

Documentation précontractuelle



Orpheopolis

Sommaire

1

IPID Orphéopolis **3**

IPID Orphéopolis Offre « Solo » 3

IPID Orphéopolis Offre « Couple » 5

IPID Orphéopolis Offre « Famille » 7

2

IPID MDS **9**

3

Notice d'information MDS **11**

4

Aide à la rédaction du formulaire de désignation de bénéficiaire(s) **15**

5

Statuts et règlements OMPN-assistance, OMPN-prévoyance et Les Œuvres d'Orphéopolis **16**

Statuts et règlements OMPN-assistance 17

Statuts et règlements OMPN-prévoyance 38

Statuts et règlements Les Œuvres d'Orphéopolis 51

Assurance Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Orphéopolis

Produit : Offre « Solo »



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

L'offre « Solo » est un contrat d'assurance prévoyance ayant pour objet le versement d'un capital obsèques au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'assuré.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Garantie systématiquement prévue

Obsèques :

- ✓ Versement d'un capital forfaitaire de 4 000 euros pour couvrir les frais d'obsèques en cas de décès du membre participant ou de son conjoint.



Qu'est-ce qui n'est assuré ?

- ✗ Pas d'avance de capital pour le paiement des frais d'obsèques.
- ✗ Pas de garantie rente de conjoint.
- ✗ Les membres participants âgés de plus de 65 ans.
- ✗ Les événements survenus en dehors de la période de validité du contrat.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions

Garantie obsèques :

- ! Pas de versement du capital décès en cas de suicide du membre participant intervenu avant le premier anniversaire de l'adhésion.
- ! Si le décès du membre participant survient avant celui de son conjoint, le capital obsèques sera versé uniquement pour le décès du membre participant.
Aucun capital ne sera versé à la mort du conjoint intervenue postérieurement.

Principales restrictions

Garantie obsèques :

- ! Capital d'un montant forfaitaire et définitif. Le capital versé est susceptible d'être insuffisant pour couvrir la totalité des frais d'obsèques et ne peut être utilisé à d'autres fins.



Où suis-je couvert(e) ?

✓ Dans le monde entier



Quelles sont mes obligations ?

À l'adhésion au règlement :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion,
- Fournir tous les documents justificatifs demandés,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours d'adhésion :

- Informer Orphéopolis en cas de changement d'adresse, de coordonnées bancaires ou de situation familiale.
- Payer les cotisations à leurs échéances.

En cas de sinistre :

- Déclarer tout sinistre à Orphéopolis dans les délais prévus au règlement,
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations,
- En cas de décès du membre participant, les proches et/ou bénéficiaires doivent établir un dossier d'indemnisation tel que décrit dans le règlement.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et due à échéance jusqu'au terme du contrat mais le paiement peut être fractionné selon les modalités suivantes :

- Soit par prélèvement bancaire ou postal, mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel,
- Soit par paiement par carte bancaire, mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel,
- Soit par paiement par chèque annuel, auprès du siège administratif de la mutuelle suite à appel à cotisation.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet le jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion, pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours.

L'adhésion se poursuit annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier sauf cas de résiliation prévus ci-après. Elle prend fin automatiquement le dernier jour des 65 ans de l'adhérent et/ou en cas de décès de celui-ci.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Résiliation par l'adhérent :

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile, soit le 31 octobre au plus tard.

La résiliation de l'adhésion prend effet le 1^{er} janvier, à zéro heure, de l'année suivante. Cette résiliation met fin à toutes les garanties prévues au contrat.

Résiliation par la Mutuelle :

La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion en cas de non paiement des cotisations.

La mutuelle met fin à l'adhésion automatiquement le dernier jour des 65 ans du membre participant.

La mutuelle met fin à l'adhésion en cas de décès du membre participant.

Assurance Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Orphéopolis

Produit : Offre « Couple »



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

L'offre « Couple » est un contrat d'assurance prévoyance ayant pour objet le versement d'un capital obsèques et d'un capital décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'assuré.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Garanties systématiquement prévues

Décès :

- ✓ Versement d'un capital forfaitaire de 15 000 euros en cas de décès du membre participant et désignation libre du bénéficiaire.

Obsèques :

- ✓ Versement d'un capital forfaitaire de 4 000 euros pour couvrir les frais d'obsèques en cas de décès du membre participant ou de son conjoint.

Prime au mariage :

- ✓ Versement d'une prime de 150 euros en cas de mariage du membre participant (dans la limite d'un mariage).

Prime au couffin :

- ✓ Versement d'une prime de 165 euros pour toute naissance d'un enfant du membre participant ou toute adoption au sein de sa famille.



Qu'est-ce qui n'est assuré ?

- ✗ Pas d'avance de capital pour le paiement des frais d'obsèques.
- ✗ Pas de garantie rente de conjoint.
- ✗ Les membres participants âgés de plus de 65 ans.
- ✗ Les événements survenus en dehors de la période de validité du contrat.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions

Garantie décès :

- ! Pas de versement du capital décès en cas de suicide du membre participant intervenu avant le premier anniversaire de l'adhésion.
- ! Pas de versement du capital décès en cas de décès de l'assuré intervenu avant le premier anniversaire de l'adhésion sauf en cas d'accident ou de décès imputables au service.

Garantie obsèques :

- ! Pas de versement du capital décès en cas de suicide du membre participant intervenu avant le premier anniversaire de l'adhésion.
- ! Si le décès du membre participant survient avant celui de son conjoint, le capital obsèques sera versé uniquement pour le décès du membre participant.
Aucun capital ne sera versé à la mort du conjoint intervenue postérieurement.

Principales restrictions

Garantie obsèques :

- ! Capital d'un montant forfaitaire et définitif. Le capital versé est susceptible d'être insuffisant pour couvrir la totalité des frais d'obsèques et ne peut être utilisé à d'autres fins.

Prime au mariage :

- ! Pour le membre participant adhérent depuis moins d'un an au moment du mariage, versement de la prime à l'échéance d'un an d'adhésion à condition qu'il soit toujours adhérent.
- ! Prime versée dans la limite d'un mariage.

Prime au couffin :

- ! Pour le membre participant adhérent depuis moins d'un an au moment de la naissance, versement de la prime à l'échéance d'un an d'adhésion à condition qu'il soit toujours adhérent.



Où suis-je couvert(e) ?

✓ Dans le monde entier



Quelles sont mes obligations ?

À l'adhésion au règlement :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion,
- Fournir tous les documents justificatifs demandés,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours d'adhésion :

- Informer Orphéopolis en cas de changement d'adresse, de coordonnées bancaires ou de situation familiale.
- Payer les cotisations à leurs échéances.

En cas de sinistre :

- Déclarer tout sinistre à Orphéopolis dans les délais prévus au règlement,
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations,
- En cas de décès du membre participant, les proches et/ou bénéficiaires doivent établir un dossier d'indemnisation tel que décrit dans le règlement.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et due à échéance jusqu'au terme du contrat mais le paiement peut être fractionné selon les modalités suivantes :

- Soit par prélèvement bancaire ou postal, mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel,
- Soit par paiement par carte bancaire, mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel,
- Soit par paiement par chèque annuel, auprès du siège administratif de la mutuelle suite à appel à cotisation.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet le jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion, pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours.

L'adhésion se poursuit annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier sauf cas de résiliation prévus ci-après. Elle prend fin automatiquement le dernier jour des 65 ans de l'adhérent et/ou en cas de décès de celui-ci.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Résiliation par l'adhérent :

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile, soit le 31 octobre au plus tard.

La résiliation de l'adhésion prend effet le 1^{er} janvier, à zéro heure, de l'année suivante. Cette résiliation met fin à toutes les garanties prévues au contrat.

Résiliation par la Mutuelle :

La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion en cas de non paiement des cotisations.

La mutuelle met fin à l'adhésion automatiquement le dernier jour des 65 ans du membre participant.

La mutuelle met fin à l'adhésion en cas de décès du membre participant.

Assurance Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Orphéopolis

Produit : Offre « Famille »



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

L'offre « Famille » est un contrat d'assurance prévoyance ayant pour objet le versement d'un capital obsèques et d'un capital décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'assuré.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Garanties systématiquement prévues

Décès :

- ✓ Versement d'un capital forfaitaire de 20 000 euros en cas de décès du membre participant et désignation libre du bénéficiaire.

Obsèques :

- ✓ Versement d'un capital forfaitaire de 4 000 euros pour couvrir les frais d'obsèques en cas de décès du membre participant ou de son conjoint.

Rente éducation :

- ✓ Versement d'une rente annuelle de 2 400 euros pour les orphelins d'un ou deux parents et âgés de moins de 18 ans au moment du décès ou moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études.

Prime au mariage :

- ✓ Versement d'une prime de 150 euros en cas de mariage du membre participant (dans la limite d'un mariage).

Prime au couffin :

- ✓ Versement d'une prime de 165 euros pour toute naissance d'un enfant du membre participant ou toute adoption au sein de sa famille.



Qu'est-ce qui n'est assuré ?

- ✗ Pas d'avance de capital pour le paiement des frais d'obsèques.
- ✗ Pas de garantie rente de conjoint.
- ✗ Les membres participants âgés de plus de 65 ans.
- ✗ Les événements survenus en dehors de la période de validité du contrat.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions

Garantie décès :

- ! Pas de versement du capital décès en cas de suicide du membre participant intervenu avant le premier anniversaire de l'adhésion.
- ! Pas de versement du capital décès en cas de décès de l'assuré intervenu avant le premier anniversaire de l'adhésion sauf en cas d'accident ou de décès imputables au service.

Garantie obsèques :

- ! Pas de versement du capital décès en cas de suicide du membre participant intervenu avant le premier anniversaire de l'adhésion.
- ! Si le décès du membre participant survient avant celui de son conjoint, le capital obsèques sera versé uniquement pour le décès du membre participant.
Aucun capital ne sera versé à la mort du conjoint intervenue postérieurement.

Rente éducation :

- ! Pas de versement de la rente éducation en cas de suicide du membre participant intervenu avant le premier anniversaire de l'adhésion.
- ! Pas de rente éducation pour les enfants non légitimes et/ou non-reconnus par le membre participant.
- ! Pas de rente éducation pour les enfants du membre participant décédé après l'âge de 66 ans et/ou hors période de couverture.
- ! Sont exclus les bénéficiaires âgés de plus de 25 ans.

Principales restrictions

Garantie obsèques :

- ! Capital d'un montant forfaitaire et définitif. Le capital versé est susceptible d'être insuffisant pour couvrir la totalité des frais d'obsèques et ne peut être utilisé à d'autres fins.

Prime au mariage :

- ! Pour le membre participant adhérent depuis moins d'un an au moment du mariage, versement de la prime à l'échéance d'un an d'adhésion à condition qu'il soit toujours adhérent.
- ! Prime versée dans la limite d'un mariage.

Prime au couffin :

- ! Pour le membre participant adhérent depuis moins d'un an au moment de la naissance, versement de la prime à l'échéance d'un an d'adhésion à condition qu'il soit toujours adhérent.



Où suis-je couvert(e) ?

✓ Dans le monde entier



Quelles sont mes obligations ?

À l'adhésion au règlement :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion,
- Fournir tous les documents justificatifs demandés,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours d'adhésion :

- Informer Orphéopolis en cas de changement d'adresse, de coordonnées bancaires ou de situation familiale.
- Payer les cotisations à leurs échéances

En cas de sinistre :

- Déclarer tout sinistre à Orphéopolis dans les délais prévus au règlement,
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations,
- En cas de décès du membre participant, les proches et/ou bénéficiaires doivent établir un dossier d'indemnisation tel que décrit dans le règlement.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et due à échéance jusqu'au terme du contrat mais le paiement peut être fractionné selon les modalités suivantes :

- Soit par prélèvement bancaire ou postal, mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel,
- Soit par paiement par carte bancaire, mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel,
- Soit par paiement par chèque annuel, auprès du siège administratif de la mutuelle suite à appel à cotisation.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet le jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion, pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours.

L'adhésion se poursuit annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier sauf cas de résiliation prévus ci-après. Elle prend fin automatiquement le dernier jour des 65 ans de l'adhérent et/ou en cas de décès de celui-ci.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Résiliation par l'adhérent :

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile, soit le 31 octobre au plus tard.

La résiliation de l'adhésion prend effet le 1^{er} janvier, à zéro heure, de l'année suivante. Cette résiliation met fin à toutes les garanties prévues au contrat.

Résiliation par la Mutuelle :

La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion en cas de non paiement des cotisations.

La mutuelle met fin à l'adhésion automatiquement le dernier jour des 65 ans du membre participant.

La mutuelle met fin à l'adhésion en cas de décès du membre participant.

Document d'information sur le produit d'assurance

Assuré par : MUTUELLE DES SPORTIFS (MDS) 2/4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Mutuelle immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro Siren n° 422 801 910

Souscrit par OMPN-P Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale – Prévoyance, dont le siège est situé 44 rue Roger Salengro - Fontenay sous-bois 94120 - Mutuelle soumise au livre II du code de la Mutualité, reconnue d'utilité publique, et immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro Siren 775 662 158

Produit : Forfait immédiat invalidité grave et frais de soins immédiats

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation contractuelle et la notice d'information détaillée.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

« Forfait immédiat invalidité grave et frais de soins immédiats » est un contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par OMPN-P pour l'ensemble de ses adhérents, destiné à garantir le versement d'un capital en cas d'invalidité suite à accident et d'un capital santé suite à accident corporel, survenus pendant des activités professionnelles, sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le montant des prestations figure dans la documentation contractuelle, indiquant l'étendue et les plafonds de couverture.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Versement d'un Capital Invalidité de 105.000€ après expertise médicale, en cas d'invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 51%, suite à accident survenu pendant les activités garanties.**
- ✓ **Versement d'un capital santé d'un montant maximal de 800€ dans la limite des frais réels restants à charge de l'assuré, directement liés et consécutifs à un accident survenu pendant les activités garanties.**
 - Les frais pharmaceutiques, médicaux ou chirurgicaux,
 - Les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
 - Les lunettes et les lentilles dans la limite d'un forfait de 100 € par accident,
 - Les dents fracturées,
 - Les prothèses déjà existantes nécessitant une réparation ou un remplacement,
 - Les frais de premier transport du lieu de l'accident à celui de l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins,
 - Les frais de transport des accidentés de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles ou au lieu des soins prescrits médicalement et ce, dans la limite de 0.25 € par km,
 - En cas d'hospitalisation la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision etc... ne sont pas pris en compte) et/ou le coût d'un parent accompagnant si le blessé a moins de 12 ans,
 - Les frais d'ostéopathie, sous réserve que les soins soient pratiqués par un Médecin praticien
 - Et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un Médecin praticien.

Les mentions précédées d'une coche verte sont des garanties systématiquement prévues.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les événements survenus en-dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les événements survenant suite à maladie.
- ✗ L'invalidité professionnelle pour la garantie Capital Invalidité
- ✗ Les personnes n'ayant pas la qualité d'assuré au contrat.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! les maladies et leurs conséquences, notamment les maladies professionnelles reconnues par la Sécurité Sociale,
- ! Les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- ! Les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'assuré a pris une part active, en dehors de son activité professionnelle,
- ! Les accidents qui résultent de la participation de l'assuré à des rixes, sauf en cas de légitime défense ou assistance à personne en danger, sauf dans le cadre de son activité professionnelle,
- ! Les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,
- ! Les accidents résultant de l'usage de drogues ou de stupéfiants par l'assuré, ou sous un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 gramme par litre de sang,

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Le remboursement des frais de soins de santé s'effectue dans la limite de frais réels restant à charge, après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire et/ou complémentaire dont l'assuré bénéficie.
- ! Les invalidités fonctionnelles inférieures ou égales à 50% ne sont pas garanties,
- ! Pour l'appréciation du taux d'invalidité de la garantie «Forfait immédiat Invalidité grave», c'est le barème d'invalidité fonctionnelle du Concours Médical qui sera utilisé. Il ne sera en aucun cas tenu compte des préjudices annexes (ex : pretium doloris, préjudice esthétique...).



Où suis-je couvert ?

- ✓ Dans le monde entier.



Quelles sont mes obligations ?

- ✓ **Obligations du souscripteur OMPN - P :**
 - Régler les cotisations conformément aux montants et échéances prévus(es) contractuellement, sous peine de suspension ou de résiliation du contrat
 - Déclarer toutes les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux.
- ✓ **Obligations de l'assuré :**
 - Pour l'ensemble des garanties, respecter les délais de déclaration et fournir les justificatifs nécessaires à leur mise en œuvre.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations doivent être réglées aux échéances prévues au contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- ✓ **A l'égard du souscripteur OMPN-P :**
 - La couverture commence à la date fixée au contrat, dont les dispositions précisent son échéance annuelle et ses conditions de renouvellement.
- ✓ **A l'égard de l'assuré :**
 - La couverture est acquise dès l'adhésion (ou le renouvellement de celle-ci) auprès d'OMPEN-P (et pendant la durée de validité de cette adhésion).



Comment puis-je résilier le contrat ?

- ✓ **Pour OMPN-P :**

Le contrat peut être résilié par OMPN-P et/ou la MDS, par lettre recommandée avec avis de réception, selon le préavis indiqué au contrat.
- ✓ **Pour l'assuré :**

S'agissant des garanties systématiquement prévues, l'assuré peut y renoncer dans les conditions prévues au contrat.

Assurances **Forfait immédiat invalidité grave** et **Frais de soins immédiats**

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT n° 2222

*Contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire souscrit
par OMPN-p auprès de la Mutuelle des Sportifs
conformément à l'article L 221-3 du Code de la Mutualité*

CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Il a pour objet de garantir aux assurés tels que définis à l'article 2.1 le règlement de prestations complémentaires lors de la survenance d'accidents résultant de la pratique d'activités professionnelles, sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante.

ARTICLE 2 : DÉFINITIONS

2.1 : Assurés :

Sont assurés tous les adhérents personnes physiques membres d'OMPN-p.

2.2 : Activités garanties :

Ce sont toutes les activités professionnelles, sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs, de la vie courante.

- Par activité professionnelle il faut entendre la somme des actes ou prestations rémunérées définies par contrat, avec lien de subordination et accomplie pour autrui par une personne dans le but de subvenir à son existence.
- Par activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante, il faut entendre toute activité non lucrative, pratiquée à domicile ou à l'extérieur, exercée librement. Sont notamment couvertes: les activités scolaires, universitaires, les sorties culturelles, le bricolage, le jardinage, la cuisine etc...

L'activité garantie peut être pratiquée 7 jour/7, 24h/24 et dans le monde entier, sous réserve que les séjours à l'étranger n'excèdent pas 90 jours. Les séjours et/ou stages à l'étranger organisés dans un cadre institutionnel scolaire et/ou universitaire sont néanmoins admis dans la limite d'une année calendaire.

2.3 : Accidents garantis :

Ce sont les accidents corporels survenus pendant les activités garanties ci-dessus définies.

- Par accident corporel, il faut comprendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, telle qu'un choc, une électrocution, l'hydrocution, la noyade ou autre.
- S'agissant d'une activité professionnelle, seuls sont couverts les accidents du travail reconnus par la Sécurité Sociale.
- L'accident corporel se distingue ainsi de la maladie qui n'entre jamais dans le champ d'application du contrat.

2.4 : Invalidité permanente totale ou partielle :

L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'il est privé définitivement de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles.

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

Pour l'appréciation du taux d'invalidité de la garantie B « Forfait immédiat Invalidité grave », c'est le barème du concours médical qui sera utilisé (Cf. article 2.5 ci-dessous). Il ne sera en aucun cas tenu compte des préjudices annexes (ex : pretium doloris, préjudice esthétique...).

2.5 : Barème du concours médical :

Il s'agit du barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun édité par « LE CONCOURS MÉDICAL ».

ARTICLE 3 : GARANTIES

3.1 : Garantie A : Frais de soins immédiats :

Cette garantie prévoit en cas d'accident survenu en cours d'assurance et pendant les activités garanties la mise à disposition d'un capital santé d'un montant maximal de 800 €.

Ce capital santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.

L'assuré peut, sur justificatifs, et dans la limite des frais réels restant à charge, après remboursement par le régime de sécurité sociale, d'OMP-N-p et de tout régime de prévoyance-santé complémentaire, disposer de ce capital pour toutes les dépenses suivantes sous la réserve expresse qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

- Les frais pharmaceutiques, médicaux ou chirurgicaux,
- Les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- Les lunettes et les lentilles dans la limite d'un forfait de 100 € par accident,
- Les dents fracturées,
- Les prothèses déjà existantes nécessitant une réparation ou un remplacement,
- Les frais de premier transport du lieu de l'accident à celui de l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins,
- Les frais de transport des accidentés de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles ou au lieu des soins prescrits médicalement et ce, dans la limite de 0.25 € par km,
- En cas d'hospitalisation la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision etc... ne sont pas pris en compte) et/ou le coût d'un parent accompagnant si le blessé a moins de 12 ans,
- Les frais d'ostéopathie, sous réserve que les soins soient pratiqués par un Médecin praticien
- Et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un Médecin praticien.

