



Statuts et Règlement Mutualiste de la Mutuelle MCRN

**Votés à l'Assemblée Générale du
15 Octobre 2021**

Mutuelle MCRN

4, Place des Jacobins – 44000 Nantes

Tél. : 02 40 89 22 91 – Fax : 02 40 35 63 38

infos@mutuellemcrn.fr – www.mutuellemcrn.fr

Sommaire

STATUTS	4
TITRE PREMIER FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE.....	4
Chapitre premier Formation et objet de la mutuelle	4
Article 1 - Dénomination siège	4
Article 2 - Objet	4
Article 3 - Règlement mutualiste - opérations collectives	4
Article 4 - Respect de l'objet de la mutuelle.....	4
Chapitre II Conditions d'adhésion, de résiliation, de radiation et d'exclusion.....	4
Article 5 - Membres.....	4
Article 6 - Adhésion	4
<i>Article 6.1 - Adhésion individuelle.....</i>	<i>4</i>
<i>Article 6.2 - Adhésion dans le cadre de contrats collectifs</i>	<i>4</i>
Article 7 - Résiliation	4
Article 8 - Radiation.....	4
Article 9 - Exclusion	4
Article 10 – Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations	5
TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE.....	5
Chapitre premier Assemblée Générale	5
Article 11 - Composition	5
Article 12 - Sections de vote	5
Article 13 - Élections des délégués	5
Article 14 - Dispositions propres aux mineurs	5
Article 15 - Convocation	5
Article 16 - Ordre du jour	5
Article 17 - Décisions	5
Article 18 - Compétences de l'Assemblée Générale	5
Article 19 – Délégation de pouvoir	6
Article 20 - Conditions et modalités de vote	6
<i>Article 20.1 - Délibérations nécessitant un quorum et une majorité renforcée.....</i>	<i>6</i>
<i>Article 20.2 - Délibérations nécessitant un quorum et une majorité simple.....</i>	<i>6</i>
Chapitre II Conseil d'Administration	6
Article 21 - Composition, élection, durée du mandat.....	6
Article 22 - Conditions de capacité.....	6
Article 23 - Conditions d'éligibilité.....	6
Article 24 - Limite d'âge.....	6
Article 25 - Terme du mandat.....	6
Article 26 - Renouvellement	6
Article 27 - Ordre de réélection	6
Article 28 - Vacance.....	6
Article 29 - Réunion.....	7
Article 30 - Conditions et modalités de vote	7
Article 31 - Sanction	7
Article 32 - Attributions	7
Article 33 - Obligation de la mutuelle.....	7
Article 34 - Délégation	7
Article 35 - Indemnisation	7
Article 36 - Interdiction	7
Article 37 - Obligations des administrateurs	7
Article 38 - Responsabilité	7
Article 39 - Représentants	7
Chapitre III Président et bureau.....	8
Article 40 - Composition du bureau.....	8
Article 41 - Terme du mandat du président	8
Article 42 - Attributions du président.....	8
Article 43 - Attributions du vice-président	8
Article 44 - Attributions du secrétaire	8
Article 45 - Attributions du trésorier	8
Chapitre IV Organisation financière.....	8
Article 46 - Produits.....	8
Article 47 - Charges	8
Article 48 - Paiement des dépenses	8
Article 49 - Fonds d'établissement	8
Article 50 - Apports et transferts financiers	8
Article 51 - Commissaire aux comptes	8

