organismes associatifs, mutualistes, coopératifs auxquels la mutuelle adhère par décision de l'Assemblée Générale.

Les cotisations sont précomptées mensuellement sur la pension pour les cheminots retraités.

Pour les autres adhérents, les cotisations sont prélevées mensuellement sur leur compte bancaire ou postal.

Article 24 – Principe indemnitaire et subrogation

Les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire ; l'indemnité due par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant.

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées ci-dessus, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Article 25 – Autres prestations

La cotisation inclut également l'adhésion :

- Au réseau de soins Kalixia/Viamedis,
- Au magazine Viva.

Article 26 – Réclamation et Médiation

La mutuelle met à disposition du membre participant et de ses ayants-droit la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent règlement mutualiste, à l'adresse suivante :

Adresse postale	E-mail
Mutuelle MCRN Service réclamations 4, Place des Jacobins 44000 Nantes	reclamations@mcrcn.fr

À compter de la date d'envoi de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la mutuelle, et après épuisement de ses voies de recours internes, le membre participant ou ses ayants-droit peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française.

Adresse postale	Site internet
Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNM 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15	www.mediateur-mutualite.fr

Le médiateur a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige. Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant la réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai de 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les deux parties.

Article 27 – Protection des données à caractère personnel

Le délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :

Adresse postale	E-mail
Mutuelle MCRN À l'attention du DPO 4, Place des Jacobins – 44000 Nantes	dpo@mcrn.fr

Il veille à la sécurité et à la confidentialité des données dans les conditions déterminées ci-après.

1. Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données sont nécessaires à l'exécution de la relation contractuelle liant le membre participant et la mutuelle.

En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle. Dans le cadre de la passation de la gestion et de l'exécution de la relation contractuelle, la collecte des données personnelles a pour finalités la réalisation de toute opération nécessaire à la gestion des prestations et des cotisations.

À des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle et dans le respect des principes mutualistes, les données du membre participant permettent également :

- L'élaboration des statistiques et des études actuarielles,
- La mise en place d'actions de prévention.

Dans le cadre de la gestion de sa relation avec les adhérents, les données du membre participant et des bénéficiaires peuvent aussi être utilisées pour :

- Le suivi de la relation adhérente (enquêtes de satisfaction),
- Pour réaliser des sondages, jeux concours,
- Pour proposer des garanties complémentaires.

Le membre participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix :

- La limitation du traitement (dans les conditions prévues par la loi),
- La portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit le transmettre à un autre responsable de traitement)

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- Pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle

Dans cette hypothèse, le caractère particulier à sa situation devra être clairement argumenté ; à ce que la mutuelle le contacte pour lui proposer des garanties complémentaires.

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante :

Adresse postale	E-mail
Mutuelle MCRN À l'attention du DPO 4, Place des Jacobins – 44000 Nantes	dpo@mcrn.fr

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés : 3 Place Fontenay — TSA 80715- 75334 PARIS CEDEX 07.

Les données collectées peuvent enfin être utilisées aux titres de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes gestion des procédures).

2. Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

Les destinataires ayant accès aux données à caractère personnel collectées sont, dans la limite de leurs attributions, les personnels de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des prestations, les personnels en charge du marketing du service de développement les personnels en charge de traités la relation adhérent les réclamations, la prospection, les services logistiques et informatiques, et aussi les délégués de gestion, les intermédiaires d'assurances, les partenaires, les prestataires, les sous-traitants, les organismes d'assurances offrant de prestation complémentaires, les co-assureurs, réassureurs, les organismes professionnelles et les fonds de garanties.

- Les personnes intéressées au contrat

Les personnes parties (membres participants) et intéressées au contrat (bénéficiaires) ; ayants-droits ; souscripteurs, héritiers, tuteurs, curateur et, plus généralement tous les représentant légaux ; bénéficiaires d'une subrogation des droits relatifs aux garanties) peuvent avoir accès aux données, dans la limite les concernant ou concernant les actions qu'elles peuvent exercer.