La Mutuelle des Sportifs arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'assuré.

3.2 – Garantie B : Forfait immédiat invalidité grave :

En cas d'accident survenu pendant les activités garanties et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident peut entraîner des conséquences graves et irréversibles (notamment tétraplégie, paraplégie) et/ou des séquelles de traumatismes crâniens graves, et/ou des séquelles d'accidents cérébrovasculaires, et que dans ces conditions le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 51%, la MDS verse au plus tard dans les 4 mois de la blessure un capital forfaitaire immédiat de 105 000 €.

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle prévisible. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle. Le forfait de 105 000 € est attribué une seule fois à titre forfaitaire et définitif et ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 51 %.

En revanche, si le taux d'invalidité prévisible retenu à l'occasion de la première expertise (effectuée dans les 4 mois de l'accident) n'avait pas atteint un taux supérieur ou égal à 51 % et que le blessé a connu une aggravation de son état et atteint ce taux de 51 % à sa consolidation, le forfait de 105 000 € lui est alors versé.

La MDS cesse en tout état de cause ses prestations à la consolidation du blessé.

Expertise médicale

Dans tous les cas d'invalidité grave et préalablement à tout versement, une expertise médicale est diligentée par le médecin conseil désigné par la MDS dans un délai maximal de 4 mois après la survenance de l'accident.

En cas de désaccord entre les conclusions du médecin de l'assuré et de celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné par protocole signé d'un commun accord par les parties.

À défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal de grande instance.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par chacune des deux parties afin que soit garantie son indépendance et son impartialité.

ARTICLE 4 : EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- **Les maladies et leurs conséquences, notamment les maladies professionnelles reconnues par la Sécurité Sociale,**
- **Les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,**
- **Les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'assuré a pris une part active, en dehors de son activité professionnelle,**
- **Les accidents qui résultent de la participation de l'assuré à des rixes, sauf en cas de légitime défense ou assistance à personne en danger, sauf dans le cadre de son activité professionnelle,**
- **Les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,**
- **Les accidents résultant de l'usage de drogues ou de stupéfiants par l'assuré, ou sous un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 gramme par litre de sang,**
- **Les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.**

ARTICLE 5 : OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

5.1 – Déclaration d'accident :

Sauf cas de force majeure tout accident résultant de la pratique d'une des activités garanties doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire type adressé sous pli cacheté au médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs. Cette déclaration devra être accompagnée du certificat médical initial descriptif du médecin ayant constaté l'accident. La non déclaration ou la déclaration passée le délai ci-dessus, entraîne la déchéance, dans la mesure où le retard non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice à la Mutuelle des Sportifs. En cas de non déclaration par l'assuré de la modification du risque celui-ci s'expose à la déchéance de garantie.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix.

5.2 – Pièces à fournir pour bénéficiaire de la garantie A - Frais de soins immédiats :

Pour bénéficiaire de prestations au titre du capital Immédiats, l'assuré doit outre les obligations mentionnées au 5.1 ci-dessus fournir les pièces ci-dessous :

- copie des bordereaux de la Sécurité Sociale et/ou du régime de prévoyance ou de santé obligatoire,
- les copies des prescriptions médicales,
- les factures éventuelles.

En cas de nécessité, la M.D.S. demandera tout justificatif utile.

5.3 – Pièces à fournir pour bénéficiaire de la garantie B - Forfait Immédiat Invalidité Grave

Pour bénéficiaire des prestations au titre du forfait immédiat invalidité grave capital, l'assuré doit outre les obligations mentionnées au 5.1 ci-dessus fournir sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil de la Mutuelle des Sportifs :

- un certificat médical qui devra préciser s'il y a lieu de craindre des séquelles invalidantes graves.

Au vu du certificat médical, le médecin conseil de la MDS diligentera une expertise dans un délai maximal de 4 mois après la survenance de l'accident.

ARTICLE 6 : DROIT DE CONTRÔLE ET EXPERTISE

La Mutuelle des Sportifs se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux et des notifications fournis par l'assuré.

Pour ce faire, des médecins délégués de la M.D.S. ont libre accès auprès de l'assuré pour procéder à tout contrôle ou toute expertise ; de son côté, l'assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par un médecin.

Si l'assuré s'y refusait, il perdrait tout droit aux prestations pour l'accident en cause. En cas de désaccord entre le médecin et l'assuré et celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné d'un comme un accord par les parties.

À défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal compétent de Paris.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son Médecin.

Les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par les deux parties.

ARTICLE 7 : REPRÉSENTATION DES ADHÉRENTS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA M.D.S.

Les adhérents d'OMPNI-p bénéficiant du présent contrat deviennent membres participants de la M.D.S.

Ils reçoivent gratuitement un exemplaire des statuts de la M.D.S.

Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 et 14 des statuts susvisés, leur représentation à l'assemblée générale de la M.D.S est organisée comme suit :

- OMPNI-p constitue une section de vote qui doit élire un délégué et un délégué suppléant à l'assemblée générale de la M.D.S,
- La M.D.S. prend acte du processus démocratique et réglementé des élections organisées au sein d'OMPNI-prévoyance et reconnaît comme légitime l'élection des délégués par les membres de son Conseil d'Administration.
- OMPNI-p s'engage à communiquer à la M.D.S. sur simple demande de cette dernière, toute information susceptible de déterminer exactement le nombre des adhérents cotisants, et notamment la liste nominative de ses affiliés, l'exactitude de cette liste présentant un caractère déterminant pour la régularité de l'organisation des Assemblées Générales de la M.D.S.

ARTICLE 8 : PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement dont le responsable est la Mutuelle des Sportifs et dont la finalité porte pour la gestion de la garantie décrite ci-avant.

Ces données seront conservées pour les durées nécessaires à la réalisation des finalités énumérées ci-dessus et conformément aux obligations légales et réglementaires.

La personne concernée dispose, conformément à la réglementation en vigueur, d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement, de limitation, d'un droit à la portabilité et d'un droit de donner des instructions relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données après son décès, droits qui peuvent être exercés :

- par voie électronique à l'adresse suivante RGPD@mutuelle-des-sportifs.com,
- par voie postale à l'adresse du siège social de la Mutuelle des Sportifs, en précisant ses nom, prénom, adresse postale et en joignant une copie recto-verso de sa pièce d'identité.

En cas de contestation portant sur le traitement, une réclamation peut être adressée à la CNIL par la personne concernée, en ligne ou par voie postale.

ARTICLE 9 : RÉCLAMATION / MÉDIATION

9.1. - Garanties Individuelle Accident :

En cas de désaccord sur l'application des garanties de la M.D.S., l'assuré peut présenter sa réclamation au Service Réclamations de la M.D.S. :

- par voie postale à : MUTUELLE DES SPORTIFS – Service Réclamations – 2/4 rue Louis David – 75782 Paris Cedex 16
- par messagerie électronique à : reclamations@grpmds.com
- par télécopie au : 01.53.04.86.10 par téléphone au : 01.53.04.86.30 (numéro non surtaxé) ; dans ce dernier cas, une confirmation écrite du réclamant doit être adressée au Service Réclamations.

Le Service Réclamations s'engage à :

- accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation écrite, sauf si la réponse est apportée dans ce délai,
- tenir le réclamant informé du déroulement du traitement de sa réclamation,
- traiter la réclamation dans le délai maximal de 2 mois à compter de la réception de la réclamation écrite.

Si le désaccord subsiste après examen de la réclamation, l'assuré a la faculté de saisir le Médiateur de la consommation auprès du Groupe MDS en formulant sa demande, par voie postale sous pli confidentiel à l'adresse suivante : Monsieur Philippe BORGAT (PhB expertise et conseil),

Médiateur de la consommation auprès du Groupe M.D.S. – 6 rue Bouchardon – 75010 PARIS, ou par voie de dépôt en ligne d'une demande de médiation sur le site du Médiateur : <http://mediation.mutuelle-des-sportifs.com>.

Le Médiateur intervient selon les modalités et dans les limites définies dans la Charte de la Médiation de la consommation auprès du Groupe MDS, charte dont une copie est communiquée à l'assuré sur simple demande de sa part adressée au Service Réclamations.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas à l'assuré qui conserve la faculté de saisir le tribunal compétent afin de le faire statuer sur le litige qui l'oppose à la M.D.S.

Si le désaccord persiste, l'assuré peut saisir la Médiation de l'Assurance par courrier à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

ARTICLE 10 : PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription peut être interrompue par l'une des conditions prévues par le Code de la Mutualité par l'envoi d'une lettre recommandée avec de réception.

ARTICLE 11 : AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R) - 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09

Tout formulaire non original, incomplet, raturé, contenant plusieurs écritures ou l'utilisation de stylos différents ou du correcteur ne sera pas pris en compte par notre organisme ; ceci aura pour conséquence l'application de la clause-type de désignation de bénéficiaires figurant dans votre bulletin d'adhésion en attendant la réception de votre part d'une nouvelle désignation valide.

1. IDENTITÉ DES BÉNÉFICIAIRES

DÉSIGNATION NOMINATIVE OU DÉSIGNATION PAR LA QUALITÉ

Désignation nominative : Pour éviter toute ambiguïté, il convient d'indiquer clairement pour chaque personne désignée son nom, son prénom, ainsi que tout autre information pouvant faciliter son identification (ex : sa date et lieu de naissance).

Exemple : « Mme X, née le 25 janvier 1976 à Paris ».

Si vous désignez nominativement votre conjoint (ou concubin ou partenaire de PACS), le capital décès lui sera versé, même si au jour de votre décès, il n'a plus le statut de conjoint.

Si vous désignez nominativement vos enfants, le capital décès leur sera versé. Ceux nés postérieurement à la rédaction de votre désignation de bénéficiaire en seront exclus.

Désignation par la qualité : Si vous indiquez la qualité ou le lien de parenté, veuillez ne pas indiquer de date/lieu de naissance.

Exemple : « Mon conjoint », « Ma concubine », « Mes enfants ».

Ces qualités de conjoint, partenaire de PACS ou concubin seront appréciées au jour de votre décès.

En cas de désignation du conjoint, afin d'éviter tout conflit lié à une séparation en cours au moment du décès, vous pouvez préciser : « **mon conjoint au jour de mon décès à condition qu'il n'y ait pas eu séparation judiciaire de corps ou début de procédure judiciaire de divorce** ».

En cas de désignation des enfants : Afin de ne pas exclure vos enfants nés postérieurement à la rédaction de votre désignation de bénéficiaire, la formule « **mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés** » permet de désigner en tant que bénéficiaires du capital tous les enfants nés avant le décès ainsi que ceux à naître, c'est-à-dire conçus à la date du décès. La formule « présents ou représentés » permet aux héritiers (en général les petits-enfants) d'un enfant décédé de percevoir la fraction de capital revenant à l'enfant décédé.



ATTENTION : à la fin de votre clause personnalisée, il est important d'insérer la mention « à défaut, mes héritiers ».

2. ORDRE DE PRIORITÉ ET/OU RÉPARTITION DU CAPITAL

Désignation en tenant compte d'un ordre de priorité : Vous pouvez définir un ordre de priorité lors de la rédaction de désignation de bénéficiaire (en insérant la mention « à défaut » avant le nom de chaque bénéficiaire subséquent). Ainsi, si la première personne désignée décède de manière anticipée ou renonce au capital, celui-ci sera versé à la personne suivante.

Exemple : « Mon conjoint, à défaut ma mère, à défaut mes enfants nés ou à naître ».

Désignation simultanée avec répartition du capital : En cas de désignation simultanée de plusieurs personnes, il convient de préciser la répartition du capital souhaitée dans la limite de 100% du capital.

Exemple : « Mme X née le 25 janvier 1976 pour 60% du capital et M. Y né le 12 mars 1980 pour 40% du capital ».

Désignation avec ordre de priorité et répartition : vous pouvez prévoir un ordre de priorité ainsi qu'une répartition du capital entre les bénéficiaires.

Exemple : « Mme X née le 25 janvier 1976, à défaut, M. Y né le 12 mars 1980 pour 50% et M.Z né le 30 avril 1984 pour 50% ».

En l'absence de priorité ou de répartition du capital, le capital sera réparti par part égales entre les bénéficiaires désignés.

3. L'ACCEPTATION DES BÉNÉFICIAIRES

En cas d'acceptation de sa (leur) désignation par le(s) bénéficiaire(s) dans les conditions prévues par **l'article L.223-11 du Code de la mutualité**, la désignation devient irrévocable et ne pourra être modifiée qu'avec l'accord du bénéficiaire acceptant.

Nous vous recommandons de garder une copie du présent document. Attention en cas de modification de votre situation personnelle ou familiale, n'oubliez pas si nécessaire de modifier cette désignation.



Pour des raisons de confidentialité, seul l'assuré peut demander des informations sur sa clause bénéficiaire.

STATUTS ET RÈGLEMENTS

OMPEN-prévoyance règlement intérieur
statuts règlement mutualiste
OMPEN-assistance règlement mutualiste
règlement intérieur **statuts**
Les Œuvres d'Orphéopolis statuts
règlement d'actions sociales règlement intérieur



ÉDITION 2021

OMPEN-ASSISTANCE



Statuts



Règlement mutualiste



Règlement intérieur

Statuts

Actualisés en assemblée générale les 13 et 14 octobre 2020

SOMMAIRE

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

CHAPITRE I^{er} : Formation et objet de la mutuelle

- ART. 11.1 : Dénomination et siège de la mutuelle
- ART. 11.2 : Objet de la mutuelle
- ART. 11.3 : Montant du fonds d'établissement
- ART. 11.4 : Règlement intérieur
- ART. 11.5 : Règlement mutualiste
- ART. 11.6 : Respect de l'objet de la mutuelle

CHAPITRE II : Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

Section 1 : Adhésion

- ART. 12.1 : Catégories de membres
- ART. 12.1.1 : Les membres participants
- ART. 12.1.2 : Les membres honoraires

Section 2 : Démission, radiation et exclusion

- ART. 12.2 : Démission
- ART. 12.3 : Radiation
- ART. 12.4 : Exclusion
- ART. 12.5 : Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

Section 3 : Cotisations et contributions

- ART. 12.6 : Cotisations et contributions

TITRE II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I^{er} : Assemblée générale

Section 1 : Composition, élections

- ART. 21.1 : Section de vote
- ART. 21.2 : Composition de l'assemblée générale
- ART. 21.3 : Élections des délégués
- ART. 21.4 : Vacance en cours de mandat d'un délégué de section de vote
- ART. 21.5 : Nombre de délégués à l'assemblée générale
- ART. 21.6 : Empêchement

Section 2 : Réunions et attributions de l'assemblée générale

- ART. 21.7 : Convocation annuelle
- ART. 21.8 : Autres convocations
- ART. 21.9 : Modalités de convocation de l'assemblée générale
- ART. 21.10 : Ordre du jour
- ART. 21.11 : Compétences de l'assemblée générale
- ART. 21.12 : Règles de quorum et de majorité pour les votes de l'assemblée générale
- ART. 21.13 : Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale
- ART. 21.14 : Délégation de pouvoir de l'assemblée générale

CHAPITRE II : Conseil d'administration

Section 1 : Composition, élections

- ART. 22.1 : Composition
- ART. 22.2 : Présentation des candidatures
- ART. 22.3 : Conditions d'éligibilité
- ART. 22.4 : Modalités des élections
- ART. 22.5 : Durée du mandat
- ART. 22.6 : Renouvellement du conseil d'administration
- ART. 22.7 : Vacance

Section 2 : Réunions du conseil d'administration

- ART. 22.8 : Réunions
- ART. 22.9 : Représentation des salariés au conseil d'administration
- ART. 22.10 : Délibérations du conseil d'administration

Section 3 : Attributions du conseil d'administration

- ART. 22.11 : Compétences du conseil d'administration
- ART. 22.12 : Délégations d'attributions par le conseil d'administration
- ART. 22.13 : Nomination d'un directeur général
- ART. 22.14 : Délégations de pouvoir au directeur général

Section 4 : Statut des administrateurs

- ART. 22.15 : Indemnités versées aux administrateurs
- ART. 22.16 : Remboursement des frais des administrateurs
- ART. 22.17 : Situation et comportements interdits aux administrateurs
- ART. 22.18 : Obligations des administrateurs
- ART. 22.19 : Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du conseil d'administration
- ART. 22.20 : Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information
- ART. 22.21 : Conventions interdites
- ART. 22.22 : Responsabilité civile des administrateurs

CHAPITRE III : Président, vice-président, secrétaire général, trésorier général

- ART. 23.1 : Élection et révocation du président, du vice-président, du secrétaire général et du trésorier général
- ART. 23.2 : Vacance de la présidence
- ART. 23.3 : Missions du président
- ART. 23.4 : Le vice-président
- ART. 23.5 : Le secrétaire général
- ART. 23.6 : Le trésorier général

CHAPITRE IV : Organisation financière

Section 1 : Exercice social

- ART. 24.1 : Exercice social

Section 2 : Produits et charges

- ART. 24.2 : Les produits
- ART. 24.3 : Les charges
- ART. 24.4 : Vérifications préalables

Section 3 : Mode de placements et de retraits des fonds - Règles de sécurité financière

- ART. 24.5 : Placements et retraits des fonds

Section 4 : Commissaires aux comptes

- ART. 24.6 : Commissaire aux comptes

TITRE III : INFORMATIONS DES ADHÉRENTS

- ART. 30.1 : Étendue de l'information

TITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES

- ART. 40.1 : Dissolution volontaire et liquidation
- ART. 40.2 : Interprétation
- ART. 40.3 : Informatique et libertés
- ART. 40.4 : Médiation
- ART. 40.5 : Mandataires mutualistes

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

CHAPITRE I^{er} – Formation et objet de la mutuelle

ART. 11.1 : Dénomination et siège de la mutuelle

Il est créé une mutuelle dénommée Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-assistance, OMPN-a, personne de droit privé à but non lucratif, régie par les livres I et III du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro : 442 750 303, dédiée aux réalisations sociales et culturelles.

Le siège social est situé : 44, rue Roger Salengro - 94126 Fontenay-sous-Bois Cedex.

ART. 11.2 : Objet de la mutuelle

La mutuelle a pour objet :

1° - de pratiquer la sauvegarde de l'enfance et de la famille par une solidarité morale entre tous ses membres et leurs familles,

- de venir en aide moralement et matériellement aux orphelins, veufs ou veuves de ses adhérents,

- de procurer à ses pupilles une situation en rapport avec leurs aptitudes,

- d'assurer le soutien et le développement moral de ses membres participants, leurs conjoints et enfants à charge,

2° d'acquiescer, gérer ou financer :

a) des villages d'enfants où sont admis des enfants dans les conditions prévues au règlement mutualiste,

b) des établissements contribuant à l'aide, sous toutes ses formes, à l'enfance en difficulté,

c) des centres de repos, de vacances ou de loisirs à l'usage des enfants orphelins et des enfants de membres participants,

d) tous autres établissements dont la création s'avérerait nécessaire à la poursuite ou l'amélioration des buts ainsi définis,

3° d'accorder différentes aides et prestations définies au règlement mutualiste,

4° d'offrir ses services aux membres participants d'autres mutuelles ou unions régies par le Code de la mutualité par convention passée directement avec ces mutuelles ou unions ou par convention passée avec les unions ou fédérations auxquelles elles adhèrent,

5° d'offrir ses services à des tiers autres que ceux visés au 4° du présent article par convention passée avec ces tiers dans les conditions fixées par voie réglementaire,

6° de pouvoir passer convention avec toute mutuelle ou union régie par le Code de la mutualité afin de faire bénéficier ses membres participants et leurs ayants droit de ses services.

La mutuelle peut créer ou adhérer à une union de groupe mutualiste (UGM) prévue à l'article L.111-4-1 du Code de la mutualité ou à une union relevant de L.114-4-3 du Code de la mutualité.

ART. 11.3 : Montant du fonds d'établissement

La mutuelle est dotée d'un fonds d'établissement fixé à la valeur initiale de trois millions d'euros.

Son montant pourra être modifié, par la suite, suivant les besoins, par décision de l'assemblée générale, sur proposition du conseil d'administration.

ART. 11.4 : Règlement intérieur

Un règlement intérieur est établi par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale. Il détermine les conditions de fonctionnement de la mutuelle et de ses réalisations sociales et culturelles.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine assemblée générale.

ART. 11.5 : Règlement mutualiste

En application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité, un règlement mutualiste est adopté par le conseil d'administration. Il définit le contenu des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

ART. 11.6 : 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 et s'engagent à respecter les principes inscrits dans la charte de la Mutualité Française.