TITRE III INFORMATION DES ADHÉRENTS.....	9
Article 52 - Etendue de l'information	9
Article 52.1 - Adhésion individuelle.....	9
Article 52.2 - Adhésion dans le cadre d'un contrat collectif.....	9
Article 53 - Informatique et libertés	9
TITRE IV DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION	9
Article 54 - Dissolution	9
TITRE V ADHÉSION À L'UNION DE GROUPE MUTUALISTE.....	9
Article 55 - Adhésion à l'Union de Groupe Mutualiste Solimut (UGM)	9
Article 56 - Pouvoir et Sanction	9
RÈGLEMENT MUTUALISTE.....	10
Article 1 - Dénomination sociale de la mutuelle.....	10
Article 2 - Objet du règlement mutualiste.....	10
Article 3 - Nature et contenu des engagements pris ou des risques couverts.....	10
Article 3.1 - Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés	10
Article 3.2 - Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés	10
Article 4 - Adhésion	10
Article 5 - Obligations des adhérents envers la mutuelle	10
Article 6 - Liste des contrats individuels MCRN	10
Article 7 - Suspension ou remise en vigueur des garanties	10
Article 8 - Résiliation des garanties par le membre participant.....	10
Article 9 - Exclusion des adhérents.....	10
Article 10 - Conséquences des résiliations sur le droit aux prestations.....	10
Article 11 - Paiement des prestations.....	11
Article 12 - Garantie en inclusion (allocation décès)	11
Article 13 - Assistance vie quotidienne à domicile	11
Article 14 - Tiers payant.....	11
Article 15 - Informations à transmettre en cas de modification de la situation de l'adhérent et de ses ayants droit	11
Article 16 - Modification des garanties choisies	11
Article 17 - Pluralité de garanties frais de santé.....	11
Article 18 - Modification des cotisations et prestations	11
Article 19 - Paiement des cotisations	11
Article 20 - Principe indemnitaire et subrogation.....	11
Article 21 - Autres prestations.....	11
Article 22 - Réclamation et Médiation.....	11
Article 23. Informatique et libertés	11
Article 24 - Information des adhérents.....	12
Article 25 - Fonds de secours.....	12
Article 26 - Interprétation	12
Article 27 - Autorité de contrôle.....	12
Article 28 - Prescription.....	12
Article 29 - Renonciation en cas de démarchage à domicile	12
ALLOCATION DÉCÈS	14
Bénéficiaires de l'allocation décès.....	14
Prestation garantie : allocation décès	14
Cotisations.....	14
Date d'effet	14
Gestion des prestations.....	14
Désignation du bénéficiaire.....	14
Exclusions.....	14
Cessation du contrat	14
Conséquences d'une résiliation.....	14
1. Résiliation de la garantie santé	14
2. Résiliation de la convention de diffusion ou du contrat en inclusion.....	14
Contrôle	14
Modification et résiliation du contrat en inclusion.....	14
Subrogation.....	14
Mise en œuvre des garanties	14

STATUTS

TITRE PREMIER

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chapitre premier

Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination siège

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.

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 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 fait bénéficier ses membres de garanties couvrant les frais d'obsèques dans le cadre du contrat collectif assurance décès temporaire annuelle, souscrit auprès de Solimut Mutuelle de France.

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 - opérations collectives

Le règlement mutualiste : il est adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, détermine les conditions d'application des présents statuts et définit le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant 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.

Les opérations collectives : les garanties mises en œuvre dans les opérations collectives sont définies dans les contrats collectifs conclus entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle, au profit des salariés de l'employeur ou des membres de la personne morale.

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'adhésion, de résiliation, 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 contrats souscrits sont soit individuels, soit collectifs. Les contrats individuels sont à adhésion facultative. Les contrats collectifs sont :

- Soit à adhésion obligatoire souscrits par des bénéficiaires de la loi Madelin au profit de ses salariés,
- Soit à adhésion facultative par l'intermédiaire d'une association au profit de ses adhérents.

Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation ou font des dons ou ont rendu des services équivalents, sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Article 6 - Adhésion

Article 6.1 - Adhésion individuelle

Peuvent adhérer en qualité de membres participants les assurés sociaux quel que soit leur statut, ainsi que les bénéficiaires de la CMU. Sont couverts par la mutuelle les assurés sociaux, leur conjoint, leur concubin, 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.

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

Peuvent souscrire un contrat collectif toute personne physique ou morale qui emploie un ou plusieurs salariés et toute personne morale au profit de ses membres qui devient alors membre participant de la mutuelle.

I - 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, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le contrat écrit et conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

II - 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.

Article 7 - Résiliation

La résiliation est donnée dans les conditions fixées au règlement mutualiste ou aux contrats collectifs ainsi qu'en application de l'article L221-17 du Code de la Mutualité.

Article 8 - Radiation

Sont radiés, les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'adhésion.

Sont également radiés, les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues au règlement mutualiste ou aux contrats collectifs.

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 dûment constatée, le Conseil d'Administration peut poursuivre le membre participant, prononcer son exclusion, obtenir le remboursement des prestations indûment perçues.

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 résiliation, de quelque nature qu'elle soit, et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées (sauf cas prévus à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité et aux règlements de la Mutuelle) et entraînent de plein droit la cessation de toutes les prestations de la Mutuelle et des Règlements Mutualistes auxquels le membre participant avait adhéré ou du contrat collectif auquel il était affilié.

En cas de résiliation, 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 Assemblée Générale

Article 11 - Composition

L'Assemblée Générale est composée de délégués élus par les sections de vote. Chaque délégué ne dispose que d'une voix.

Peuvent être désignés des délégués pour représenter :

- Les personnes physiques souscriptrices de contrats individuels,
- Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs en tant que membres honoraires et les membres participants des personnes morales souscriptrices de contrats collectifs.