- Les personnes intervenantes au contrat

Peuvent également être rendus destinataires des données à caractères personnels toute personne intervenante au contrat (experts, avocats, auxiliaires de justice, officiers ministériels, agents de recherche privée, professionnelles de santé, médecin-conseil et personnels habilités, organismes sociaux).

- Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés

Des informations concernant le membre participant peuvent également être transmises à toutes personnes habilitées notamment les juridiction, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organisme public habilité à les recevoir ainsi qu'aux service en charge de contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

3. Durée des conservations des données personnelles

Les données à caractère personnels du membre participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais des prescriptions légaux.

4. Les droits du membre participant

Le membre participant a la faculté de solliciter auprès du délégué à la protection des données :

- L'accès aux données à caractère personnels (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et, dans l'affirmative, l'accès à ses données
- La rectification des informations inexactes le concernant (droit de rectifier et compléter),
- L'effacement (notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement),

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- Pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- À ce que ses données soient utilisées, y compris en interne au sein de la mutuelle ou groupe ENTIS, à des fins de prospection commerciale ou à ce que ses données soient transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale. Dans ce cas, cette opposition n'a pas à être motivée.

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante :

Adresse postale	E-mail
Mutuelle MCRN À l'attention du DPO 4, Place des Jacobins – 44000 Nantes	dpo@mcrn.fr

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Article 28 – Information des adhérents

Chaque adhérent reçoit un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste. Les modifications statutaires, les modifications des montants ou des taux de cotisations sont portées à sa connaissance, dès leur adoption par l'Assemblée Générale ou, le cas échéant, par le Conseil d'Administration en application des statuts.

L'adhérent est informé dans les cas suivants :

- Des services des établissements d'action sociale gérés par la mutuelle et de ceux auxquels il peut avoir accès en vertu des conventions passées en application du Livre III du Code de la Mutualité,
- Des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée, et des obligations et droits qui en découlent.

Article 29 – Fonds de secours

Toute demande de prestations non prévues dans les statuts sera considérée comme cas particulier et fera l'objet d'une étude de dossier comportant l'avis d'imposition du foyer, par le bureau de la mutuelle.

Des secours peuvent être accordés aux adhérents ayant des difficultés ou des dépenses de santé particulières. Les dossiers devront contenir le résultat des demandes effectuées au préalable auprès des différents services sociaux concernés (Caisse de prévoyance, CPAM, service social SNCF, etc.). Ce fonds de secours est utilisé dans la limite de ses ressources annuelles, fixées à 20 000 €.

Article 30 – Interprétation

En cas de litige d'appréciation entre les différents textes normatifs de la mutuelle, les statuts, le règlement mutualiste et le bulletin d'adhésion sont interprétés par ordre de priorité décroissante.

Article 31 – Autorité de contrôle

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), sise 4 Place de Budapest, 75436 PARIS CEDEX 09.

Article 32 – Prescription

En application des articles L.221-11 et L. 221-12 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- En cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant-droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code Civil à savoir :

- La reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- La demande en justice (même en référé),
- Un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur telle que prévue par l'article 22 du Règlement Mutualiste de la mutuelle.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayant-droit de l'adhérent décédé.

Article 33 – Renonciation en cas de démarchage à domicile

En application de l'article L.221-18-1 du Code de la Mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendriers révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit reproduire le texte suivant :

« Je soussigné(e) (nom, prénom) déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat « nom de contrat et/ou n° d'adhésion à préciser » et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L.221-18-1 du Code de la Mutualité » (Date et signature).

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa entraîne la résiliation de l'adhésion au contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée au même alinéa par l'assureur. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le membre participant ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La mutuelle ou l'union est tenue de rembourser au membre participant le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle ou à l'union si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Article 34 – Règlementation relative à la Directive Distribution d'Assurance

La mutuelle applique les obligations de l'ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 transposant la Directive Distribution d'assurance (UE) du 20 janvier 2016, et plus particulièrement, elle :

- Fournit à l'adhérent avant la conclusion du contrat les informations relatives à son identité à son adresse à son immatriculation aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,
- Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,
- Veille à ce que ses salariés responsables, de la distribution et collaborateurs participants directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 h conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leur connaissance et leur aptitude et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupaient et au marché concerné,
- Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens qui doit être contrôlée lors du recrutement.
- Respecte la fiche de distribution produit établi par l'organisme concepteur,
- Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travail sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent, ou sur la base de commissions, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique, Conseille les adhérents au mieux de leurs intérêts après avoir recueilli leurs exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en pas de contrôle.
- Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment.