CHAPITRE II – Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

Section 1 : Adhésion

Le Groupe Orphéopolis composé de l'OMPN-a, l'OMPN-p et des Œuvres d'Orphéopolis est mu par une histoire commune et une même finalité d'intérêt général.

Dès lors, toute adhésion à une offre « solo », couple » ou « famille » de l'OMPN-a entraîne automatiquement l'adhésion à l'ensemble des entités du Groupe Orpheopolis aux conditions mentionnées aux présents statuts, règlement mutualiste et règlement intérieur.

ART. 12.1 : Catégories de membres

La mutuelle se compose, d'une part, de membres participants et d'autre part, de membres honoraires.

ART. 12.1.1 : Les membres participants

A) Catégories de membres participants

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle.

Les membres participants se répartissent en cinq groupes :

Groupe 1 :

- les fonctionnaires et personnels qui se trouvent dans les positions prévues par le statut général de la fonction publique d'activité, de détachement, hors cadres, d'activités dans la réserve nationale, de congé parental et dont la gestion habituelle administrative et/ou opérationnelle relève du ministère de l'Intérieur,

- les divers personnels des polices municipales qui se trouvent dans les positions prévues par le statut général de la fonction publique d'activité, de détachement, hors cadres, ou d'accomplissement des activités dans la réserve nationale, de congé parental, sous réserve de justification de leur appartenance à ce corps.

Groupe 2 :

- les emplois jeunes dont la gestion habituelle administrative et/ou opérationnelle relève ou relèvera sous un délai de six mois du ministère de l'Intérieur ou du champ des polices municipales.

- les orphelins majeurs reconnus par la mutuelle non placés sous un régime de tutelle ou de curatelle, entrés dans la vie active et ayant adhéré avant le 12 juin 2013.

Groupe 3 :

Les membres du groupe 1 qui s'acquittent de leur cotisation à la mutuelle :

- ayant fait valoir leur droit à la retraite,

- réformés.

Groupe 4 :

Les veufs et veuves de membres participants, les concubins veufs et concubines veuves dûment reconnus d'un membre participant, les partenaires pacsés veufs ou veuves d'un membre participant, qui s'acquittent de leur cotisation à la mutuelle et ayant adhéré avant le 12 juin 2013.

L'adhésion, sans condition d'âge, doit obligatoirement avoir lieu dans les deux ans qui suivent le décès du membre participant.

Groupe 5 :

Le parent survivant ou le représentant légal des enfants ayant perdu leur père ou leur mère qui, au jour de leur décès, n'était pas membre participant et exerçait comme :

- fonctionnaire du ministère de l'Intérieur rattaché à la direction générale de la police nationale ou à la préfecture de police de Paris.

- ou comme policier municipal.

En cas d'absence de parent survivant ou de désignation d'un représentant légal, un autre membre de la famille.

L'adhésion, sans condition d'âge, doit obligatoirement avoir lieu dans les douze mois qui suivent le décès.

B) Ayants droit

Les ayants droit des membres participants des cinq groupes précédemment définis sont les enfants reconnus orphelins par la mutuelle.

La mutuelle reconnaît comme orphelin :

1. Tout enfant de membre participant des groupes 1 à 4 définis au présent article qui perd, postérieurement à l'adhésion et avant d'avoir atteint l'âge de 25 ans, ses deux parents ou seulement l'un d'eux.

2. Tout enfant rattaché à un membre participant du groupe 5 défini au présent article, et qui a perdu, avant d'avoir atteint l'âge de 25 ans, un parent relevant du champ d'appartenance défini au dit groupe, à la suite d'un décès pour cause de service ou un suicide, ou par assassinat ou meurtre intervenu hors service.

3. Tout autre enfant, de moins de 18 ans, dont le représentant légal est membre participant du groupe 5 défini au présent article, et qui a perdu un parent pour toute autre cause que celles mentionnées à l'alinéa précédent.

C) Adhésion individuelle des membres participants

Acquièrent la qualité de membre participant à la mutuelle les personnes qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion, sans condition d'âge, et par le règlement de la cotisation afférente.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Les adhérents à un contrat individuel de type « solo », couple » ou « famille » perdent leur qualité d'adhérent de manière obligatoire au dernier jour de leurs 65 ans.

ART. 12.1.2 : Les membres honoraires

A) Catégories de membres honoraires

Les membres honoraires sont constitués :

a) des orphelins majeurs de membres participants, de leur conjoint, concubin dûment reconnu, ou partenaire pacsé non placés sous un régime de tutelle ou de curatelle, ne percevant plus de prestations de l'OMPNI-a, entrés dans la vie active et faisant acte d'adhésion à compter du 12 juin 2013.

b) des veufs et veuves de membres participants, les concubins veufs et concubines veuves dûment reconnus d'un membre participant, les partenaires pacsés veufs ou veuves d'un membre participant, qui s'acquittent de leur contribution à la mutuelle et ayant adhéré à compter du 12 juin 2013. L'adhésion, sans condition d'âge, doit obligatoirement avoir lieu dans les deux ans qui suivent le décès du membre participant.

c) des membres du groupe 1 qui s'acquittaient de leur cotisation et ayant quitté le champ de recrutement de la mutuelle sans quitter la fonction publique d'État ou des collectivités territoriales.

d) des personnes physiques ou morales qui versent une contribution, font des dons ou ont rendu des services équivalents. Elles ne peuvent bénéficier des prestations offertes par la mutuelle.

Les membres honoraires ne peuvent bénéficier des aides offertes par la mutuelle.

B) Adhésion des membres honoraires

Les membres honoraires, personnes physiques, ne sont soumis à aucune condition d'âge, de profession ou de nationalité.

L'adhésion des membres honoraires est décidée par le conseil d'administration.

La mutuelle se réserve le droit d'accepter ou de refuser l'adhésion d'un membre honoraire sans avoir à justifier son refus ou son acceptation.

Section 2 : Démission, radiation et exclusion

ART. 12.2 : Démission

La démission est donnée par écrit par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile.

La démission de la mutuelle et la perte de sa qualité d'adhérent dans les conditions et formes prévues au règlement mutualiste entraînent la renonciation par l'adhérent à la totalité des prestations servies par la mutuelle.

La démission prend effet à la fin de l'année civile au cours de laquelle elle a été notifiée à la mutuelle.

ART. 12.3 : Radiation

À défaut de paiement par le membre participant d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la mutuelle lui adresse une lettre recommandée par laquelle elle l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de la date d'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue, ainsi que des cotisations venues à l'échéance au cours dudit délai, entraîne la fin de l'adhésion et sa radiation.

Il peut toutefois être sursis par le conseil d'administration à l'application

de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer leur cotisation ou, le cas échéant, le droit d'adhésion.

Sont, par ailleurs, radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions d'admission prévues aux présents statuts, sous réserve du respect des stipulations inscrites dans le règlement mutualiste.

La radiation prend effet à la fin de l'année civile au cours de laquelle elle a été notifiée par le conseil d'administration à l'adhérent.

ART. 12.4 : Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient porté atteinte aux intérêts de la mutuelle ou qui refuseraient de se soumettre aux obligations prévues par les présents statuts.

Le conseil d'administration prononce l'exclusion d'un membre pour l'un des motifs visés à l'alinéa ci-dessus, la personne concernée ayant été préalablement invitée à présenter ses observations. Elle dispose d'un recours devant la prochaine assemblée générale.

ART. 12.5 : Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

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

Aucune prestation ne peut être servie après la date de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles liées à des ouvertures de droit tardives effectuées sur OMPNI-prévoyance.

Section 3 : Cotisations et contributions

ART. 12.6 : Cotisations et contributions

La mutuelle recouvre sa cotisation conjointement à celles de la mutuelle OMPNI-prévoyance, et de l'association les Œuvres d'Orphéopolis.

Les montants de la cotisation des membres participants et de la contribution des membres honoraires sont fixés en assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

Il est donné délégation au président de l'OMPNI-p pour exécution de leur recouvrement. La notification de leur montant est effectuée par courrier, ou par la voie du magazine d'Orphéopolis, ou par courriel ou par l'envoi d'un exemplaire du règlement mutualiste modifié adressé à la dernière adresse postale ou électronique connue.

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I^{er} – Assemblée générale

Section 1 : Composition, élections

ART. 21.1 : Section de vote

Tous les membres participants actifs et retraités de la mutuelle et les membres honoraires sont répartis en sections de vote.

La liste des sections est arrêtée par le conseil d'administration.

Sont électeurs dans chaque section, les membres participants et honoraires de la mutuelle remplissant les conditions suivantes :

- être rattaché à ladite section,
- être âgé d'au moins 16 ans au 1er janvier de l'année de l'élection,
- avoir fait acte d'adhésion selon les modalités des articles 12.1.2 et 12.3 des présents statuts au plus tard au 1er jour ouvrable du mois de janvier de l'année des élections,
- être à jour de ses cotisations (ou de son don ou contribution pour les membres honoraires).

Est éligible comme délégué à l'assemblée générale dans une section tout membre participant et honoraire :

- ayant la qualité d'électeur au sein de la section concernée, et étant âgé d'au moins 18 ans au 1er janvier de l'année de l'élection,
- étant à jour de ses cotisations (ou de son don ou contribution pour les membres honoraires),
- et ayant fait acte de candidature.

ART. 21.2 : Composition de l'assemblée générale

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote.

Chaque section est représentée à l'assemblée générale par tranche de 350 membres participants et membres honoraires, sur la base

des effectifs enregistrés au 1er janvier de l'année durant laquelle est organisée l'élection.

Dans le cas où les effectifs de la section auraient augmenté en cours de mandat sur la base du nombre de membres enregistrés au 1er janvier de l'année de l'élection, il est procédé au réajustement du nombre de délégués, pour la durée du mandat restant à courir, par titularisation du premier délégué suppléant.

Dans le cas où les effectifs de la section auraient diminué en cours de mandat sur la base du nombre de membres enregistrés au 1er janvier de l'année de l'élection, il est procédé au réajustement du nombre de délégués, pour la durée du mandat restant à courir, par suppression du dernier délégué titulaire qui devient le premier délégué suppléant. Le nombre de délégués suppléants est au plus égal au nombre de délégués titulaires, l'ordre de suppléance étant déterminé par le nombre de voix obtenues lors des précédentes élections de délégués. Dans le cas de la titularisation d'un délégué suppléant lors du réajustement du nombre de délégués par section, il n'est pas procédé à une nouvelle élection de suppléants jusqu'à la fin du mandat.

ART. 21.3 : Élections des délégués

Les membres participants et honoraires de chaque section de vote élisent parmi eux les délégués titulaires et suppléants à l'assemblée générale de la mutuelle. Ils sont élus pour quatre ans, en assemblée générale de section, à bulletins secrets, par voie électronique ou par correspondance, suivant le mode de scrutin uninominal à un tour. À titre exceptionnel, les délégués élus en 2017 ne sont élus que pour cinq ans. Le mandat de délégué titulaire ou suppléant est renouvelable et prend fin à l'ouverture de l'assemblée générale qui procède à l'approbation des comptes de la mutuelle et tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Le délégué titulaire, ou le délégué suppléant le remplaçant selon les modalités décrites à l'article 21.6 des statuts, doit être présent à l'assemblée générale de la mutuelle. Seuls les délégués ou leurs suppléants présents participent et votent aux assemblées générales de la mutuelle sans possibilité de vote par correspondance ou procuration. La perte de qualité de membre entraîne celle de délégué titulaire ou suppléant à l'assemblée générale.

ART. 21.4 : Vacance en cours de mandat d'un délégué de section de vote

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou par la perte de la qualité d'adhérent d'un délégué titulaire de section, celui-ci est remplacé par le premier délégué suppléant ayant obtenu le plus grand nombre de voix lors des précédentes élections de délégués. En l'absence de délégué suppléant, le poste reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

En cas de mutation sur une autre section de vote, il conserve son mandat jusqu'à l'achèvement du mandat de son prédécesseur.

ART. 21.5 : Nombre de délégués à l'assemblée générale

Les délégués titulaires constituent l'assemblée générale de la mutuelle. Chaque délégué ne dispose que d'une seule voix dans les votes à l'assemblée générale, conformément à l'article L. 114-6 alinéa 4 du Code de la mutualité.

ART. 21.6 : Empêchement

Le délégué titulaire empêché d'assister à l'assemblée générale est remplacé dans ses fonctions par le premier délégué suppléant ayant obtenu le plus grand nombre de voix lors des précédentes élections de délégués en application des articles 21.3 et 21.4 des présents statuts, et ainsi de suite.

Section 2 : Réunions et attributions de l'assemblée générale

ART. 21.7 : Convocation annuelle

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 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 désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation, le représentant légal de la mutuelle étant appelé pour cette audience.

ART. 21.8 : Autres convocations

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

1. La majorité des administrateurs qui composent le conseil ;
2. Le commissaire aux comptes ;
3. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, d'office ou à l'examen de la demande d'un ou plusieurs membres participants ;
4. Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, d'office ou à l'examen de la demande d'un ou plusieurs membres participants ;
5. Les liquidateurs.

ART. 21.9 : Modalités de convocation de l'assemblée générale

L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours, au moins, avant la date de sa réunion. La convocation est faite par lettre ordinaire ou par courrier électronique adressé à chaque délégué.

Est adressé aux délégués l'ensemble des documents leur permettant de se prononcer en toute connaissance de cause et de porter un jugement informé sur la gestion et la marche des affaires de la mutuelle. Lorsqu'une assemblée générale n'a pas pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde assemblée peut être convoquée, huit jours au moins à l'avance, dans les mêmes formes que la première. La convocation reproduit l'ordre du jour et la date de la première.

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.

ART. 21.10 : Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les délégués peuvent requérir l'inscription, à l'ordre du jour de l'assemblée générale, de projets de résolution dans les conditions prévues par décret.

L'assemblée ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Toutefois, elle peut en toutes circonstances :

- révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration,
- procéder à leur remplacement,
- prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier.

Il est établi un procès-verbal de la réunion de l'assemblée générale.

ART. 21.11 : Compétences de l'assemblée générale

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

II. L'assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

- 1° les statuts, le règlement mutualiste, le règlement intérieur et leurs modifications,
- 2° les activités exercées,
- 3° l'existence et, le cas échéant, le montant des droits d'adhésion,
- 4° les montants de cotisations,
- 5° les prestations offertes,
- 6° le rapport spécial des commissaires aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité,
- 7° le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles régies par les livres II et III du Code de la mutualité auquel est joint le rapport des commissaires aux comptes prévu à l'article L. 114-39 du même code,
- 8° l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union,
- 9° l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,
- 10° le rapport moral, le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- 11° le cas échéant, les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- 12° toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et qui lui sont soumises par le conseil d'administration.
- 13° les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles et collectives.

III. L'assemblée générale décide :

- 1° la nomination des commissaires aux comptes et de leurs suppléants,

- 2° la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- 3° les délégations de pouvoirs prévues à l'article 21.14 des présents statuts,
- 4° les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité.
- 5° le montant des indemnités susceptibles d'être versées à certains administrateurs, visées à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

ART. 21.12 : Règles de quorum et de majorité pour les votes de l'assemblée générale

I. L'assemblée générale de la mutuelle ne délibère valablement, lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants des cotisations, la délégation de pouvoir prévue à l'article 21.14 des présents statuts, les prestations offertes, la fusion, la scission, la dissolution de la mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du total des délégués.

À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents représente au moins le quart du total de ses délégués.

Pour ces questions, les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

II. Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I., ci-dessus, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du total des délégués.

À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents. Pour ces questions, les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

ART. 21.13 : Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité aux dispositions du Code de la mutualité et à l'objet de la mutuelle.

Les modifications des montants de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

ART. 21.14 : Délégation de pouvoir de l'assemblée générale

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de déterminer les montants de cotisations et de prestations au conseil d'administration.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

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

CHAPITRE II – Conseil d'administration

Section 1 : Composition, élections

ART. 22.1 : Composition

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de douze administrateurs élus parmi les membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations.

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 dirigeants 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. Conformément aux dispositions de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le nombre d'administrateurs communs avec l'OMPEN-prévoyance ne peut dépasser les deux tiers du nombre de postes d'administrateurs de chacun des conseils d'administration.

Lors d'élections d'administrateurs en assemblée générale, s'il est constaté, lors de la proclamation des résultats dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenu, que l'élection du candidat a pour conséquence d'entraîner le dépassement du nombre maximum de postes communs, celui-ci est réputé démissionnaire d'office et, est déclaré élu, le candidat suivant non commun avec l'OMPEN-prévoyance.

À compter de la première assemblée générale qui procédera à l'élection d'administrateurs en 2021 (ou à compter de l'assemblée générale qui statuera sur l'approbation des comptes de l'année 2020), la représentation de chaque sexe au sein du conseil d'administration ne pourra être inférieure à 40 % de la totalité des membres.

Par dérogation à l'alinéa précédent, lorsque la proportion de membres participants d'un des deux sexes est inférieure à 25 %, la part de sièges dévolue aux membres de ce sexe est au moins égale à 25 %, dans la limite de 50 %.

Les délégués à l'assemblée générale devront, sous peine de nullité du vote et sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe, désigner un nombre de candidats de chaque sexe conforme à la part de ce sexe indiquée précédemment, en fonction du nombre de postes à pourvoir.

ART. 22.2 : Présentation des candidatures

Les déclarations de candidatures aux fonctions de membres du conseil d'administration doivent être adressées, au moins un mois avant la date de l'assemblée générale, au président du conseil d'administration au siège administratif de la mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, le cachet de la poste faisant foi.

ART. 22.3 : Conditions d'éligibilité

I. Pour être éligibles au conseil d'administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans révolus et de moins de 70 ans,
- ne pas être salariés de la mutuelle, conjoints, ascendants ou descendants directs d'une personne salariée de la mutuelle et ne pas avoir exercé de fonctions de salarié au sein de la mutuelle au cours des trois dernières années précédant l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.
- être à jour de leurs cotisations (ou de leur don ou contribution pour les membres honoraires).

Avant sa nomination, la personne présentée pour exercer les fonctions d'administrateur est tenue de déclarer l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'elle entend conserver.

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

Dans le décompte des mandats mentionnés ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L. 111-3 et L. 111-4 du code de la mutualité.

Dans le décompte des mandats mentionnés :

- sont pris en compte pour un seul mandat ceux détenus dans des organismes mutualistes faisant partie d'un ensemble soumis à l'obligation d'établir des comptes consolidés ou combinés dans les conditions prévues à l'article L.356-1 du Code des assurances ;
- ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité ;
- ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les fédérations définies à l'article L.111-5 du Code de la mutualité et les unions qui ne relèvent ni du Livre II ni du Livre III du Code de la mutualité, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

Toute personne qui, lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec les dispositions de l'alinéa précédent doit, dans les trois mois de sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats. A l'expiration de ce délai, elle est réputée s'être démise de son mandat le plus récent, sans que soit, de ce fait, remise en cause la validité des délibérations auxquelles elle a pris part.

La qualité d'administrateur est incompatible avec l'exercice d'une activité salariée pour le compte de la mutuelle. Un administrateur ne peut devenir salarié de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai de 3 années à compter de la fin de son 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.

ART. 22.4 : Modalités des élections

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par les délégués présents à l'assemblée générale au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au premier tour et majorité relative au second tour).

ART. 22.5 : Durée du mandat

I. Les membres du conseil d'administration sont élus pour une durée de

six ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'assemblée générale qui vote le renouvellement de leur mandat ou leur remplacement.

II. 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 de 70 ans,

- 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 ait condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'assemblée générale.

ART. 22.6 : Renouvellement du conseil d'administration

Le conseil d'administration se renouvelle tous les deux ans par tiers. Les membres sortants sont rééligibles.

Les fonctions des administrateurs expirent à l'issue de l'assemblée générale appelée à pourvoir leur remplacement, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

ART. 22.7 : Vacance

En cas de vacance d'un administrateur en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre raison, il est procédé à son remplacement par cooptation par le conseil d'administration avant la prochaine réunion de l'assemblée générale qui suit cette vacance. Cette cooptation est soumise à la ratification de l'assemblée générale la plus proche. En cas de non-ratification par celle-ci de la nomination faite par le conseil d'administration, le mandat de l'administrateur coopté cesse, sans entraîner toutefois la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

L'administrateur ainsi élu achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs serait inférieur au minimum légal prévu à l'article L. 114-16 alinéa 5 du Code de la mutualité, du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

À défaut de convocation par le président, les stipulations des articles 21.7 et 21.8 ci-dessus s'appliqueront.

Section 2 : Réunions du conseil d'administration

ART. 22.8 : Réunions

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an. La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart au moins des membres du conseil.