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 - Élections 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. Le nombre de délégués élus est de 80, répartis comme suit :

- Section individuelle : un délégué pour 80 membres participants,
- Section collective : un délégué pour 160 membres participants, avec un maximum de 3 délégués par collectivité.

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

Article 16 - Ordre du jour

L'Assemblée Générale doit être convoquée au moins quinze jours ouvrables avant sa tenue. 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 ou 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, les prestations offertes 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,
- Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II 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

1. Vote en Assemblée

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

Les votes ont lieu à main levée, sauf demande exprimée par un tiers au moins des délégués présents.

2. Vote par procuration

La faculté de voter par procuration est offerte au délégué empêché.

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.

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.

Une même personne ne peut disposer de plus d'un mandat.

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 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 est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

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

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 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. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents.

Chapitre II

Conseil d'Administration

Article 21 - 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.

Les administrateurs sont au nombre de quatorze. Ils 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.

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 lettre recommandée avec accusé de réception et reçues quinze 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 70 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 administrateurs cessent leurs fonctions quand ils ne remplissent plus les conditions fixées aux présents statuts.

Ils peuvent être révoqués, en toutes circonstances, 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.

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

En cas de vacance en cours de mandat d'un administrateur par décès, démission ou toute autre cause, il est pourvu provisoirement, par le Conseil d'Administration, à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par la prochaine Assemblée Générale.

Si la nomination faite par le Conseil d'Administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée Générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables. L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à dix, une Assemblée Générale est convoquée par le président.

Article 29 - Réunion

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, certaines réunions peuvent se tenir par voie de visioconférence ou de télécommunication sur décision de l'auteur de la convocation. A ce titre, sont réputés présents les administrateurs tels que définis à l'article 21 des statuts et dans le respect des règles de quorum prévues à l'article 30 ci-après.

En tout état de cause, les réunions portant sur l'arrêté des comptes annuels et l'établissement du rapport de gestion sont exclues de cette possibilité, conformément aux articles L.114-20 et L.114-17 du Code de la Mutualité.

Ce moyen de participation doit permettre l'identification des administrateurs et garantir leur participation effective. A ce titre, Les moyens techniques utilisés transmettent, à minima, le son de la voix des participants et permettent la retransmission sécurisée, continue et simultanée des délibérations.

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.

Il établit le rapport de solvabilité visé à l'article L.212-3 du Code de la Mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes visées à l'article L.212-6 du même Code.

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 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.

Il met en place un dispositif permanent de contrôle interne et établit un rapport annuel, sur ce contrôle, qu'il approuve et transmet à l'autorité de contrôle prudentiel. Le Conseil d'Administration approuve la composition du comité d'audit, représenté par au minimum deux membres du Conseil d'Administration de la MCRN, hors président et trésorier, et d'un représentant extérieur à 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 - Indemnisation

Les fonctions d'administrateur sont gratuites sous réserve des indemnités prévues à l'article L.114-26 et L.114-27 du 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.

Article 38 - 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 39 - Représentants

Un représentant désigné par le CASI de Nantes assiste aux réunions du conseil d'administration, avec voix consultative.

Un représentant élu des salariés 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 **Président et bureau**

Article 40 - Composition du bureau

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

- Un président,
- Un vice-président,
- Un secrétaire,
- Un trésorier.

Les membres du bureau sont élus 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 41 - 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 42 - 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 L.510-8 et L.510-10 du Code de la Mutualité.

Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions.

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 43 - 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 44 - 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 45 - 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 financière**

Article 46 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent :

- Les droits d'adhésion,
- 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 47 - 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 redevance prévue à l'article L.259-1 2ème alinéa du Code de la Sécurité Sociale et affecté aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR),
- Plus généralement, toute autre charge non interdite par la loi.

Article 48 - 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 49 - 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 50 - 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 51 - Commissaire aux comptes

L'Assemblée Générale de la mutuelle nomme un commissaire aux comptes titulaire et un suppléant. Conformément à l'article L.14-38 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 52 - Etendue de l'information

Article 52.1 - 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 52.2 - 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 53 - Informatique et libertés

Dans le cadre de l'exécution des présents statuts, les données à caractère personnel des membres participants et des membres honoraires feront l'objet d'un traitement au sens du et conformément au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par les membres participants et honoraires, de même que celles recueillies ultérieurement auprès de ces derniers, sont nécessaires à l'exécution des dispositions

statutaires aux fins d'organiser la vie institutionnelle de la mutuelle. Elles font donc l'objet d'un traitement destiné à la gestion de la vie institutionnelle de la mutuelle et sans que cette liste ne soit limitative : convocations aux Assemblées Générales, élection lors des Assemblées Générales, convocation des conseils d'administration.