ALLOCATION OBSEQUES

La Mutuelle des Cheminots de la Région de Nantes a inclus dans son offre santé une allocation obsèques souscrite à effet du 1^{er} janvier 2022 auprès de notre partenaire la Mutuelle Générale de Prévoyance (MGP), n° de SIREN 337 682 660, sous le contrat n° 74 1 GI 0111213 001024.

Bénéficiaires de l'allocation obsèques

Le groupe titulaire de la garantie est constitué des adhérents et de leurs ayants-droit ayant souscrits un contrat santé individuel (excepté les agents territoriaux, les agents hospitaliers et les bénéficiaires de la CSS).

Prestation garantie : allocation obsèques

En cas de décès d'un adhérent, répondant à la définition du groupe bénéficiaire, de son conjoint non-séparé ou d'un enfant (jusqu'à 18 ans s'ils sont apprentis et 25 ans révolus s'ils poursuivent leurs études), l'organisme « assureur » garantit le versement d'une allocation obsèques à hauteur des dépenses supportées et plafonnée à un montant égal à 550 euros.

L'allocation sera versée à la personne justifiant du paiement des obsèques.

Cotisations

La cotisation afférente à l'allocation obsèques souscrite sera gérée par la Mutuelle MCRN.

Date d'effet

Le contrat n°74 1 GI 0111213 001024 prend effet à compter du 1^{er} janvier 2022 à 0 heure. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception et en respectant un préavis de deux mois avant cette date.

Gestion des prestations

Les dossiers sont à constituer auprès de la Mutuelle MCRN. Liste des pièces à fournir :

- Un extrait d'acte de décès,
- Une demande de remboursement des frais d'obsèques signée par le représentant qualifié du bénéficiaire,
- Les pièces justificatives attestant du montant et du paiement des frais d'obsèques,
- La carte de la mutuelle.

Exclusions

Sont exclus de la garantie les conséquences :

- Des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir sur les organismes régis par le Code de la Mutualité en temps de guerre,
- De la désintégration du noyau atomique.

Cessation du contrat

La garantie prend fin à la date de résiliation du contrat n° 74 1 GI 0111213 001024. Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation continuent d'être assurées jusqu'à l'extinction des droits au montant atteint à cette date.

Conséquences d'une résiliation

1. Résiliation de la garantie santé

L'allocation obsèques est indissociable de l'offre santé proposée par la Mutuelle MCRN. Aussi, en cas de résiliation par l'adhérent ou par la Mutuelle MCRN, la présente garantie sera elle-même résiliée.

2. Résiliation de la convention de diffusion ou du contrat en inclusion

En cas de résiliation par l'organisme « assureur » ou par la Mutuelle MCRN de la convention de diffusion et/ou du contrat en inclusion n° 74 1 GI 0111213 001024, et ce quel que soit le motif, la mise en œuvre de la présente garantie cessera en tout état de cause au terme du contrat.

Contrôle

L'organisme assureur se réserve le droit de se faire communiquer toutes pièces justificatives nécessaires à la bonne exécution du contrat.

Modification et résiliation du contrat en inclusion

Toute modification du contrat en inclusion n° 74 1 GI 0111213 001024 affectant les caractéristiques de la garantie sera portée à la connaissance des adhérents par le souscripteur.

Subrogation

L'organisme assureur est subrogé de plein droit aux membres du groupe signataire victimes d'un accident dans leur action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées.

Mise en œuvre des garanties

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Il convient de présenter à l'appui de la demande les justificatifs nécessaires. Une fois établi le droit à prestation, celle-ci sera versée par la Mutuelle MCRN directement au bénéficiaire ayant réglé les frais d'obsèques par virement.