Le président du conseil d'administration établit l'ordre du jour du conseil et le joint à la convocation.

Le président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du conseil d'administration. Le conseil délibère sur cette présence.

Le directeur ou directeur général de la mutuelle participe de droit aux réunions du conseil d'administration.

Les administrateurs et les représentants mentionnés à l'article 22.9 peuvent participer aux réunions par des moyens de « visioconférence » ou de « télécommunication » permettant leur identification et garantissant leur participation simultanée et effective aux débats. Ils sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité. Cette possibilité n'est pas ouverte pour les conseils d'administration de clôture des comptes annuels et en cas de refus exprimé par au moins le tiers des administrateurs, au moins trois jours avant la tenue de la séance.

ART. 22.9 : Représentation des salariés au conseil d'administration

En application du paragraphe 3.4 de la convention collective de la mutualité – si la mutuelle comprend cinquante salariés et plus – la représentation du personnel au conseil d'administration est régie par les dispositions de l'article L. 114-16 alinéa 6 du Code de la mutualité. Si la mutuelle comprend moins de cinquante salariés, un représentant du personnel assiste aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative.

Le ou les représentants des salariés sont élus pour deux ans par l'ensemble des salariés de la mutuelle, sous contrat à durée déterminée ou indéterminée sans restriction d'ancienneté, au scrutin majoritaire à un seul tour sans condition de quorum. Le vote s'effectue au siège administratif de la mutuelle et par correspondance. Ne peut être candidat qu'un salarié sous contrat à durée indéterminée.

ART. 22.10 : Délibérations du conseil d'administration

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins 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.

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président ou les dirigeants. Il est établi, sur un registre coté et paraphé, un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Section 3 : Attributions du conseil d'administration

ART. 22.11 : Compétences du conseil d'administration

Le conseil d'administration administre la mutuelle, détermine les orientations de celle-ci ; il veille à leur application.

Il adopte, au moins annuellement, les lignes directrices de la politique de placement. Il se prononce en particulier sur les modalités de choix des intermédiaires financiers, sur la gestion actif-passif, sur la qualité des actifs et sur les opérations sur instruments financiers à terme.

Le conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle. Il examine les résultats de la mutuelle et approuve son budget.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi et la réglementation applicable aux mutuelles.

Le conseil d'administration peut créer une ou plusieurs commissions.

ART. 22.12 : Délégations d'attributions par le conseil d'administration

Le conseil d'administration peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à un ou plusieurs salariés, dont le directeur général.

Le conseil d'administration peut confier au président les attributions suivantes :

- expédier les affaires courantes,
- prendre entre deux réunions du conseil d'administration, toutes décisions utiles en ce qui concerne l'action générale et le fonctionnement de la mutuelle,
- et plus généralement, toutes attributions qui ne sont pas spécialement réservées au conseil d'administration.

Il peut, à tout moment, retirer une ou plusieurs de ces délégations d'attributions.

Le conseil d'administration peut confier au président, à un salarié, dont le directeur général, ou à un administrateur missionné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation, et l'exécution de contrats ou types de contrats qu'il détermine.

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

Le président, l'administrateur ou le salarié doivent rendre compte au conseil d'administration des décisions prises.

ART. 22.13 : Nomination d'un directeur général

Le conseil d'administration peut décider de nommer, recruter un directeur général salarié dont il fixe les pouvoirs et les conditions de rémunération d'embauche conformément à l'annexe III de la convention collective du 31 janvier 2000.

Le conseil d'administration peut à tout moment retirer tout ou partie de ces pouvoirs.

Le directeur général rend compte, une fois par an, devant le conseil d'administration, des actions menées dans le cadre des délégations de pouvoirs.

Dans le cadre des pouvoirs qui lui sont accordés par le conseil d'admini-

nistration, le directeur général peut, sous son contrôle et sa responsabilité, établir toute subdélégation de pouvoir pour des objets limités. Il doit en informer le conseil.

Le directeur général ne peut être licencié par le président qu'avec l'accord du conseil d'administration.

ART. 22.14 : Délégations de pouvoir au directeur général

Le directeur général peut se voir déléguer par le président ou un administrateur, dans la limite de leurs attributions respectives, le pouvoir de passer, en leur nom, certains actes ou de prendre certaines décisions. Ces délégations doivent être autorisées par le conseil d'administration par décision expresse, déterminées quant à leur objet et répertoriées dans un registre coté.

En aucun cas, le président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi.

Section 4 : Statut des administrateurs

ART. 22.15 : Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

ART. 22.16 : Remboursement des frais des administrateurs

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour, de garde d'enfants dans les conditions déterminées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

ART. 22.17 : Situation et comportements interdits aux administrateurs

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 toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée, de manière directe ou indirecte, au volume des cotisations de la mutuelle ou à celui des dons ou legs recueillis ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou au directeur général.

Les anciens 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.

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la mutuelle ou tout autre organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 22.20, 22.21 et 22.22 des présents statuts.

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

ART. 22.18 : Obligations des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions 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 savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard. 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.

ART. 22.19 : Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du conseil d'administration

Sous réserve des dispositions de l'article 22.21 des présents statuts, toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou son directeur général, 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 le directeur général 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 de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conven-

tions intervenant entre un administrateur ou le directeur général et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité.

L'administrateur ou le directeur général intéressé est tenu d'informer le conseil d'administration de la mutuelle dès qu'il a connaissance d'une convention à laquelle l'article L. 114-32 est applicable.

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.

L'administrateur intéressé ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

ART. 22.20 : 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 ou son directeur général, telles que définies par le 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 au commissaire aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'assemblée générale dans les conditions fixées au règlement intérieur.

ART. 22.21 : Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs et au directeur général 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 au directeur général lorsque celui-ci est susceptible 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 et du directeur général.

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

ART. 22.22 : Responsabilité civile des administrateurs

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

CHAPITRE III – Président, vice-président, secrétaire général, trésorier général

ART. 23.1 : Élection et révocation du président, du vice-président, du secrétaire général et du trésorier général

Le conseil d'administration élit parmi ses membres, en qualité de personnes physiques, un président, un vice-président, un secrétaire général et un trésorier général. Il peut à tout moment mettre un terme à ces fonctions séparément.

Le président, le vice-président, le secrétaire général et le trésorier général sont élus à bulletin secret pour la durée de leur mandat d'administrateur lors :

- de la première réunion du conseil d'administration qui suit l'assemblée générale ayant procédé à leur élection au sein du conseil d'administration,
- soit lors du conseil d'administration statuant sur la fin anticipée de ces fonctions.

En cas de partage de voix sur les postes de vice-président, secrétaire général et trésorier, le candidat cumulant le plus grand nombre

d'années dans la fonction d'administrateur est déclaré élu. Ils sont rééligibles.

ART. 23.2 : Vacance de la présidence

En cas de décès, démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué dans les meilleurs délais à cet effet par le vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

ART. 23.3 : Missions du président

Le président organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale.

Il convoque l'assemblée générale, le conseil d'administration et en établit respectivement l'ordre du jour.

Il préside les réunions de l'assemblée générale, du conseil d'administration.

Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L. 612-23 et suivants du Code monétaire et financier.

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 donne avis au commissaire aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il engage les dépenses et perçoit les recettes.

Il peut accomplir tous les actes se rattachant à l'objet social, toutefois, s'agissant des actes de disposition portant sur une valeur supérieure à 15 000 euros, il ne peut contracter qu'avec l'autorisation préalable du conseil d'administration.

Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Ces délégations de pouvoirs peuvent prévoir la faculté de subdélégation au profit d'autres salariés, avec autorisation préalable du président.

Il représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice ou de défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle. Il peut mandater un autre administrateur ou le directeur général afin qu'il représente la mutuelle dans les cas visés à l'alinéa précédent, mais pour des affaires qu'il précise.

ART. 23.4 : Le vice-président

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

En cas de vacance du président, le vice-président peut remplacer provisoirement le président dans l'attente de l'élection d'un nouveau président. Il peut, également, remplacer le secrétaire général et le trésorier général dans les mêmes conditions.

ART. 23.5 : Le secrétaire général

Le secrétaire général est responsable de la rédaction des procès-verbaux et de certaines tâches administratives définies au règlement intérieur.

Il peut, sous sa responsabilité et sous son contrôle, confier à un ou des salarié(s) l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Ces délégations de pouvoirs peuvent prévoir la faculté de subdélégation au profit d'autres salariés, avec autorisation préalable du secrétaire général.

ART. 23.6 : Le trésorier général

Le trésorier général 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 opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à la discussion du conseil d'administration :

- les comptes annuels, les documents et états tableaux qui s'y

rattachent,

- le rapport du conseil d'administration prévu au paragraphe m) de l'article L. 114-49 du Code de la mutualité,

- les éléments visés aux paragraphes a), c), d), et f) ainsi qu'aux deux derniers alinéas de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité,

- un rapport synthétique sur la situation financière de la mutuelle.

Il présente à l'assemblée générale un rapport annuel de gestion de la mutuelle.

Sans préjudice des stipulations de l'article 22.12 ci-dessus, le trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à un ou des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés et dans le cas des comptes ouverts pour les manifestations, à un membre adhérent de la mutuelle ayant la qualité de délégué ou correspondant pour ces seules opérations. Ces délégations de pouvoirs peuvent prévoir la faculté de subdélégation au profit d'autres salariés, avec autorisation préalable du trésorier général.

CHAPITRE IV – Organisation financière

Section 1 : Exercice social

ART. 24.1 : Exercice social

L'exercice social a une durée de douze mois. Il débute le 1er janvier pour se terminer le 31 décembre de chaque année.

Section 2 : Produits et charges

ART. 24.2 : Les produits

Les produits de la mutuelle comprennent :

1° le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'assemblée générale,

2° les cotisations des membres participants et les contributions des membres honoraires,

3° les dons, donations, les legs mobiliers et immobiliers, et assurances vie,

4° les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

5° plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

ART. 24.3 : Les charges

Les charges comprennent :

1° les diverses aides servies aux membres participants,

2° les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,

3° les versements éventuels faits aux unions et fédérations,

4° Les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;

5° les cotisations versées au système fédéral de garantie prévu à l'article L. 111-6 du Code de la mutualité,

6° plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes de la mutuelle.

ART. 24.4 : Vérifications préalables

Les dépenses de la mutuelle sont engagées par le président et payées par le trésorier général ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues à l'article 23.6 des présents statuts.

Le responsable de la mise en paiement des charges de la mutuelle s'assure préalablement de la régularité des opérations et, notamment, de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la mutuelle.

Section 3 : Modes de placement et de retrait des fonds - Règles de sécurité financière

ART. 24.5 : Placement et retrait des fonds

Les placements et retraits de fonds sont réalisés dans les conditions fixées par la législation en vigueur.

Section 4 : Commissaires aux comptes

ART. 24.6 : Commissaire aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, l'assemblée générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant,

choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce. Le président convoque le commissaire aux comptes à toute assemblée générale.

Le commissaire aux comptes, notamment :

- 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,
- signale sans délai au conseil d'administration et ministre compétent tout fait et toute décision mentionnés à l'article L. 612-44 du Code monétaire et financier dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du conseil d'administration les vérifications auxquelles il a procédé en exécution 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.

TITRE III – INFORMATIONS DES ADHÉRENTS

ART. 30.1 : Étendue de l'information

Chaque adhérent reçoit gratuitement, lors de l'adhésion, un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste.

Les modifications votées en assemblée générale de ces documents sont portées à sa connaissance par courrier, par courriel, sur l'espace adhérent du site internet Orphéopolis, par le magazine d'information de la mutuelle, ou par l'envoi d'un exemplaire de ces documents adressé à la dernière adresse postale ou électronique connue.

Il est informé :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès ;
- des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

ART. 40.1 : Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 21.12 des présents statuts.

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.

La nomination des liquidateurs met fin aux fonctions des administrateurs. L'assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'assemblée générale, statuant dans les conditions prévues à l'article 21.12 des présents statuts, à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds national de solidarité et d'actions mutualistes mentionné 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.

ART. 40.2 : Interprétation

Les statuts, le règlement mutualiste, le bulletin d'adhésion, le règlement intérieur et les chartes sont applicables par ordre de priorité décroissante.

ART. 40.3 : Informatique et libertés

Les données relatives aux membres participants et honoraires constituent des informations nominatives et sont protégées à ce titre par les dispositions légales.

La mutuelle s'engage à respecter toutes les obligations de cette loi et à ne pas utiliser les fichiers à d'autres fins que celles résultant de l'application des statuts, du règlement intérieur et des règlements mutualistes.

ART. 40.4 : Médiation

En cas de difficultés liées, en particulier, à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, les membres participants et honoraires peuvent saisir le médiateur de la mutuelle. Celui-ci est désigné conformément aux dispositions des articles L.611-1 et suivants et R.612-1 et suivants du Code de la consommation.

ART. 40.5 : Mandataires mutualistes

Le mandataire mutualiste, en application de l'article L.114-37-1, est une personne physique, distincte de l'administrateur mentionné à l'article L.114-16, qui apporte à une mutuelle, union ou fédération, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du ou des mandats pour lesquels il a été statutairement désigné ou élu.

Peuvent bénéficier du statut de mandataire mutualiste, sous réserve de décision du conseil d'administration en ce sens, les membres participants ou honoraires de la mutuelle.

La mutuelle propose à ses mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes. Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Cependant, leur frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent leur être remboursés dans les mêmes conditions définies et dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

Règlement mutualiste

Actualisé en conseil d'administration des 2 et 3 décembre 2020 - À effet du 1^{er} janvier 2021

SOMMAIRE

TITRE I^{er} : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

CHAPITRE I^{er} : Les adhérents et les bénéficiaires

- ART. 11.1 : Définition des adhérents
- ART. 11.2 : Catégories de bénéficiaires
- ART. 11.3 : Définition des orphelins bénéficiaires

CHAPITRE II : Obligations des adhérents envers la mutuelle

Section 1 : Adhésion

- ART. 12.1 : Droit d'admission
- ART. 12.2 : Réadmission
- ART. 12.3 : Date d'effet - durée de l'adhésion
- ART. 12.4 : Veufs ou veuves de membres participants

Section 2 : Démission

- ART. 12.5 : Démission

Section 3 : Cotisations et contributions

- ART. 12.6 : Annualité des cotisations et contributions
- ART. 12.7 : Recouvrement des cotisations et contributions
- ART. 12.8 : Modalités de paiement des cotisations et des contributions
- ART. 12.9 : Appel à cotisation et contribution
- ART. 12.10 : Date d'échéance de paiement des cotisations et des contributions
- ART. 12.11 : Modification des montants des cotisations et des contributions
- ART. 12.12 : Changement de gamme de contrats (gamme historique - nouvelle offre)
- ART. 12.13 : Changement d'offre de contrats (offre solo, couple et famille)

CHAPITRE III : Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Section 1 : Les villages d'enfants et les résidences estudiantines

- ART. 13.1 : Gestion des villages d'enfants et des résidences estudiantines
- ART. 13.2 : Admission dans les villages d'enfants et résidences estudiantines
- ART. 13.3 : Frais de pension, de scolarité et de voyage
- ART. 13.4 : Dossier d'admission dans les villages d'enfants et résidences estudiantines
- ART. 13.5 : Enfants relevant d'établissements spécialisés

Section 2 : Les différentes aides

- ART. 13.6 : Les bourses d'études
- ART. 13.7 : L'allocation de rentrée scolaire
- ART. 13.8 : L'allocation exceptionnelle
- ART. 13.9 : L'aide au permis de conduire

- ART. 13.10 : L'aide au brevet d'aptitudes aux fonctions d'animateur (BAFA)

- ART. 13.11 : L'aide au concours d'accès aux grandes écoles de l'enseignement supérieur

- ART. 13.12 : L'aide à la réinsertion aux orphelins en postcure

- ART. 13.13 : L'aide sociale exceptionnelle (ASE)

- ART. 13.14 : L'aide aux orphelins en activité

- ART. 13.15 : L'arbre de Noël

- ART. 13.16 : La récompense aux examens et concours

- ART. 13.17 : Aide aux orphelins handicapés

- ART. 13.18 : Aide aux frais de garde

- ART. 13.19 : Aide au soutien scolaire

- ART. 13.20 : Aide à la prise en charge d'une activité sportive ou socioculturelle

- ART. 13.21 : Aide à la prise en charge éducative de nos OP mineurs résidant dans leur famille

- ART. 13.22 : Aide éducative informatique

- ART. 13.23 : Aide à l'installation

- ART. 13.24 : Aide au soutien psychologique

Section 3 : Les centres de vacances

- ART. 13.25 : Les centres de vacances pour enfants

Section 4 : Dispositions communes aux aides

- ART. 13.26 : Dispositions concernant les mineurs de plus de 16 ans
- ART. 13.27 : Attribution des aides
- ART. 13.28 : Modification des montants des aides
- ART. 13.29 : Enveloppes budgétaires annuelles
- ART. 13.30 : Réclamation
- ART. 13.31 : Médiation
- ART. 13.32 : Utilisations des données à caractère personnel

TITRE II : MONTANTS DES COTISATIONS, DES CONTRIBUTIONS ET DES AIDES

CHAPITRE I^{er} : Montant des cotisations et contributions

- ART. 21.1 : Montant des cotisations et contributions

- ART. 21.1.1 : Variation du montant des cotisations

- ART. 21.1.2 : Tableau des montants annuels des cotisations et contributions

- ART. 21.2 : Réformés

- ART. 21.3 : Couple

CHAPITRE II : Montants des aides

- ART. 22.1 : Tableau des montants maxima des aides

- ART. 22.2 : Montant maximum du bon d'achat de l'arbre de Noël

- ART. 22.3 : Montant maximum des récompenses aux examens et concours

- ART. 22.4 : Montant maximum de l'aide à l'installation

Préambule

Il est créé le présent règlement mutualiste afin de définir le contenu des engagements existant entre, d'une part, les membres participants ou honoraires, et d'autre part, la Mutuelle Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale assistance (« OMPN-a ») en ce qui concerne les prestations et les cotisations relevant des contrats de la gamme historique et les formules des « offres solo, couple et famille ».

Il est adopté par l'assemblée générale, sur proposition du conseil d'administration.

TITRE I^{er} – OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

CHAPITRE I^{er} – Les adhérents et les bénéficiaires

ART. 11.1 : Définition des adhérents

Les adhérents sont les membres participants et les membres honoraires entrant dans le champ d'adhésion de la mutuelle défini au sein des groupes 1 à 6 prévus à l'article 12.1.1 et 12.1.2 des statuts, âgés de plus 18 ans.

À compter du 1^{er} janvier 2021, seuls les membres du Groupe 5 ainsi que les membres honoraires définis respectivement aux articles 12.11 et 12.1.2 des statuts pourront adhérer à l'OMPN-a dans le cadre de la gamme « historique ».

Les membres participants définis à l'article 12.1.1 des statuts, à l'exclusion de ceux mentionnés à l'alinéa précédent, pourront à compter du 1^{er} janvier 2021, adhérer à une offre « solo », « couple » ou « famille ».

Conformément aux statuts, toute adhésion à une offre « solo », « couple » ou « famille » de l'OMPN-a entraîne automatiquement l'adhésion à l'ensemble des entités du Groupe Orphéopolis aux conditions mentionnées aux statuts, au présent règlement mutualiste et au règlement intérieur.

Au dernier jour des 65 ans de l'adhérent à une offre « solo », « couple » ou « famille », le contrat s'achève automatiquement, sans qu'il soit besoin d'un délai de prévenance de l'adhérent ou de la mutuelle.

ART. 11.2 : Catégories de bénéficiaires

Les bénéficiaires des prestations sont les ayants droit des membres participants tels qu'ils sont définis à l'article 12.1.1 des statuts de la mutuelle.

Les bénéficiaires se répartissent en deux catégories :

1^o les orphelins (OP2) :

sont considérés comme orphelins (OP2), les ayants droit d'un membre participant qui ont perdu leurs deux parents postérieurement à l'adhésion du membre participant et avant d'avoir atteint l'âge de 25 ans ;

2^o les orphelins (OP1) :

sont considérés comme orphelins (OP1), tous les ayants droit ne relevant pas du groupe défini à l'alinéa précédent. Toutefois, lors de situations particulièrement tragiques ayant entraîné le décès des deux parents, il pourra être reconnu le statut d'OP2 sur décision motivée du conseil d'administration. Les décisions sont communiquées pour information en assemblée générale la plus proche.

ART. 11.3 : Définition des orphelins bénéficiaires

Les orphelins bénéficiaires reconnus par la mutuelle sont les enfants qui ont perdu leurs deux parents ou seulement l'un d'eux avant d'avoir atteint l'âge de 25 ans. Le statut d'orphelin ne pouvant évoluer au-delà de cette limite d'âge.