Les destinataires de ces données peuvent être notamment un sous-traitant chargé des envois des convocations. Il est précisé que le contrat liant la mutuelle et ce prestataire comporte l'engagement du sous-traitant d'assurer la confidentialité et la sécurité des données, et de les traiter conformément aux instructions de la mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Conformément à la réglementation, les membres participants ou honoraires disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité le cas échéant, quant aux données les concernant en s'adressant à :

Mutuelle MCRN
A l'attention du DPO
4, Place des Jacobins – 44000 Nantes
E-mail : dpo@mutuellemcrn.fr

Elles sont conservées par la mutuelle pour une durée liée à la gestion de la vie institutionnelle.

Dans l'hypothèse où les membres participants et honoraires souhaiteraient faire valoir leur droit d'opposition et/ou les données visées seraient nécessaires à l'exécution des présents statuts, ils seront informés par lettre recommandée avec accusé de réception des conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions des présents statuts.

Une réclamation peut, le cas échéant, être introduite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

TITRE IV DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

Article 54 - 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.

TITRE V ADHÉSION À L'UNION DE GROUPE MUTUALISTE

Article 55 - Adhésion à l'Union de Groupe Mutualiste Solimut (UGM)

Adhésion à l'UGM Solimut Mutuelle de France, 3-5 rue de Vincennes, 93100 Montreuil. N° SIRENE 831 256 532.

Article 56 - Pouvoir et Sanction

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires, la mutuelle reconnaît expressément les capacités de contrôles et de sanctions prévus dans les statuts et la convention d'affiliation du Groupe.

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 est souscrite pour une durée minimale de douze mois et renouvelée par tacite reconduction.

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

Contrat individuel : le membre participant peut mettre fin à son adhésion :

- Soit tous les ans, au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre de chaque année,
- Soit dans un délai de 20 jours suivant la date d'envoi par la mutuelle de l'avis d'échéance et l'information « Loi Châtel ». Cachet de la poste faisant foi,
- À tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. 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 ou tout autre support durable (ex : email),
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou chez le représentant de la mutuelle,
- Soit par acte extrajudiciaire.

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

Article 9 - Exclusion des adhérents

Sont 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 ; ce dernier est informé des faits qui lui sont reprochés et est invité à fournir des explications ; 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.

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.

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

Article 12 - Garantie en inclusion (allocation décès)

Cette garantie ne s'applique qu'aux contrats concernés. Les membres participants et leurs ayants droit, bénéficient de la garantie du contrat collectif assurance décès souscrit auprès de Solimut Mutuelle de France, Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille, soumise aux dispositions de son Livre II, immatriculée sous le n° SIRENE 383143617.

Contrat concerné : Contrat de garanties collectives « frais d'obsèques en inclusion » n°44011OBS02.

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 de Filassistance, 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD.

Article 14 - Tiers payant

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

Article 15 - 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 16 - Modification des garanties choisies

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.

Article 17 - 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 18 - Modification des cotisations et prestations

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

Article 19 - 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 20 - 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 21 - Autres prestations

La cotisation inclut également l'adhésion :

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

Article 22 - 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 :

Mutuelle MCRN
Direction Générale
4, place des Jacobins
44000 Nantes

A compter de la réception de la réclamation, la mutuelle apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de 10 jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

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. Ce dernier peut être saisi en ligne sur le site <https://www.mediateur-mutualite.fr/> ou par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15.

Article 23. Informatique et libertés

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de la mutuelle règlementée par les dispositions statutaires de cette dernière, les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement au sens dû et conformément au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016. Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par le membre participant de même que celles recueillies ultérieurement auprès de ses ayants-droit sont nécessaires à la gestion des garanties prévues au contrat ainsi qu'à l'exécution des dispositions statutaires aux fins d'organiser la vie institutionnelle de la mutuelle. Elles font donc l'objet d'un traitement destiné à la prospection des membres participants potentiels, à la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des membres participants et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements de cotisations, la gestion du contentieux ou à des fins statistiques).

Elles peuvent également être utilisées :

- Pour répondre aux intérêts légitimes de la mutuelle et notamment la protection et le développement de ses activités, l'amélioration de ses produits et des services offerts aux adhérents, la recherche de nouveaux produits et de nouveaux adhérents, la lutte contre la fraude,

- Pour satisfaire des obligations légales et réglementaires et notamment la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les déclarations et prélèvement obligatoires auprès et au profit des autorités administratives, fiscales et publiques, comme les déclarations et prélèvements fiscaux et sociaux.