La mutuelle ne verse plus aucune aide aux orphelins bénéficiaires au-delà de l'âge de 30 ans à l'exception de l'aide à la réinsertion aux orphelins en postcure prévue à l'article 13.12 du présent règlement et à l'aide pour la création d'entreprise prévue à l'article 13.14 du même règlement.

Toutefois, les orphelins atteints de maladies incurables ou relevant d'un handicap consécutif à un accident entre leur naissance et avant d'avoir atteint l'âge de 25 ans, et reconnus incapables de subvenir à leurs moyens d'existence, pourront, sur présentation de leur carte d'invalidité ou certificats médicaux, sur proposition de la commission sociale et après délibération du conseil d'administration, continuer à bénéficier, pour une durée d'un an, d'une aide aux orphelins handicapés majeurs prévue à l'article 13.17 du présent règlement mutualiste.

Au terme de ce délai d'un an, une nouvelle demande pourra être faite auprès de la mutuelle.

De même, les orphelins handicapés majeurs, se trouvant sans ressources en sortant d'un centre d'aide au travail, pourront se voir attribuer pour une durée d'un an une aide aux orphelins handicapés majeurs prévue à l'article 13.17 du présent règlement mutualiste. Au terme de ce délai d'un an, une nouvelle demande, sur proposition de la commission sociale et après délibération du conseil d'administration, pourra être faite auprès de la mutuelle.

CHAPITRE II - Obligations des adhérents envers la mutuelle

Section 1 : Adhésion

Conformément aux statuts, toute adhésion à une offre « solo », « couple » ou « famille » de l'OMPN-a entraîne automatiquement l'adhésion à l'ensemble des entités du Groupe Orphéopolis aux conditions mentionnées aux statuts, au présent règlement mutualiste et au règlement intérieur.

ART. 12.1 : Droit d'admission

Aucun droit d'admission n'est perçu par la mutuelle lors de l'adhésion d'un membre participant.

ART. 12.2 : Réadmission

Les membres participants qui ont été radiés de la mutuelle ou de l'une des entités du Groupe Orphéopolis pour des causes autres que l'exclusion, pourront faire une nouvelle demande d'admission.

ART. 12.3 : Date d'effet - durée de l'adhésion

L'adhésion prend effet, sous réserve de la transmission du dossier complet et du règlement de la 1^{ère} cotisation, le jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, pour une durée de 1 an, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La qualité de membre participant est reconnue après paiement de la première fraction de la cotisation. En cas de paiement de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la qualité de membre participant est reconnue rétroactivement au jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat d'adhésion.

À défaut de paiement de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la date d'ouverture des droits aux aides sera reportée à la date de paiement effectif de cette première échéance.

ART. 12.4 : Veufs ou veuves de membres participants

À la suite du décès du membre participant, son(sa) conjoint(e) ou concubin(e) veuf(ve) ou partenaire pacsé(e) a un délai de deux ans pour adhérer à la mutuelle en qualité de membre honoraire.

Toutefois, le conseil d'administration pourra décider de déroger au délai précité après examen des demandes qui lui seraient adressées à titre exceptionnel. Cependant, les enfants orphelins, ayants droit du membre participant décédé, perçoivent les aides auxquelles ils ont droit.

Section 2 : Démission

ART. 12.5 : Démission

La démission d'un membre participant de la mutuelle OMPN-a entraîne de plein droit sa démission :

- de l'association Les Œuvres d'Orphéopolis sur l'offre historique.
- de l'association des Œuvres d'Orphéopolis et de l'OMPN-p pour ce qui concerne les adhérents à une offre « solo », « couple » ou « famille ».

Section 3 : Cotisations et contributions

ART. 12.6 : Annualité des cotisations et contributions

a) Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle fixée par la mutuelle.

Pour les adhésions en cours d'année, la cotisation est calculée au prorata du nombre de mois de la date d'adhésion au 31 décembre

de l'année considérée, sachant que la cotisation afférente au mois de l'adhésion est due dans sa totalité.

b) Les membres honoraires s'engagent au paiement d'une contribution annuelle fixée par la mutuelle.

Pour les adhésions en cours d'année, la contribution est due en totalité au titre de l'année en cours.

ART. 12.7 : Recouvrement des cotisations et des contributions

Les cotisations et les contributions de la mutuelle OMPN-a sont recouvrées par la mutuelle OMPN-p.

Les montants des cotisations et des contributions de l'OMPN-a sont détaillés à l'article 21.1.2 du présent règlement mutualiste.

ART. 12.8 : Modalités de paiement des cotisations et des contributions

Les cotisations et les contributions sont annuelles mais leur paiement peut être fractionné après accord du siège administratif de la mutuelle. Ainsi, les cotisations et contributions relatives aux contrats de la gamme historique s'acquittent :

a) soit par précompte mensuel du douzième du montant de la cotisation annuelle sur le traitement ou sur la pension, quand le précompte est possible ;

b) soit par prélèvement bancaire ou postal mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel ;

c) soit par paiement annuel, semestriel ou trimestriel auprès du siège administratif de la mutuelle suite à appel à cotisation.

Les cotisations et contributions relatives aux contrats « solo », « couple » ou « famille » s'acquittent

a) soit par prélèvement bancaire ou postal, mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel ;

b) soit par paiement par carte bancaire, trimestriel, semestriel ou annuel, pour les membres participants à l'offre solo ;

c) soit par paiement en carte bancaire, mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel, pour les membres participants à l'offre couple ou à l'offre famille ;

d) soit par paiement par chèque annuel, auprès du siège administratif de la mutuelle à la suite de l'appel à cotisation.

Le paiement par TIP SEPA est autorisé en cas de rejet du paiement initial.

ART. 12.9 : Appel à cotisation et contribution

Pour tous les membres participants appelés hors précompte, l'appel à cotisation est effectué par le siège administratif au début du 1er trimestre civil de l'année par un courrier ordinaire. La cotisation appelée est payable en début de période trimestrielle, semestrielle ou annuelle (terme à échoir). Le défaut de réception de l'avis ne dispense pas l'adhérent de l'obligation de régler sa cotisation. Il doit, dans cette hypothèse, contacter la mutuelle.

Pour tous les membres honoraires, l'appel à contribution est effectué par le siège administratif au début du 1er trimestre civil de l'année par un courrier ordinaire. La contribution appelée est payable en début de période trimestrielle, semestrielle ou annuelle (terme à échoir). Le défaut de réception de l'avis ne dispense pas l'adhérent de l'obligation de régler sa contribution. Il doit, dans cette hypothèse, contacter la mutuelle.

ART. 12.10 : Date d'échéance de paiement des cotisations et des contributions

Gamme historique :

La date d'échéance annuelle du paiement des cotisations et des contributions est le 30 juin de l'année au titre de laquelle la cotisation est due pour une cotisation payée annuellement. Pour les membres participants qui effectuent un paiement fractionné par semestre, la date d'échéance des cotisations et des contributions dues pour le premier semestre est fixée au 31 mars et celle pour le 2^e semestre est fixée au 30 septembre de l'année. Pour une cotisation précomptée ou prélevée mensuellement, la date d'échéance est fixée au dernier jour du mois suivant.

Pour les membres participants qui effectuent un paiement fractionné par trimestre, la date d'échéance des cotisations est fixée au dernier jour du trimestre concerné.

Pour le membre participant actif qui devient retraité en cours d'année, la date d'échéance de sa nouvelle cotisation (établie au prorata du nombre de mois) est fixée à six mois après la date de son départ effectif

à la retraite.

Offre « solo », « couple » ou famille » :

La date d'échéance annuelle du paiement des cotisations est le 1er janvier de l'année au titre de laquelle la cotisation est due pour une cotisation payée annuellement. Pour les membres participants qui effectuent un paiement fractionné par semestre, la date d'échéance des cotisations dues pour le 1^{er} semestre est fixée au 1^{er} janvier et celle pour le 2^e semestre est fixée au 1^{er} juillet de l'année. Pour les membres participants qui effectuent un paiement fractionné par trimestre, la date d'échéance des cotisations dues est fixée au premier jour du trimestre concerné.

Pour une cotisation prélevée mensuellement, la date d'échéance est fixée au premier jour du mois.

ART. 12.11 : Modification des montants des cotisations et des contributions

Le montant de la cotisation est invariant. Cependant l'assemblée générale peut décider de sa modification en tant que de besoin.

Les modifications des montants des cotisations sont notifiées à chaque membre participant par courrier, ou par la voie du Magazine d'Orphéopolis, ou sur l'avis d'échéance annuelle, ou sur l'espace adhérent du site internet d'Orphéopolis, ou par mail ou par l'envoi d'un exemplaire des présents règlements mutualistes modifiés, adressé à la dernière adresse postale ou électronique connue.

Sauf stipulation contraire explicite lors de la notification, les modifications des montants des cotisations prennent effet le 1^{er} janvier qui suit l'assemblée générale qui les a décidées.

ART. 12.12 : Changement de gamme de contrats (gamme historique - nouvelle offre)

L'adhérent peut changer de gamme de contrats sur demande.

Le passage d'un contrat de la gamme historique à un contrat de la nouvelle offre peut être demandé à tout moment. Le changement de gamme prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle.

Le changement de gamme prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle, sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- passage d'un contrat de la gamme historique à un contrat couple ou famille de la nouvelle offre,
- maintien du contrat actuel

ART. 12.13 : Changement d'offre de contrats (offre solo, couple et famille)

L'adhérent peut changer d'offre de contrats sur demande.

- Passage à un niveau de couverture supérieur :

Le passage d'une offre à une autre peut être demandé à tout moment. Le changement d'offre prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle.

- Passage à un niveau de couverture inférieur :

- Cas général :

Le passage d'une offre à une autre peut être demandé au plus tard le 31 octobre de chaque année. Le changement d'offre prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle.

Un délai de stage sera appliqué si des prestations non comprises dans l'offre nouvellement souscrite, ont été activées préalablement à la demande de changement d'offre.

Ce délai est de 6 mois pour l'ensemble des passages à une offre inférieure, à l'exception du passage d'une offre famille à une offre solo, dont le délai de stage de 12 mois.

- Demande motivée :

Dans le cas où la demande est motivée par un changement de situation matrimoniale (divorce, séparation, décès du conjoint), de retraite ou de cessation définitive d'activité, la Mutuelle pourra discrétionnairement et sans qu'il soit besoin de justifier sa décision :

- accepter les demandes transmises au-delà du 31 octobre ,
- et/ou autoriser la prise d'effet du changement d'offre, au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle

CHAPITRE III – Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Section 1 : Les villages d'enfants et les résidences estudiantines

ART. 13.1 : Gestion des villages d'enfants et des résidences estudiantines

Conformément à l'article 11.2 -2° -a des statuts, la mutuelle est gestionnaire de villages d'enfants et de résidences estudiantines. Des règlements propres à chaque village et résidence estudiantine en déterminent le fonctionnement interne.

ART. 13.2 : Admission dans les villages d'enfants et résidences estudiantines

À la demande des parents, tuteurs ou de l'autorité légale s'y substituant, et lorsque leur condition morale ou matérielle le nécessitera, des orphelins ne relevant pas d'un placement en établissements spécialisés de droit commun, pourront être admis dans les villages et les résidences estudiantines de la mutuelle.

Dans le cadre de la convention de coopération signée avec le ministère de l'Intérieur, lorsque des places restent disponibles après accueil des orphelins des familles adhérentes, le ministère de l'Intérieur peut proposer des enfants orphelins de policiers dans la limite du nombre prévu à la convention.

Dans le cas où les demandes d'admission dépasseraient la capacité d'accueil des unités de vie, elles sont acceptées dans l'ordre de priorité suivant :

- a) les orphelins de père et mère (OP2) ;
- b) les orphelins de père ou mère (OP1) ;

S'il reste des places vacantes, le conseil d'administration peut décider de l'ouverture de places aux enfants non orphelins de membres de l'association Les Œuvres d'Orphéopolis.

Les enfants dont l'accueil deviendrait incompatible avec le bon fonctionnement des villages ou des résidences estudiantines pourront soit être rendus à leurs parents ou tuteurs, soit orientés vers des établissements spécialisés.

ART. 13.3 : Frais de pension, de scolarité et de voyage

Les orphelins de père et mère (OP2), placés dans les villages, sont dispensés des frais de pension ainsi que des frais de voyage lors des vacances scolaires.

Les orphelins de père ou mère ayant droit (OP1), placés dans les villages, sont dispensés des frais de pension. Ils doivent s'acquitter des frais annexes de scolarité et de trousseau ainsi que des frais de voyage pour se rendre tant dans le village que vers leur lieu de résidence, fixés contractuellement par la direction du village d'enfants lors de l'inscription. Pour les orphelins du ministère de l'Intérieur, les frais de pension et de scolarité sont définis par le conseil d'administration.

Les familles concernées s'acquittent également des frais de trousseau fixés contractuellement par la direction du village d'enfants lors de l'inscription ainsi que des frais de voyage pour se rendre tant dans le village que vers leur lieu de résidence.

Pour les enfants non orphelins de membres de l'association Les Œuvres d'Orphéopolis placés dans les villages et les résidences estudiantines, les frais de prise en charge sont définis par le conseil d'administration et font l'objet d'un remboursement par l'association Les Œuvres d'Orphéopolis à l'OMPN-assistance par convention.

ART. 13.4 : Dossier d'admission dans les villages d'enfants et résidences estudiantines

Pour les admissions dans les villages d'enfants ou dans les résidences estudiantines, il doit être fourni les documents suivants :

Pour les mineurs :

- 1) une demande d'admission écrite adressée à la mutuelle
- 2) une photocopie du livret de famille
- 3) un certificat de scolarité mentionnant l'orientation scolaire
- 4) un certificat médical attestant que l'enfant n'est atteint d'aucune maladie contagieuse et qu'il peut vivre en collectivité
- 5) les certificats de vaccinations de l'enfant
- 6) un certificat de situation dentaire en cas de traitement en cours
- 7) une déclaration, dans tous les cas, des ressources de la famille ainsi que des charges lui incombant
- 8) la photocopie de la carte d'assuré social en cours de validité ouvrant les droits

9) quatre autorisations de paiement de prestations à un tiers délégué, non datées et signées par l'assuré ayant l'enfant à charge

10) une attestation d'adhésion à une mutuelle complémentaire santé couvrant l'enfant ; tout changement ultérieur à l'inscription devra faire l'objet d'une communication à la direction du village d'enfants

11) une attestation d'assurance de responsabilité civile

12) un relevé d'identité bancaire ou postal avec autorisation de prélèvement.

Pour les majeurs :

- 1) une demande d'admission écrite adressée à la mutuelle
- 2) une photocopie du livret de famille
- 3) un certificat d'inscription confirmant la poursuite des études
- 4) une déclaration, dans tous les cas, des ressources de la famille ainsi que des charges lui incombant
- 5) une attestation d'assurance de responsabilité civile.

ART. 13.5 : Enfants relevant d'établissements spécialisés

La mutuelle assure envers les enfants de membre participant relevant d'établissements spécialisés une mission d'orientation.

À la demande des parents, tuteurs ou de l'autorité légale, la mutuelle assure aussi une mission de suivi pour les enfants orphelins (OP1 et OP2).

Section 2 : Les différentes aides

L'ensemble des prestations mentionné au titre des différentes aides dans la présente section ne pourra être versé qu'après délibération de la commission sociale. Les modalités d'attribution des prestations sont définies par le conseil d'administration.

Les montants maxima des prestations seront révisés annuellement par l'assemblée générale en fonction des fonds disponibles.

ART. 13.6 : Les bourses d'études

Les bourses d'études peuvent être accordées à partir de l'âge de 18 ans aux orphelins qui sont inscrits et qui fréquentent régulièrement un établissement scolaire ou universitaire, une formation en alternance ou par correspondance.

Elles sont versées mensuellement sur une période de douze mois. L'attribution, effectuée notamment en fonction d'un plafond de ressources, ne vaut que pour l'année scolaire de référence. Une nouvelle demande doit être formulée pour chaque rentrée scolaire.

Le refus d'attribution de bourses d'études est sans recours.

Le montant annuel maximal des bourses d'études figure à l'article 22.1 du présent règlement mutualiste.

ART. 13.7 : L'allocation de rentrée scolaire

L'allocation de rentrée scolaire est une aide financière dont le montant maximal figure à l'article 22.1 du présent règlement mutualiste. Elle peut être attribuée par la commission sociale aux orphelins (OP1 et OP2) dès leur entrée en école primaire. Elle est versée dans la mesure du possible au cours du 4^e trimestre de l'année.

ART. 13.8 : L'allocation exceptionnelle

Une allocation exceptionnelle annuelle peut être attribuée au cours du 4^e trimestre de l'année civile aux orphelins de père et mère (OP2), âgés de moins de 7 ans au 1^{er} janvier de l'année considérée.

Le montant maximal de cette aide financière figure à l'article 22.1 du présent règlement mutualiste.

ART. 13.9 : L'aide au permis de conduire

À l'occasion de leur inscription à une auto-école pour la préparation à tout permis de conduire, une aide financière dont le montant maximal figure à l'article 22.1 du présent règlement mutualiste peut être attribuée aux orphelins (OP1 et OP2) qui en font la demande et fournissent un dossier justificatif.

ART. 13.10 : L'aide au brevet d'aptitudes aux fonctions d'animateur (BAFA)

À l'issue d'une formation BAFA, une aide financière dont le montant maximum figure à l'article 22.1 du présent règlement mutualiste peut être attribuée aux orphelins (OP1 et OP2) qui en font la demande et fournissent un justificatif tant pour le stage de formation générale que pour celui de perfectionnement ou d'approfondissement.

ART. 13.11 : L'aide au concours d'accès aux grandes écoles de l'enseignement supérieur

Les orphelins (OP1 et OP2) percevant des allocations annuelles ou des bourses d'études peuvent bénéficier d'une aide financière en vue de les aider à concourir pour l'accès à une grande école de l'enseignement supérieur. Le montant maximal figure à l'article 22.1 du présent règlement mutualiste.

ART. 13.12 : L'aide à la réinsertion aux orphelins en postcure

Une aide financière mensuelle d'une durée maximum de six mois peut être versée par la mutuelle au bénéfice des orphelins (OP1 et OP2) qui suivent une postcure à la suite d'un sevrage à des produits modifiant le comportement afin de les soutenir dans leur réinsertion. Le montant mensuel maximal de cette aide figure à l'article 22.1 du présent règlement mutualiste.

ART. 13.13 : L'aide sociale exceptionnelle (ASE)

L'aide sociale exceptionnelle est une aide susceptible d'être attribuée aux orphelins pour les soutenir financièrement au regard de situations particulières ou exceptionnelles auxquelles ils sont confrontés ainsi que pour les cas de détresse.

La charte de l'aide sociale exceptionnelle définit le mode de fonctionnement de la commission sociale ainsi que l'ensemble de la procédure d'attribution de l'aide sociale exceptionnelle.

Les décisions de la commission sociale sont collégiales et souveraines. Le montant maximal figure à l'article 22.1 du présent règlement mutualiste.

ART. 13.14 : L'aide aux orphelins en activité

Les orphelins (OP1 et OP2) âgés de 18 à 30 ans qui entrent dans la vie active peuvent solliciter un prêt remboursable en dix fois et dont les montants figurent à l'article 22.1 du présent règlement mutualiste. Les intérêts de ce prêt sont pris en charge par la mutuelle sous forme d'aide sociale.

Ces mêmes orphelins peuvent solliciter une aide financière dont le montant maximum figure à l'article 22.1 du présent règlement mutualiste pour la création de leur propre entreprise. Le dossier de demande d'aide est adressé au service prestations au plus tard dans les douze mois qui suivent la création d'entreprise et la décision appartient au conseil d'administration.

Une aide financière annuelle dont le montant maximum figure à l'article 22.1 du présent règlement mutualiste peut être accordée aux orphelins de moins de 33 ans qui ont créé leur entreprise. Cette aide peut être attribuée durant les trois premières années d'activité pour contribuer à l'équilibre ou au développement de l'activité. Le dossier de demande d'aide est adressé au service prestations et la décision appartient au conseil d'administration. La demande d'aide est effectuée pour une année et peut être renouvelée dans les limites mentionnées ci-dessus.

ART. 13.15 : L'arbre de Noël

L'arbre de Noël peut être attribué annuellement sous forme de bon d'achat à tous les orphelins (OP1 et OP2) âgés de moins de 18 ans à l'occasion de Noël.

Le montant maximal du bon d'achat figure à l'article 22.2 du présent règlement mutualiste.

ART. 13.16 : La récompense aux examens et concours

Une récompense peut être attribuée aux orphelins (OP1 et OP2) lors de leur réussite à un examen ou leur admission à un concours administratif. Le montant maximum de la récompense figure à l'article 22.3 du présent règlement mutualiste.

ART. 13.17 : Aide aux orphelins handicapés

a) Orphelins handicapés mineurs

Les orphelins handicapés mineurs peuvent se voir attribuer selon leur situation de handicap une aide dont le montant maximal figure à l'article 22.1 du présent règlement mutualiste.

Ces prestations sont versées mensuellement sur une période de douze mois.

b) Orphelins handicapés majeurs

Les orphelins définis à l'article 11.2 alinéa 3 du présent règlement mutualiste pourront recevoir à compter de l'âge de 18 ans, une prestation allouée à leur catégorie.

Les orphelins définis à l'article 11.2 alinéa 4 du présent règlement mutualiste pourront se voir attribuer l'allocation allouée aux orphelins handicapés retraités (OHR). Cette aide n'est pas cumulable avec l'allocation aux orphelins handicapés majeurs.

Ces prestations sont versées mensuellement sur une période de douze mois.

Le montant maximal figure à l'article 22.1 du présent règlement mutualiste.

ART. 13.18 : Aide aux frais de garde

Cette aide est destinée aux orphelins dès leur naissance et jusqu'à leur entrée en classe de 6^e pour aider les familles à payer les frais de garde de leurs enfants. Le montant maximum qui pourra être accordé est 150 euros par mois sur onze mois, soit 1 650 euros par an.

ART. 13.19 : Aide au soutien scolaire

Une aide au soutien scolaire peut être attribuée aux orphelins des classes de CP jusqu'aux classes de terminale. Le montant maximum de cette aide est de 600 euros par an.

ART. 13.20 : Aide à la prise en charge d'une activité sportive ou socioculturelle

Cette aide peut être attribuée aux orphelins de 0 à 18 ans non révolus participant à une activité sportive ou socioculturelle. Elle est versée une fois par an. Le montant maximum de cette aide figure à l'article 22.1 du présent règlement mutualiste.

ART. 13.21 : Aide à la prise en charge éducative de nos OP mineurs résidant dans leur famille

Cette aide peut être allouée aux OP de 0 à 18 ans non révolus pour les aider financièrement dans leur éducation. Elle est versée mensuellement sur une période de douze mois. L'attribution effectuée, notamment en fonction d'un plafond de ressources, ne vaut que pour l'année civile. Le montant annuel maximum de cette prestation figure à l'article 22.1 du présent règlement.

ART. 13.22 : Aide éducative informatique

Un ensemble informatique peut être distribué, à chaque orphelin scolarisé à partir du collège.

Cette aide est consentie pour 4 années puis renouvelée pour 3 années sans condition de ressources, tant que l'orphelin est inscrit et fréquente un établissement scolaire ou universitaire, une formation en alternance ou par correspondance et dans la limite d'âge définie à l'article 11.3.

Le budget unitaire est déterminé par le conseil d'administration et validé par l'assemblée générale lors de l'approbation des enveloppes budgétaires annuelles.

ART. 13.23 : Aide à l'installation

Une aide à l'installation peut être attribuée pour un montant maximum de 1 500 euros. Cette aide ne peut être accordée que pour un seul emménagement.

ART. 13.24 : Aide au soutien psychologique

Une aide au soutien psychologique peut être attribuée aux orphelins reconnus par la mutuelle et à leur parent restant ou représentant légal, sous forme de remboursement de consultations sur la base d'un nombre de séances et d'un montant unitaire approuvé en assemblée générale.

Section 3 : Les centres de vacances

ART. 13.25 : Les centres de vacances pour enfants

Les centres de vacances pour enfants de la mutuelle sont ouverts aux orphelins.

Les modalités de participation financière sont définies par le conseil d'administration.

Ils sont aussi ouverts à des orphelins de policiers non adhérents dans le cadre de la convention passée avec le ministère de l'Intérieur.

Section 4 : Dispositions communes aux aides

ART. 13.26 : Dispositions concernant les mineurs de plus de 16 ans

Sauf refus exprès de leur part, les orphelins, ayants droit, de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre ou leur a ouvert des droits, et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

ART. 13.27 : Attribution des aides

La possibilité de se voir attribuer des aides prend effet à la date indiquée sur le courrier de confirmation de l'enregistrement de l'adhésion ou réadmission adressé par la mutuelle pour les nouveaux membres participants.

ART. 13.28 : Modification des montants des aides

Les modifications des montants des aides sont notifiées à chaque membre participant par courrier, par la voie du Magazine d'Orphéopolis, ou sur l'espace adhérent du site internet d'Orphéopolis, ou par courriel, ou par l'envoi d'un exemplaire des présents règlements mutualistes modifiés, adressé à la dernière adresse postale ou électronique connue.

Sauf stipulation contraire explicite lors de la notification, les modifications des montants des aides et prestations prennent effet le 1^{er} janvier qui suit l'assemblée générale qui les a décidées à l'exception des montants des bourses d'études et de l'aide à la prise en charge d'une activité sportive ou socioculturelle qui prennent effet le 1^{er} septembre de l'année de l'assemblée générale qui les a décidées.

ART. 13.29 : Enveloppes budgétaires annuelles

Annuellement, le conseil d'administration de la mutuelle propose à l'assemblée générale le vote d'autant d'enveloppes budgétaires que de types d'aides présentes dans le règlement mutualiste.

ART. 13.30 : Réclamation

Réclamations – principe

Pour être recevable, toute réclamation doit être adressée au service adhérent, au siège de la mutuelle situé 44, rue Roger Salengro – 94 120 Fontenay-sous-Bois.

Pour toute réclamation, la Mutuelle s'engage à en accuser réception et à donner une réponse dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation ou en cas de difficultés liées à l'application ou l'interprétation du règlement mutualiste, le membre participant peut demander l'avis de la Commission de médiation de la Mutuelle.

La notion de réclamation

La réclamation est l'expression écrite, formulée par un adhérent, quel que soit le canal (courrier simple ou recommandé, mail, fax) quel que soit l'objet (garanties ou services), d'un mécontentement, d'une insatisfaction. Une question technique, même complexe, même formulée par courrier, ne constitue pas une réclamation.

Toute réclamation reçoit une réponse écrite dans les plus brefs délais. Seront traitées les réclamations reçues par courrier (courrier simple ou recommandé, mail, fax) et portant sur des situations individuelles, y compris les réclamations rédigées par l'adhérent sur le formulaire spécifique qui sera mis à sa disposition (remise de la main à la main ou envoi par la plate-forme).

Les collaborateurs de la mutuelle, saisis d'une réclamation orale, traiteront celle-ci avec diligence, apportant directement à l'adhérent les éléments techniques à leur disposition.

Ils proposeront à l'adhérent de confirmer sa réclamation par écrit, au moyen d'un formulaire ad hoc et d'une enveloppe T qui lui seront systématiquement proposés.

Ce formulaire sera également disponible sur le site Internet de la mutuelle et pourra être téléchargé par l'adhérent.

ART. 13.31 : Médiation

Le médiateur de la Mutuelle peut être saisi par l'adhérent ou son ayant droit, ou par la Mutuelle elle-même, après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations en vigueur au sein de la mutuelle, et si aucune procédure contentieuse n'est engagée.

Le médiateur est compétent exclusivement pour les engagements résultant de l'application du présent règlement mutualiste ou des statuts de la Mutuelle. La saisine se fait par écrit à l'adresse suivante : Le Médiateur FNMF, 225 rue de Vaugirard, 75 719 Paris Cédex 15 ou par email : mediation@mutualité.fr.

Le médiateur doit être saisi dans un délai maximal d'1 an suivant la réclamation écrite faite à la Mutuelle.

Le médiateur rend un avis motivé dans les 90 jours maximum suivant la date à laquelle il a été saisi. Le médiateur peut prolonger ce délai, à tout moment, en cas de litige complexe. Il en avise immédiatement les parties.

Le médiateur, en faisant connaître aux parties la solution qu'il propose, leur rappelle, par courrier simple ou par voie électronique :

- qu'elles sont libres d'accepter ou de refuser sa proposition de solution,

- que la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours devant une juridiction et,

- que la solution peut être différente de la décision qui serait rendue par un juge.

Le médiateur précise également quels sont les effets juridiques de l'acceptation de la proposition de solution et fixe un délai d'acceptation ou de refus de celle-ci.

La saisine du médiateur interrompt la prescription.

ART. 13.32 : Utilisations des données à caractère personnel

L'OMPEN-a, dans le cadre de son activité, s'engage à assurer la protection, la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel de ses membres participants et de ses membres honoraires et ce dans le respect du Règlement de l'Union Européenne 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données dit « RGPD ») et de la loi modifiée n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

L'OMPEN-a ne traite des données à caractère personnel que pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, en particulier : l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, la gestion du contentieux, ou à des fins statistiques.

Les données collectées sont nécessaires à l'accomplissement des points mentionnés ci-dessus. Celles-ci sont conservées pour la durée nécessaire à l'accomplissement des finalités mentionnées ci-dessus telles que prescrites par la loi applicable. Les données collectées sont destinées aux services internes de l'OMPEN-a, à ses éventuels sous-traitants participant à la gestion des aides ainsi qu'à ses prestataires de services informatiques.

Les membres participants disposent à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement ou de limitation ou d'opposition et de portabilité de leurs données à caractère personnel ainsi que du droit d'organiser des directives après leur mort. Ils disposent également du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles.

Le Délégué à la Protection des Données de l'OMPEN-a peut être contacté par email à l'adresse dpo@orpheopolis.fr, ou par courrier à l'adresse DPO Orphéopolis, 44, rue Roger Salengro – 94 126 Fontenay-sous-Bois, Cedex.

TITRE II – MONTANTS DES COTISATIONS, DES CONTRIBUTIONS ET DES AIDES

CHAPITRE Ier – Montants des cotisations et contributions

ART. 21.1 : Montants des cotisations et contributions

ART. 21.1.1 : Variation du montant des cotisations

Le montant des cotisations varie en fonction du groupe d'appartenance du membre participant et de la date à laquelle il a adhéré à la présente mutuelle.

ART. 21.1.2 : Tableau des montants annuels des cotisations et contributions

1. Adhésion avant le 1^{er} janvier 2021

Membres participants	Cotisations OMPN-a en euros
Groupe 1	12,00
Groupe 2	12,00
Groupe 3	3,60
Groupe 4	12,00
Groupe 5	12,00
Membres honoraires	Contributions OMPN-a en euros
	3,60

2. Adhésion à compter du 1^{er} janvier 2021

Pour les personnes adhérentes de l'OMPN-a à compter du 1^{er} janvier 2021, le montant annuel de la cotisation dépend de la durée d'adhésion. Ce montant, dont la dégressivité est dépendante de la durée d'adhésion, est fixé chaque année par l'assemblée générale.

Gamme historique

Offre choisie	Cotisations OMPN-a en euros
Gamme historique	28,00

Offre « solo », « couple » et « famille »

Offre choisie	Cotisations OMPN-a en euros	Cotisations OMPN-p en euros	Cotisations MDS en euros	Cotisations Les Œuvres en euros	Cotisations totales en euros
Solo	28,00	24,90	2,00	4,50	59,40
Couple	28,00	94,50	2,00	4,50	129,00
Famille	28,00	287,78	2,00	6,10	323,88

ART. 21.2 : Réformés

Les membres participants réformés s'acquittent de la cotisation des membres participants du groupe 1 jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite.

ART. 21.3 : Couple

Dans le cas d'un couple où chacun peut adhérer à titre individuel, une seule cotisation souscrite par l'un des deux suffit à l'ouverture des droits et des aides prévues au présent règlement.

La souscription par un même couple de deux adhésions individuelles n'implique pas le doublement des aides et prestations.

En cas de divorce ou de séparation d'un tel couple, celui ou celle qui n'est pas adhérent à titre personnel doit souscrire une adhésion pour pouvoir bénéficier des droits, et des aides prévues au présent règlement à titre individuel, et le cas échéant, pour sa nouvelle famille.

CHAPITRE II – Montants des aides

ART. 22.1 : Tableau des montants maxima des aides

Aides	Montant maximum en euros	
	OP1	OP2
Bourses d'études (article 13.6)	3 960	7 920
Allocation de rentrée scolaire (article 13.7)	250	250
Allocation exceptionnelle (article 13.8)	-	115
Aide au permis de conduire (article 13.9)	1 400	1 400
Aide au BAFA (article 13.10)	en intégralité	
Aide au concours (article 13.11)	160	160
Aide à la réinsertion (article 13.12)	160	160
Aide sociale exceptionnelle (article 13.13)	5 000	5 000
Aide aux orphelins en activité (article 13.14 alinéa 1)	1 524	1 524
Aide à la création d'entreprise (article 13.14 alinéa 2)	5 000	5 000
Aide annuelle d'activité d'entreprise (article 13.14 alinéa 3)	1 500	1 500
Aide aux orphelins handicapés mineurs (article 13.17 alinéa a)	2 400	2 400
Aide aux orphelins handicapés (article 13.17 alinéa b)		
Majeurs	3900	3900
Retraités	3900	3900
Aide aux frais de garde (article 13.18)	1 650	1 650
Aide au soutien scolaire (article 13.19)	600	600
Aide à la prise en charge d'une activité sportive ou socioculturelle (article 13.20)	200	200
Aide à la prise en charge éducative d'un orphelin mineur résidant dans sa famille (article 13.21)	1 440	2 880
Aide à l'installation (article 13.23)	1 500	1 500

ART. 22.2 : Montant maximum du bon d'achat de l'arbre de Noël

Le montant du bon d'achat attribué par la mutuelle pour l'arbre de Noël est de 150 euros.

ART. 22.3 : Montant maximum des récompenses aux examens et concours*

Le montant maximum de récompense attribué, notamment, lors du succès au brevet des collèges, BEP, CAP, Baccalauréat, BTS, DUT, DEUG, Licence, Maîtrise, CAPES et en cas d'admission aux concours administratifs est de 200 euros pour les notes inférieures à 14/20 et 250 euros* au-delà.

ART. 22.4 : Montant maximum de l'aide à l'installation*

Le montant maximum de l'aide à l'installation est fixé selon les conditions suivantes :

- Octroi d'une aide de 1500 euros, pour tout revenu inférieur à 1,5 SMIC mensuel par personne vivant au foyer fiscal de référence ;
- Octroi d'une aide de 750 euros pour tout revenu compris entre 1,5 et 2 fois le SMIC mensuel par personne vivant au foyer fiscal de référence ;
- Refus de l'aide à partir d'un niveau de revenu supérieur à 2 fois le SMIC mensuel par personne vivant au foyer fiscal de référence ;
- Le montant de l'aide consentie ne pourra être supérieur aux dépenses engagées au titre de l'emménagement constituées des frais de déménagement et d'achat de mobilier.

*Les modifications ou adoption des articles 22.3 et 22.4 ont pris effet dès leur vote en assemblée générale, les 13 et 14 octobre 2020.

Règlement intérieur

Actualisé en conseil d'administration les 2 et 3 décembre 2020 - À effet du 1^{er} janvier 2021

SOMMAIRE

ART. 1 : Objet du règlement intérieur

TITRE I^{er} : CONDITIONS D'ADHÉSION

ART. 2 : Conditions d'adhésion

TITRE II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

ART. 3 : Sections de vote

ART. 4 : Élections des délégués de section titulaires et suppléants

ART. 5 : Convocation aux réunions régionales d'information

TITRE III : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

ART. 6 : Commission des votes

ART. 7 : Honorariat

ART. 8 : Candidature aux fonctions d'administrateur de l'OMPN-a

ART. 9 : Réunions du conseil d'administration de l'OMPN-a

ART. 10 : Consultation des procès-verbaux des assemblées générales

ART. 11 : Commissions

TITRE IV : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SECTIONS DE LA MUTUELLE

ART. 12 : Implantation des sections

ART. 13 : Comité de section locale

ART. 14 : Rôle du correspondant de section locale

ART. 15 : Le référent départemental

ART. 16 : Réunions régionales d'information

TITRE V : CONVENTION DE COOPÉRATION AVEC LE MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

ART. 17 : Objet de la convention

ART. 18 : Objet et rôle du service d'animation et d'accompagnement social

ART. 19 : Objet et rôle de la cellule des centres de vacances - BAFA - loisirs

ART. 20 : Nomination des agents mis à disposition dans les deux services

ART. 21 : Organisation du service

ART. 22 : Commission sociale

TITRE VI : PROTECTION DES REPRÉSENTANTS MUTUALISTES

ART. 23 : Protection accidents

ART. 1 : Objet du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur, établi conformément à l'article 11.4 des statuts de l'OMPN-a, détermine les conditions d'application de ces derniers. Il est établi par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale.

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

Le conseil d'administration peut apporter et approuver des modifications au présent règlement. Celles-ci seront présentées à la plus prochaine assemblée générale pour ratification.

TITRE I^{er} – CONDITIONS D'ADHÉSION

ART. 2 : Conditions d'adhésion

Le dossier d'adhésion est composé :

- d'un bulletin d'adhésion comportant l'autorisation de précompte ou l'autorisation de prélèvement
- d'un relevé d'identité bancaire ou postal ou similaire en cas de prélèvement,

Le dossier doit être transmis à la mutuelle dûment complété et signé, faute de quoi il ne pourra pas être pris en compte.

L'adhésion prend sous réserve de la transmission du dossier d'adhésion complet et du règlement de la 1^{ère} cotisation, le jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, pour une durée de 1 an, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours confirmées par courrier adressé par la mutuelle comme stipulé à l'article 13.27 du règlement mutualiste. Elle est reconduite d'année en année par tacite reconduction.

La qualité de membre participant est reconnue après paiement de la première fraction de la cotisation. En cas de paiement de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la qualité de membre participant est reconnue

rétroactivement au jour ouvré qui suite la date mentionnée sur le certificat d'adhésion.

À défaut de paiement de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la date d'ouverture des droits aux aides sera reportée à la date de paiement effectif de cette première échéance.

Le conseil d'administration est souverain pour admettre, refuser toute admission. Il délègue au président ce pouvoir d'engagement ou de refus. En cas de rejet celui-ci n'est pas tenu d'en donner les raisons.

Il peut prendre toutes sanctions envers toute personne qui aura fait des déclarations inexactes.

La réadhésion ou la réadmission à la mutuelle, est soumise à l'approbation de la commission de réadhésion ou de réadmission organisée avec l'OMPN-p et les Œuvres d'Orphéopolis. La réadhésion ou la réadmission prend effet, après l'approbation de la commission, et sous réserve de la transmission du dossier complet et du paiement de la 1^{ère} cotisation, le jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, pour une durée de 1 an, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La qualité de membre participant est reconnue après paiement de la première fraction de la cotisation. En cas de paiement de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature d bulletin d'adhésion, la qualité de membre participant est reconnue rétroactivement au jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat d'adhésion.

À défaut de paiement par le membre participant de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la date d'ouverture des droits aux aides sera reportée à la date de paiement effectif de cette première échéance.

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

ART. 3 : Sections de vote

Conformément aux dispositions de l'article L. 115-4-I du Code de la mutualité, des sections de vote ont été instituées. Leurs modifications sont votées par le conseil d'administration. Tout membre participant changeant de résidence est tenu d'en aviser le secrétaire général en adressant au siège de l'Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-assistance, OMPN-a, un avis de mutation ou de domiciliation. Il est rattaché, sauf avis contraire, à la section la plus proche de son lieu de travail, de son affectation administrative ou de son domicile pour les adhérents retraités.

ART. 4 : Élections des délégués de section titulaires et suppléants

Les délégués sont élus par les membres participants. Pour être candidat, il faut être âgé de 18 à 70 ans et être membre participant à jour de ses cotisations. L'élection du ou de la délégué(e) titulaire et du ou de la délégué(e) suppléant(e) est réalisée à bulletin secret ou par voie électronique, au scrutin majoritaire à un tour. Son mandat est renouvelable. L'élection peut être faite par correspondance. Les délégués ou leur suppléant perdent leur mandat lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant. En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou perte de la qualité de membre participant d'un délégué, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant, qui achève le mandat de son prédécesseur. En l'absence de délégué suppléant, le poste reste vacant jusqu'à la prochaine élection. En cas de mutation du délégué titulaire ou suppléant, celui-ci conserve son mandat jusqu'à son échéance.

ART. 5 : Convocation aux réunions régionales d'information

Les réunions régionales d'information ont pour but d'informer les correspondants des sections locales, les référents départementaux et les délégués et, réciproquement, faire remonter les informations nécessaires au bon fonctionnement de la mutuelle. Le secrétaire général planifie et convoque les délégués, les correspondants de sections locales, les référents départementaux et l'administrateur, chargé de mission, responsable de l'information de l'OMPN-prévoyance en réunion régionale d'information.