Les données ainsi recueillies permettent, également, à la mutuelle de proposer au membre participant des garanties autres adaptées au regard de son profil (notamment de son âge, situation familiale, situation professionnelle, niveau de revenu, etc...) notamment dans le cadre de son devoir de conseil.

Les destinataires des données sont les services de la mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, les organismes de Sécurité Sociale, administratifs et judiciaires, définis par la loi et organe de contrôle de la mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 et du Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront être également, en dehors de la mutuelle, les assureurs en inclusion, les sous-traitants, les réassureurs, les administrations pour les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux.

Toutes ces données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Ainsi, les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative du prospect/membre participant ou la fin de la relation contractuelle. Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation/adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales relatives aux garanties prévues choisies par le membre participant (se reporter à l'article « prescription ». il est également précisé qu'en cas de contestations, contentieux, la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.).

Conformément à la réglementation, le membre participant et ses ayants-droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent à cette fin s'adresser à :

Mutuelle MCRN
A l'attention du DPO
4, Place des Jacobins – 44000 Nantes
E-mail : dpo@mutuellemcrn.fr

Le délai de réponse de la mutuelle est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où le membre participant ou son/ses ayants-droit souhaitent faire valoir leur droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du contrat et des garanties attachées, la mutuelle rappellera par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du contrat, voire les statuts de la mutuelle.

Le membre participant pourra, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). De plus, en application de l'article L 223- 1 et suivants du Code de la Consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de vos relations avec la mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPOSETEL, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 Troyes ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez également vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de : Mutuelle MCRN, 4 place des Jacobins, 44000 Nantes.

Article 24 - 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 25 - 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 26 - 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 27 - 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).

Article 28 - 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'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 29 - 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.

ALLOCATION DÉCÈS

La Mutuelle des Cheminots de la Région de Nantes a intégré dans son offre santé une allocation décès souscrite à effet du 1er janvier 2016 auprès de notre partenaire Solimut Mutuelle de France, n° de SIRENE 383 143 617, sous le contrat n° 44011OBS02.

Bénéficiaires de l'allocation décès

Le groupe titulaire de la garantie est constitué des adhérents et de leurs ayants-droit ayant souscrits un contrat santé individuel ouvrant droit à une allocation décès (excepté les agents territoriaux et les agents hospitaliers).

Prestation garantie : allocation décès

En cas de décès d'un adhérent répondant à la définition du groupe bénéficiaire, l'organisme « assureur » garantit le versement d'une allocation décès forfaitaire de : 550 euros.

Cotisations

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

Date d'effet

Le contrat n°440 11 obs02 prend effet à compter du 1er janvier 2016 à 0 heure. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par la mutuelle diffuseuse par lettre recommandée avec un préavis de trois mois avant cette date. L'organisme assureur peut également dénoncer le contrat par lettre recommandée avec un préavis de deux mois avant cette date.

Gestion des prestations

Les dossiers sont à constituer auprès de la Mutuelle des Cheminots de la Région de Nantes. Pièces à fournir :

- Un extrait d'acte de décès ;
- Une demande de versement de l'allocation décès signée par le représentant qualifié du souscripteur
- La carte de la mutuelle.

Désignation du bénéficiaire

L'adhérent reconnaît avoir eu connaissance des modalités de désignation du bénéficiaire et être informé des conséquences liées à l'existence d'un bénéficiaire acceptant. Sous réserve des droits propres du bénéficiaire acceptant, l'adhérent peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires désignés. La désignation reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée. À défaut de désignation du bénéficiaire, l'allocation décès est attribuée dans l'ordre suivant :

- Au conjoint judiciairement non séparé de corps, non divorcé ;
- À défaut, à ses enfants par parts égales ;
- À défaut, à ses père et mère par parts égales ;
- À défaut, aux autres ayants droit de l'adhérent par parts égales.

Exclusions

Sont exclus de la garantie les sinistres résultant de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminantes par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

Cessation du contrat

La garantie prend fin à la date de résiliation du contrat n° 440 11 obs02. 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 décès 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° 440 11 obs02, 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 en inclusion n° 440 11 obs02.

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°440 11 obs02 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 soit directement sur le compte de l'adhérent par virement bancaire ou postal, soit au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Ces dispositions sont valables jusqu'au 31 Décembre 2021. L'Assemblée Générale du 15 Octobre 2021 a délégué son pouvoir au Conseil d'Administration pour conclure un nouveau contrat « allocation décès » avec effet au 1^{er} Janvier 2022.

Une fois le nouveau contrat conclu, l'annexe de l'allocation décès, présente dans les statuts, sera mise à jour.