TITRE III – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

ART. 6 : Commission des votes

À l'assemblée générale qui précède celle en charge du renouvellement partiel ou total du conseil d'administration de l'OMPN-a, une commission des votes est constituée, sur proposition dudit conseil d'administration. Les délégués de chaque région désignent en leur sein un représentant pour siéger à la commission des votes. La composition de cette commission est ratifiée par un vote lors de cette assemblée générale. Cette commission sera notamment sollicitée pour contrôler les opérations électorales organisées à partir du siège. Cette commission est chargée d'examiner les diverses candidatures et d'en faire un rapport à l'assemblée générale de la mutuelle. Les candidats au poste d'administrateur ne peuvent pas faire partie de cette commission. Les modalités de fonctionnement de la commission des votes sont fixées par le conseil d'administration.

ART. 7 : Honorariat

Le titre d'administrateur honoraire de la mutuelle est conféré, par l'assemblée générale, sur proposition du conseil d'administration, aux administrateurs ayant assuré effectivement leurs fonctions pendant huit années consécutives au minimum. Toutefois, ce délai peut être exceptionnellement réduit, également sur proposition du conseil d'administration, pour les administrateurs qui, par leur action personnelle au cours de leurs fonctions, ont participé activement à la prospérité de l'Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-assistance, OMPN-a.

ART. 8 : Candidature aux fonctions d'administrateur de l'Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-assistance

Tout membre participant ou honoraire, remplissant les conditions statutaires de l'OMPN-a, a la faculté d'adresser sa candidature d'administrateur au conseil d'administration, et ce au moins un mois avant

l'assemblée générale.

Il est rappelé que, pour être éligibles, les candidats doivent remplir les conditions :

- de non cumul fixées aux articles L. 114-16 et 114-23 du Code de la mutualité,
- de non condamnation de l'article L. 114-21 dudit code,
- et de limite d'âge de l'article L. 114-22 dudit code.

Pour être éligible au conseil d'administration, le candidat ne doit pas être salarié, conjoint, ascendant ou descendant direct d'une personne salariée de la mutuelle, conformément aux dispositions de l'article 22.3 des statuts.

ART. 9 : Réunions du conseil d'administration de l'Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-assistance

Il est institué un registre des présences au conseil d'administration de la mutuelle. Le registre des présences est signé par les administrateurs.

ART. 10 : Consultation des procès-verbaux des assemblées générales

Tout membre participant a le droit de consulter au siège social de la mutuelle, les registres de présence et des procès verbaux des assemblées générales. Une demande écrite doit être adressée, à cet effet, au président qui fixe le jour et l'heure auxquels ces registres pourront être consultés en sa présence ou celle d'un de ses représentants. Aucun document, registre ou pièce de comptabilité, ne peut être emporté du siège.

ART. 11 : Commissions

Le conseil d'administration de l'Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-assistance peut créer diverses commissions auxquelles il peut confier, sous sa responsabilité et son contrôle, l'exécution de certaines missions, l'analyse de certains sujets, la préparation ou l'application de certains de ses travaux. Ces commissions seront obligatoirement présidées par un administrateur de la mutuelle, pouvant être le président de la mutuelle.

Dans tous les cas, les commissions doivent rendre compte au conseil d'administration de l'exécution de leurs décisions et orientations.

Sont ainsi créées la commission sociale, la commission des legs et donations, la commission de réadhésion et réadmission et la commission financière, ainsi que leur composition et les modalités de fonctionnement de leurs réunions tant techniques que plénières.

Un règlement spécifique à chaque commission créée est adopté par le conseil d'administration pour définir leur composition et les modalités de fonctionnement de leurs réunions tant techniques que plénières.

Le conseil peut allouer à ces commissions un budget leur permettant de mener à bien les missions qui leur sont confiées.

Les délégations de pouvoir accordées par le conseil d'administration aux commissions ne peuvent l'exonérer de ses responsabilités et attributions, telles que définies par le Code de la mutualité.

Sur décision du conseil d'administration de l'Orphelinat de la Police Nationale-assistance, il peut être créé des commissions de travail au sein du conseil d'administration selon les besoins du moment. Le nombre d'administrateurs les composant est fixé par le conseil d'administration.

Les commissions peuvent solliciter des avis techniques soit auprès des cadres de la mutuelle, soit auprès de professionnels extérieurs qualifiés. Chaque commission établit des comptes rendus de ses travaux, qui sont présentés lors des réunions du conseil d'administration. Ces comptes rendus peuvent faire l'objet d'annexes aux procès-verbaux des réunions du conseil.

Les commissions sont composées de membres du conseil d'administration, dont les compétences dans le domaine délégué sont reconnues, ou qui ont suivi les formations proposées par la mutuelle.

Des salariés de la mutuelle, et éventuellement des experts extérieurs dont les compétences sont reconnues dans le champ d'intervention de chacune des commissions, peuvent être invités à titre consultatif.

La décision de présence d'experts extérieurs est de la compétence du conseil d'administration.

TITRE IV – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SECTIONS DE LA MUTUELLE (ART. 21.1 DES STATUTS)

ART. 12 : Implantation des sections

Chaque section est implantée dans une unité fixe dont le lieu est défini

par le conseil d'administration. Elle est constituée par cette unité ou le regroupement de plusieurs unités.

En principe, il ne peut exister plus d'une section dans la même localité. Cependant, dans les localités importantes, la coexistence de plusieurs sections peut exceptionnellement être autorisée par le conseil d'administration de l'OMPNI-a lorsque chacune d'elles regroupe des membres participants appartenant à des services ou établissements différents. Quant aux limites géographiques des sections entre elles, elles sont définies par le conseil d'administration de la mutuelle.

ART. 13 : Comité de section locale

Sur décision du conseil d'administration, il peut être mis en place un ou plusieurs correspondants au sein de chaque section locale. Les candidats à la mission de correspondant doivent être adhérent à l'OMPNI-assistance, à l'OMPNI-prévoyance et Les Œuvres d'Orphéopolis. Préalablement à leur désignation par le conseil d'administration, ils doivent faire connaître leur motivation auprès du secrétaire général, qui consulte le référent départemental et l'animateur de région de l'OMPNI-assistance pour avis.

Aucune durée n'est affectée au mandat de correspondant. La mission du correspondant prend fin à l'occasion de sa mutation hors de sa zone de nomination, de sa radiation, de sa démission des mutuelles, à sa demande ou sur décision motivée du conseil d'administration.

ART. 14 : Rôle du correspondant de section locale

Le correspondant est le représentant de l'institution auprès de l'ensemble des fonctionnaires de sa section dont il est l'interlocuteur privilégié.

Il assume la responsabilité du fonctionnement et du développement de sa section en application des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste.

Sous la coordination du référent départemental, pour la gestion de sa section, le correspondant intervient en collaboration avec le chargé de mission de l'OMPNI-prévoyance, responsable de l'information, de son secteur pour la promotion des adhésions et ainsi qu'avec l'animateur de région pour le suivi des familles.

Il donne son avis motivé sur les dossiers sociaux traités par ses soins.

Le correspondant a la possibilité d'organiser des festivités conformément aux modalités définies par le conseil d'administration.

Il centralise toutes les activités financières de la section liées aux festivités.

Un budget prévisionnel est établi et transmis pour accord au président de la mutuelle ou à la personne qu'il a mandatée à cet effet par délégation expresse, avant de prendre des décisions définitives, pour l'organisation d'une festivité.

Le bilan définitif de la festivité est adressé sous un délai de deux mois par le correspondant au siège accompagné des justificatifs comptables et du règlement correspondant à l'excédent réalisé.

ART. 15 : Le référent départemental

Un référent départemental est chargé d'accompagner les correspondants dans leurs missions d'information, de promotion et d'adhésion à la mutuelle.

Il est le relais entre le chargé de mission et le correspondant.

a - Nomination

Il est mis en place par le conseil d'administration après avis des correspondants de son secteur géographique lors des RRI ou autre consultation.

Pour postuler le référent départemental doit être correspondant sur le secteur géographique et ne peut pas être administrateur ou animateur. Les modalités de candidature et de désignation sont définies par délibération du conseil d'administration.

Il est mis en place pour une durée de quatre ans renouvelable.

Les secteurs géographiques sont définis par le conseil d'administration.

b - Fin de mission

La mission du référent départemental prend fin à l'occasion de sa mutation hors de sa zone de nomination, de sa radiation, de sa démission des mutuelles, à sa demande ou sur décision motivée du conseil d'administration. Il peut être aussi demandé la fin de mission anticipée par la majorité des correspondants de sa zone de nomination avec avis argumenté en saisissant le conseil d'administration qui décide des suites à donner.

ART. 16 : Réunions régionales d'information

a) Les régions OMPNI-assistance correspondent aux sections de votes des délégués de l'assemblée générale.

Le nombre, la composition et l'étendue des régions sont de la compétence du conseil d'administration.

b) Annuellement, l'ensemble des correspondants des sections locales, des référents départementaux, l'administrateur, chargé de mission, responsable de l'information et les délégués des sections de vote de chaque région se réunissent en réunion régionale d'information.

Les réunions régionales d'information ont pour but d'informer les correspondants, les référents départementaux et délégués, de pratiquer la concertation et d'assurer la coordination des problèmes locaux, régionaux et nationaux concernant la mutuelle.

Exceptionnellement, le conseil d'administration de la mutuelle peut décider la suppression des réunions régionales d'information, notamment dans le cas où leur organisation pose un problème de calendrier.

Le conseil d'administration est obligatoirement représenté à toutes les réunions régionales d'information par au moins un de ses membres qui assure l'information des délégués.

Les frais de déplacement et de séjour des correspondants, des référents départementaux et des délégués seront pris en charge par la mutuelle conformément au code de déontologie.

Chaque année, une synthèse par écrit des réunions régionales d'information est présentée par le secrétaire général au conseil d'administration et à l'assemblée générale.

TITRE V – CONVENTION DE COOPÉRATION AVEC LE MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

ART. 17 : Objet de la convention

La convention de coopération entre la mutuelle d'assistance et le ministère de l'Intérieur a pour objet de renforcer les liens existants entre l'OMPNI-a et le ministère pour faire jouer la complémentarité sociale des deux institutions en faveur des policiers et de leurs proches.

En échange de l'ouverture limitée de certaines prestations de l'OMPNI-a à des policiers non adhérents à ladite mutuelle, le ministère s'engage à faire bénéficier la mutuelle de mises à disposition ou de détachements de militants pour animer le réseau mutualiste et accompagner les veuves, veufs et les orphelins notamment après la surveillance du décès d'un policier ou de sa compagne.

ART. 18 : Objet et rôle du service d'animation et d'accompagnement social

Il est créé, au sein du service prestations de l'OMPNI-a un service d'animation et d'accompagnement social constitué des policiers mis à disposition dans le cadre de la convention avec le ministère de l'Intérieur au niveau de chaque région OMPNI-assistance. Il est chargé notamment :

- de l'animation des sections au titre de l'accompagnement social,
- du suivi des bénéficiaires des prestations avec les délégués ou les correspondants et, de l'assistance aux intéressés pour la constitution des dossiers d'aide en relation avec le siège et, si nécessaire, avec le service social du ministère.

Le service d'animation et d'accompagnement est placé sous la responsabilité du vice-président.

ART. 19 : Objet et rôle de la cellule des centres de vacances - BAFA - loisirs

Il est créé, au sein du service d'animation et d'accompagnement social, une cellule centres de vacances - BAFA - loisirs.

Cette cellule a la charge d'organiser les prestations vacances pour les orphelins, de proposer des sessions de BAFA/BAFD via un prestataire à destination des orphelins, ainsi que d'être le relais technique, pour toute manifestation organisée par le service d'animation et d'accompagnement social à destination des enfants.

Le vice-président est chargé de suivre l'organisation, le respect des réglementations et le bon fonctionnement de ces prestations. Il travaille en collaboration avec le directeur des prestations.

ART. 20 : Nomination des agents mis à disposition dans les deux services

a) Les agents du service d'animation et d'accompagnement social de

chaque région sont élus par les délégués titulaires des sections de vote et les correspondants de leur région pour un mandat de six ans. Ce mandat peut notamment expirer à tout moment en cas d'arrêt de la convention de mise à disposition mentionnée à l'alinéa 46 du présent règlement et quel qu'en soit le motif. En cas de vacance du poste pour démission ou tout autre motif, il est organisé une nouvelle élection sous les mêmes modalités qu'indiquées ci-dessus jusqu'à échéance de ce mandat.

b) Il peut être mis fin à leur fonction avant ce délai par un vote à bulletin secret et à la majorité qualifiée du nombre de délégués titulaires et de correspondants de leur région, après saisine du conseil d'administration par au moins la moitié des délégués en cause.

La saisine ne peut intervenir :

- qu'après l'expiration d'un délai minimum de douze mois à compter de la prise de fonction de l'animateur ou de son renouvellement dans cette fonction,

- dans les douze derniers mois du mandat en cours de l'animateur.

Il peut être également mis fin à leur fonction avant ce délai par une décision dûment motivée du conseil d'administration.

Le ou les animateurs concernés ne peuvent représenter leur candidature qu'à l'expiration d'un délai de six ans à compter de la date de la décision du conseil d'administration.

c) Peuvent être candidats au poste d'animateur, les délégués titulaires ou suppléants et correspondants appartenant au groupe 1 des membres participants. En cas d'élection, celui-ci conserve son mandat de délégué.

d) L'organisation des élections des animateurs est assurée par le conseil d'administration qui arrête les dates de celles-ci et le déroulement pratique des opérations électorales et d'information de celles-ci. Les votes sont pratiqués à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à un tour, sous le principe un homme / une voix. En cas d'égalité de voix, le candidat le plus âgé est élu. Le délégué suppléant participe au vote lors de l'empêchement du délégué titulaire sauf s'il est déjà votant en qualité de correspondant.

Les correspondants ayant aussi la qualité de délégué ne représentent qu'une voix.

Les votes par correspondance ne sont pas autorisés.

ART. 21 : Organisation du service

Le service d'animation et d'accompagnement social élit en son sein un représentant chargé de représenter ces militants mis à disposition des services de la mutuelle auprès du conseil d'administration et d'y faire remonter les préoccupations des mutualistes.

Il est procédé dans les quinze jours suivant les élections désignant les animateurs à un vote des animateurs pour élire leur représentant auprès du conseil d'administration.

Ce vote est effectué à bulletin secret et est élu, le candidat ayant

obtenu la majorité simple des suffrages exprimés. En cas d'absence de majorité simple atteinte, il est procédé à un nouveau vote à bulletin secret, le candidat ayant obtenu le moins de voix au tour précédent étant éliminé.

La désignation est faite pour une période de trois ans expirant à la fin de mandat des animateurs. Durant celle-ci, il peut être mis fin par anticipation à la mission de représentant sur demande de la majorité des animateurs en poste et par un vote à bulletin secret et à la majorité absolue de tous les animateurs.

En cas de vacance du poste pour démission ou tout autre motif, il est organisé une nouvelle élection d'un représentant sous les mêmes modalités qu'indiquées ci-dessus pour une durée expirant à la prochaine date d'élection des animateurs.

Le représentant des animateurs s'informe auprès du directeur des prestations du programme prioritaire d'actions du service tant auprès des implantations de services qu'auprès des bénéficiaires (veufs ou veuves et orphelins), des légataires et donateurs et sous le contrôle du vice-président. Ce programme est présenté au conseil d'administration.

ART. 22 : Commission sociale

50 - La commission sociale est l'instance d'étude des dossiers d'assistance présentés à la mutuelle. Elle prépare les décisions qui sont soumises au conseil d'administration selon des modalités arrêtées par un règlement qu'il a préalablement voté.

Compte tenu du grand nombre de prestations, la commission sociale peut créer des sous-commissions spécialisées pour telle ou telle prestation. Elle est présidée par le président ou, par délégation, par un administrateur, qui rapporte auprès du conseil d'administration.

TITRE VI – PROTECTION DES REPRÉSENTANTS MUTUALISTES

ART. 23 : Protection accidents

51 - Conformément à la convention passée entre la mutuelle et un cabinet d'assurances, les représentants mutualistes exerçant leurs responsabilités dans un champ d'activités régionales, nationales ou de sections, bénéficient d'une couverture des risques d'accident dès lors qu'ils fournissent la preuve que celui-ci s'est bien produit pendant l'exercice de leur activité mutualiste.

52 - Les demandes de reconnaissance de l'imputation des accidents seront fournies au président de l'OMPN-a pour toute suite utile.

OMPNI-PRÉVOYANCE

Statuts

Règlement mutualiste

des contrats « Solo », « Couple » et « Famille »

Règlement intérieur

OMP~~N~~-prévoyance

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 775 662 158

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

DIRECTION DE LA MUTUALITÉ

1^{er} bureau - 2982

Paris, le 20 juillet 1921

Vu la loi du 1^{er} avril 1898.

Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales

ARRÊTE :

Article premier

Est approuvée la fusion de la Société de secours mutuels dite « Mutuelle de la Police de France et des Colonies », à Angers, n° 413, avec la Société de secours mutuels, dite « Orphelinat mutualiste de la Police de France et des Colonies », au Havre, n° 492, qui s'appellera désormais « Orphelinat et Mutuelle de la Fédération des Polices de France et des Colonies ».

ART. 2

Les capitaux inscrits, tant au fonds de réserve qu'au fonds de retraite de la Société de secours mutuels, dite « Mutuelle de la Police de France et des Colonies », seront portés au compte de la Société de secours mutuels, dite « Orphelinat et Mutuelle de la Fédération des Polices de France et des Colonies ».

ART. 3

Le Préfet de la Seine Inférieure et le Directeur général de la Caisse des dépôts et consignations sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 20 juillet 1921.

(Signé) : G. LEREDU
Pour ampliation.

Pour extrait conforme :
Pour le Préfet de Police :
Le chef de la 3^e division,
(Signé) : illisible

Le Chef du bureau du Personnel du matériel
et de la Comptabilité,
(Signé) : illisible

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

RECONNAISSANCE D'UTILITÉ PUBLIQUE

Le Président de la République Française.

Sur le rapport du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales,

Vu la loi du 1^{er} avril 1898 ;

Vu l'arrêté du 29 août 1921, approuvant les statuts de la Société de secours mutuels dite « Orphelinat et Mutuelle de la Fédération des Polices de France et des Colonies », n° 2.982, à Paris ;

Vu le procès-verbal de l'assemblée générale du 6 juin 1924 ;

Ensemble les autres pièces du dossier ;

Le Conseil d'état entendu,

Décète :

Article premier

La Société de secours mutuels dite « Orphelinat et Mutuelle de la Fédération des Polices de France et des Colonies », à Paris, est reconnue d'utilité publique.

ART. 2

Sont approuvés les statuts annexés au présent décret.

ART. 3

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au Bulletin des Lois.

Fait à Paris, le 20 juin 1925.

Gaston DOUMERGUE

Par le Président de la République
Le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales
DURAFOUR

Pour ampliation :
Le Chef du Bureau du Personnel
(Signé) : LARCHER

Pour extrait conforme :
Pour le Préfet de Police :
Le Sous-Directeur de la 2^e Division,
(Signé) : illisible

Statuts

Actualisés en assemblée générale les 13 et 15 octobre 2020

SOMMAIRE

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

CHAPITRE I^{er} : Formation, dénomination et objet de la mutuelle

- ART. 11.1 : Dénomination et siège de la mutuelle
- ART. 11.2 : Objet de la mutuelle
- ART. 11.3 : Montant du fonds d'établissement
- ART. 11.4 : Règlement intérieur
- ART. 11.5 : Règlement mutualiste
- ART. 11.6 : Respect de l'objet de la mutuelle

CHAPITRE II : Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

Section 1 : Adhésion

- ART. 12.1 : Catégories de membres
- ART. 12.1.1 : Les membres participants
- ART. 12.1.2 : Adhésion individuelle des membres participants
- ART. 12.1.3 : Adhésion dans le cadre des contrats collectifs
- ART. 12.2 : Les membres honoraires
- ART. 12.3 : Adhésion des membres honoraires

Section 2 : Démission, radiation et exclusion

- ART. 12.4 : Démission
- ART. 12.5 : Radiation
- ART. 12.6 : Exclusion
- ART. 12.7 : Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

Section 3 : Cotisations

- ART. 12.8 : Cotisation

TITRE II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I^{er} : Assemblée générale

Section 1 : Composition, élections

- ART. 21.1 : Section de vote
- ART. 21.2 : Composition de l'assemblée générale
- ART. 21.3 : Élections des délégués
- ART. 21.4 : Vacance en cours de mandat d'un délégué de section de vote
- ART. 21.5 : Nombre de délégués à l'assemblée générale
- ART. 21.6 : Empêchement

Section 2 : Réunions et attributions de l'assemblée générale

- ART. 21.7 : Convocation annuelle
- ART. 21.8 : Autres convocations
- ART. 21.9 : Modalités de convocation de l'assemblée générale
- ART. 21.10 : Ordre du jour
- ART. 21.11 : Compétences de l'assemblée générale
- ART. 21.12 : Règles de quorum et de majorité pour les votes de l'assemblée générale
- ART. 21.13 : Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale
- ART. 21.14 : Délégation de pouvoir de l'assemblée générale

CHAPITRE II : Conseil d'administration

Section 1 : Composition, élections

- ART. 22.1 : Composition
- ART. 22.2 : Présentation des candidatures
- ART. 22.3 : Conditions d'éligibilité
- ART. 22.4 : Modalités des élections

- ART. 22.5 : Durée du mandat
- ART. 22.6 : Renouvellement du conseil d'administration
- ART. 22.7 : Vacance

Section 2 : Réunions du conseil d'administration

- ART. 22.8 : Réunions
- ART. 22.9 : Représentation des salariés au conseil d'administration
- ART. 22.10 : Délibérations du conseil d'administration

Section 3 : Attributions du conseil d'administration

- ART. 22.11 : Compétences du conseil d'administration
- ART. 22.12 : Délégations d'attributions par le conseil d'administration
- ART. 22.13 : Nomination d'un directeur général
- ART. 22.14 : Délégations de pouvoir au directeur général

Section 4 : Statut des administrateurs

- ART. 22.15 : Indemnités versées aux administrateurs
- ART. 22.16 : Remboursement des frais des administrateurs
- ART. 22.17 : Situation et comportements interdits aux administrateurs
- ART. 22.18 : Obligations des administrateurs
- ART. 22.19 : Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du conseil d'administration
- ART. 22.20 : Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information
- ART. 22.21 : Conventions interdites
- ART. 22.22 : Responsabilité civile des administrateurs

CHAPITRE III : Président, vice-président, secrétaire général, trésorier général

- ART. 23.1 : Élection et révocation du président, du vice-président, du secrétaire général et du trésorier général
- ART. 23.2 : Vacance de la présidence
- ART. 23.3 : Missions du président
- ART. 23.4 : Le vice-président
- ART. 23.5 : Le secrétaire général
- ART. 23.6 : Le trésorier général

CHAPITRE IV : Organisation financière

Section 1 : Exercice social

- ART. 24.1 : Exercice social

Section 2 : Produits et charges

- ART. 24.2 : Les produits
- ART. 24.3 : Les charges
- ART. 24.4 : Vérifications préalables
- ART. 24.5 : Apports et transferts financiers

Section 3 : Mode de placements et de retraits des fonds - Règles de sécurité financière

- ART. 24.6 : Placements et retraits des fonds
- ART. 24.7 : Marge de solvabilité
- ART. 24.8 : Adhésion au système de garantie de la FNMF

Section 4 : Co-commissaires aux comptes

- ART. 24.9 : Co-commissaires aux comptes

TITRE III : INFORMATION DES ADHÉRENTS

- ART. 30.1 : Étendue de l'information

TITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES

- ART. 40.1 : Dissolution volontaire et liquidation
- ART. 40.2 : Interprétation
- ART. 40.3 : Informatique et libertés
- ART. 40.4 : Médiation
- ART. 40.5 : Mandataires mutualistes

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

CHAPITRE I^{er} - Formation, dénomination et objet de la mutuelle

ART. 11.1 : Dénomination et siège de la mutuelle

Il est constitué une mutuelle dénommée Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-prévoyance, OMPN-p, personne de droit privé à but non lucratif, régie par les livres I et II du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro : 775 662 158.

Le siège social de la mutuelle est situé : 44, rue Roger Salengro - 94120 Fontenay-sous-Bois.

ART. 11.2 : Objet de la mutuelle

La mutuelle a pour objet :

1° - de pratiquer une solidarité morale entre tous ses membres et leurs familles ;

- de venir en aide moralement et matériellement aux orphelins, veufs ou veuves de ses adhérents ;

2° - de réaliser des opérations d'assurance en versant :

- la prestation secours décès ;
- la prestation capital décès ;
- des allocations aux orphelins, en cas de décès du membre participant ou de son (sa) conjoint (conjointe) ou partenaire pacsé(e) ou concubin (concubine) dûment reconnu(e) (branche 20) ;
- la prestation unique d'invalidité ;
- une prime, lors du mariage d'un adhérent ou d'un orphelin (branche 21) ;
- une prime, lors de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant, au sein de la famille d'un membre participant (branche 21) ;
- des allocations aux orphelins handicapés majeurs ;
- des allocations aux orphelins handicapés retraités.

3° - de souscrire tout contrat collectif auprès d'une mutuelle ou d'une union de mutuelles régies par le Code de la mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la sécurité sociale ou d'une entreprise relevant du Code des assurances en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux, de garanties supplémentaires, soit à titre obligatoire dans le cadre de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, soit à titre facultatif.

4° - de conclure avec d'autres mutuelles ou unions de mutuelles des conventions par lesquelles elle se substitue intégralement à ces organismes pour la délivrance d'engagements relatifs aux branches d'activités mentionnées au 2° du présent article vis-à-vis de leurs membres participants et de leurs ayants droit.

5° - de garantir les membres d'une personne morale et leurs ayants droit en concluant avec celle-ci tout contrat collectif pour les engagements relatifs aux branches d'activités mentionnées au 2° du présent article.

La mutuelle peut adhérer à une union de groupe mutualiste (UGM) prévue à l'article L.111-4.1 du Code de la mutualité ou à une union relevant de l'article L.114-4-3 du Code de la mutualité.

ART. 11.3 : Montant du fonds d'établissement

La mutuelle est dotée d'un fonds d'établissement fixé à la valeur initiale de six cent mille euros.

Son montant pourra être modifié, par la suite, suivant les besoins, par décision de l'assemblée générale, sur proposition du conseil d'administration.

ART. 11.4 : Règlement intérieur

Un règlement intérieur est établi par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale. Il détermine les conditions de fonctionnement de la mutuelle et de ses réalisations sociales.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine assemblée générale.

ART. 11.5 : Règlement mutualiste

En application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité, deux règlements mutualistes sont adoptés par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration. Ils définissent le contenu des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations, dans

le cas d'une adhésion à un contrat de la « gamme historique » pour le premier, et dans le cas d'une adhésion à un contrat « solo », « couple » ou « famille » pour le second.

ART. 11.6 : 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 et s'engagent à respecter les principes inscrits dans la charte de la Mutualité Française.

CHAPITRE II – Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

Section 1 : Adhésion

ART. 12.1 : Catégories de membres

La mutuelle se compose, d'une part, de membres participants et d'autre part, de membres honoraires.

ART. 12.1.1 : Les membres participants

A) Catégories

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle.

Les membres participants se répartissent en six groupes :

Groupe 1 :

- les fonctionnaires et personnels qui se trouvent dans les positions prévues par le statut général de la fonction publique d'activité, de détachement, hors cadres, d'accomplissement d'activités dans la réserve nationale, de congé parental et dont la gestion habituelle administrative et/ou opérationnelle relève du ministère de l'Intérieur,
- les divers personnels des polices municipales qui se trouvent dans les positions prévues par le statut général de la fonction publique d'activité, de détachement, hors cadres, ou d'accomplissement des activités dans la réserve nationale, de congé parental sous réserve de justification de leur appartenance à ce corps.

Groupe 2 :

- les emplois jeunes dont la gestion habituelle administrative et/ou opérationnelle relève, ou relèvera dans un délai maximum de six mois, du ministère de l'Intérieur, ou du champ des polices municipales,
- les orphelins majeurs reconnus par la mutuelle, non placés sous un régime de tutelle ou de curatelle, entrés dans la vie active. Ces derniers ne peuvent adhérer qu'à la gamme historique.

Groupe 3 :

Les membres du groupe 1 qui s'acquittent de leur cotisation à la mutuelle :

- ayant fait valoir leur droit à la retraite,
- réformés,
- ayant quitté le champ de recrutement de la mutuelle sans quitter la fonction publique d'État ou des collectivités territoriales.

Groupe 4 :

Les veufs et veuves de membres participants, les concubins veufs et concubines veuves dûment reconnus d'un membre participant, les partenaires pacsés veufs ou veuves d'un membre participant, qui s'acquittent de leur cotisation à la mutuelle.

Pour les membres du Groupe 4, l'adhésion n'est possible que sur la gamme historique, sans condition d'âge, et doit obligatoirement avoir lieu dans les deux ans qui suivent le décès du membre participant.

Groupe 5 :

Le parent survivant ou le représentant légal des enfants ayant perdu leur père ou leur mère qui, au jour de leur décès, n'était pas membre participant et exerçait comme :

- fonctionnaire du ministère de l'Intérieur rattaché à la direction générale de la police nationale ou à la préfecture de police de Paris,
- ou comme policier municipal.

En cas d'absence de parent survivant ou de désignation d'un représentant légal, un autre membre de la famille.

L'adhésion, sans condition d'âge, doit obligatoirement avoir lieu dans les douze mois qui suivent le décès.

Pour les membres du Groupe 5, l'adhésion n'est possible que sur la gamme historique.

Groupe 6 :

Les adhérents à un contrat collectif, à adhésion obligatoire ou facultative, souscrit par leur employeur ou tout autre personnel morale.

B) Ayants droit

Les ayants droit des membres participants des cinq premiers groupes précédemment définis sont leurs descendants au premier degré, leurs conjoints ou partenaires pacés ou concubins dûment reconnus.

La mutuelle reconnaît comme orphelin, l'enfant qui a perdu, ses deux parents ou seulement l'un d'eux, ou son représentant légal ayant la qualité de membre participant, avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans. Passé 18 ans, l'orphelin d'un seul parent ne peut plus voir son statut évoluer, même en cas de décès de l'autre parent.

ART. 12.1.2 : Adhésion individuelle des membres participants

Acquièrent la qualité de membre participant à la mutuelle les personnes qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion, sans condition d'âge, et par le règlement de la cotisation afférente.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par les règlements mutualistes.

Les adhérents à un contrat individuel de type « solo », « couple » ou « famille » perdent leur qualité d'adhérent de manière obligatoire au dernier jour de leurs 65 ans.

ART. 12.1.3 : Adhésion dans le cadre des contrats collectifs

a) Opérations collectives facultatives

La qualité de membre participant à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion, laquelle emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale et la mutuelle.

b) Opérations collectives obligatoires

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

ART. 12.2 : Les membres honoraires

Les membres honoraires sont les personnes physiques ou morales qui versent une contribution, font des dons ou ont rendu des services équivalents. Ils ne peuvent bénéficier des prestations offertes par la mutuelle.

ART. 12.3 : Adhésion des membres honoraires

Les membres honoraires, personnes physiques, ne sont soumis à aucune condition d'âge, de profession ou de nationalité.

L'admission des membres honoraires est décidée par le conseil d'administration.

La mutuelle se réserve le droit d'accepter ou de refuser l'adhésion d'un membre honoraire sans avoir à justifier son refus ou son acceptation.

Section 2 : Démission, radiation et exclusion

ART. 12.4 : Démission

La démission est donnée par écrit par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile.

La démission de la mutuelle et la perte de sa qualité d'adhérent dans les conditions et formes prévues aux règlements mutualistes entraînent la renonciation par l'adhérent de la totalité des prestations servies par la mutuelle et par les organismes d'assurance dont les garanties sont comprises en inclusion à ses contrats.

Pour les opérations individuelles et les opérations collectives à adhésion facultative, le membre participant peut mettre fin à son adhésion par l'envoi d'un courrier recommandé avec accusé de réception au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile.

ART. 12.5 : Radiation

À défaut de paiement par le membre participant d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la mutuelle lui adresse une lettre recommandée par laquelle elle l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de la date d'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue, ainsi que des cotisations venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la fin de l'adhésion et sa radiation.

Il peut toutefois être sursis par le conseil d'administration à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer leur cotisation.

Sont, par ailleurs, radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions d'admission prévues aux présents statuts, sous réserve du respect des stipulations inscrites dans le règlement mutualiste.

ART. 12.6 : Exclusion

- Peuvent être exclus les membres qui auront de mauvaise foi dûment établie, fait des déclarations inexactes ou omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées telle que prévu à l'article L. 221-15 du Code de la mutualité. Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie, il ne peut y avoir de nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

- Peuvent être exclus les membres qui auront commis des réticences ou des fausses déclarations intentionnelles entraînant la nullité des garanties accordées telle que prévue à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité quand ces réticences ou ces fausses déclarations changent l'objet du risque ou en diminuent l'opinion pour la mutuelle quand bien même le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit à toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

- Peuvent être exclus les membres qui auraient porté atteinte aux intérêts de la mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif par une section de vote ou le conseil d'administration est convoqué devant l'assemblée générale pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

L'assemblée générale décide de son exclusion ou de sa non exclusion par un vote.

ART. 12.7 : Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

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

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

Section 3 : Cotisations

ART. 12.8 : Cotisation

La mutuelle recouvre sa cotisation conjointement à celles de la mutuelle OMPN-assistance, de l'association les Œuvres d'Orphéopolis, et des organismes d'assurance dont les garanties sont comprises en inclusion à ses contrats. Le montant de la cotisation de l'OMPN-p est fixé par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration. La notification du montant de la cotisation est effectuée par courrier, ou par la voie du Magazine d'Orphéopolis, ou sur l'avis d'échéance annuelle, ou sur l'espace adhérent du site internet d'Orphéopolis, ou par mail ou par l'envoi d'un exemplaire du règlement mutualiste modifié, adressé à la dernière adresse postale ou électronique connue.

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I^{er} – Assemblée générale

Section 1 : Composition, élections

ART. 21.1 : Section de vote

Tous les membres participants actifs et retraités de la mutuelle et les membres honoraires sont répartis en sections de vote.

La liste des sections est arrêtée par le conseil d'administration.

ART. 21.2 : Composition de l'assemblée générale

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote.

Chaque section est représentée à l'assemblée générale par tranche de 350 membres participants et membres honoraires, sur la base des effectifs enregistrés au 1^{er} janvier de l'année durant laquelle est organisée l'élection.

Dans le cas où les effectifs de la section auraient augmenté en cours de mandat sur la base du nombre de membres enregistrés au 1^{er} janvier de l'année de l'élection, il est procédé au réajustement du nombre de

délégués, pour la durée du mandat restant à courir, par titularisation du premier délégué suppléant.

Dans le cas où les effectifs de la section auraient diminué en cours de mandat sur la base du nombre de membres enregistrés au 1^{er} janvier de l'année de l'élection, il est procédé au réajustement du nombre de délégués, pour la durée du mandat restant à courir, par suppression du dernier délégué titulaire qui devient le premier délégué suppléant. Le nombre de délégués suppléants est au plus égal au nombre de délégués titulaires, l'ordre de suppléance étant déterminé par le nombre de voix obtenues lors des précédentes élections de délégués. Dans le cas de la titularisation d'un délégué suppléant lors du réajustement du nombre de délégués par section, il n'est pas procédé à une nouvelle élection de suppléants jusqu'à la fin du mandat.

ART. 21.3 : Élections des délégués

Les membres participants et honoraires de chaque section de vote élisent parmi eux les délégués titulaires et suppléants de l'assemblée générale de la mutuelle. Ils sont élus pour quatre ans, en assemblée générale de section de vote ou par correspondance, à bulletins secrets, suivant le mode de scrutin uninominal à un tour. À titre exceptionnel, les délégués élus en 2017 ne sont élus que pour cinq ans.

Le mandat de délégué titulaire ou suppléant est renouvelable et prend fin à l'ouverture de la première assemblée générale qui procède à l'approbation des comptes de la mutuelle et tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat.

Le délégué ou le suppléant le remplaçant selon les modalités décrites à l'article 21.6 des statuts doit être présent à l'assemblée générale de la mutuelle. Seuls les délégués ou leurs suppléants présents participent et votent aux assemblées générales de la mutuelle sans possibilité de vote par correspondance ou procuration.

La perte de qualité de membre entraîne celle de délégué titulaire ou suppléant à l'assemblée générale.

ART. 21.4 : Vacance en cours de mandat d'un délégué de section de vote

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou par la perte de sa qualité d'adhérent d'un délégué titulaire de section, celui-ci est remplacé par le premier délégué suppléant ayant obtenu le plus grand nombre de voix lors des précédentes élections de délégués. En l'absence de délégué suppléant, le poste reste vacant jusqu'à la prochaine élection. En cas de mutation sur une autre section de vote, il conserve son mandat jusqu'à la plus prochaine élection.

ART. 21.5 : Nombre de délégués à l'assemblée générale

Les délégués titulaires constituent l'assemblée générale de la mutuelle. Chaque délégué ne dispose que d'une seule voix dans les votes à l'assemblée générale, conformément à l'article L. 114-6 alinéa 4 du Code de la mutualité.

ART. 21.6 : Empêchement

Le délégué titulaire empêché d'assister à l'assemblée générale est remplacé dans ses fonctions par le premier délégué suppléant ayant obtenu le plus grand nombre de voix lors des précédentes élections de délégués en application des articles 21.3 et 21.4 des présents statuts, et ainsi de suite.

Section 2 : Réunions et attributions de l'assemblée générale

ART. 21.7 : Convocation annuelle

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 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 désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation, le représentant légal de la mutuelle étant appelé pour cette audience.

ART. 21.8 : Autres convocations

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

1. La majorité des administrateurs qui composent le conseil ;
2. Les commissaires aux comptes ;
3. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, d'office ou à l'examen de la

demande d'un ou plusieurs membres participants ;

4. Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, d'office ou à l'examen de la demande d'un ou plusieurs membres participants ;

5. Les liquidateurs.

ART. 21.9 : Modalités de convocation de l'assemblée générale

L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours, au moins, avant la date de sa réunion, dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur. La convocation est faite par lettre ordinaire ou courrier électronique adressé à chaque délégué.

Lorsqu'une assemblée générale n'a pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde assemblée peut être convoquée, huit jours au moins à l'avance, dans les mêmes formes que la première. La convocation reproduit l'ordre du jour et la date de la première. 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.

ART. 21.10 : Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée générale des projets de résolution dans les conditions prévues par décret.

L'assemblée ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Toutefois, elle peut en toutes circonstances :

- révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration,
 - procéder à leur remplacement,
 - prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.
- Il est établi un procès-verbal de la réunion de l'assemblée générale.

ART. 21.11 : Compétences de l'assemblée générale

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

II. L'assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

- 1° les statuts, les règlements mutualistes, le règlement intérieur et leurs modifications
- 2° les activités exercées
- 3° l'existence et, le cas échéant, le montant des droits d'adhésion
- 4° les montants de cotisations
- 5° les prestations offertes
- 6° l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle ainsi que la création d'une autre mutuelle
- 7° les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance
- 8° 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
- 9° le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire
- 10° le rapport moral, le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent
- 11° les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe
- 12° le rapport spécial des commissaires aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité
- 13° le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles régies par les livres II et III du Code de la mutualité auquel est joint le rapport des commissaires aux comptes prévu à l'article L. 114-39 du même code
- 14° l'allocation d'indemnités au président du conseil d'administration ou à des administrateurs conformément à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité
- 15° toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et qui lui sont soumises par le conseil d'administration.

III. L'assemblée générale décide :

- 1° la nomination des co-commissaires aux comptes et de leurs suppléants

2° la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires

3° les délégations de pouvoirs prévues à l'article 21.14 des présents statuts

4° les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité.

ART. 21.12 : Règles de quorum et de majorité pour les votes de l'assemblée générale

I. L'assemblée générale de la mutuelle ne délibère valablement, lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants des cotisations, la délégation de pouvoir prévue à l'article 21.14 des présents statuts, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du total des délégués.

À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents représente au moins le quart du total de ses délégués.

Pour ces questions, les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

II. Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I., ci-dessus, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du total des délégués.

À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents. Pour ces questions, les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

ART. 21. 13 : Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité aux dispositions du Code de la mutualité et à l'objet de la mutuelle.

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

ART. 21. 14 : Délégation de pouvoir de l'assemblée générale

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de déterminer les montants de cotisations et de prestations au conseil d'administration.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

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

CHAPITRE II – Conseil d'administration

Section 1 : Composition, élections

ART. 22.1 : Composition

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de douze administrateurs élus parmi les membres participants à jour de leurs cotisations.

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 dirigeants 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.

Conformément aux dispositions de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le nombre d'administrateurs communs avec l'OMPNI-assistance ne peut dépasser les deux tiers du nombre de postes d'administrateurs de chacun des conseils d'administration.

Lors d'élections d'administrateurs en assemblée générale, s'il est constaté, lors de la proclamation des résultats dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenu, que l'élection du candidat a pour conséquence d'entraîner le dépassement du nombre maximum de postes communs, celui-ci est réputé démissionnaire d'office et, est déclaré élu, le candidat suivant non commun avec l'OMPNI-assistance.

À compter de la première assemblée générale qui procédera à l'élection d'administrateurs en 2021 (ou à compter de l'assemblée générale qui statuera sur l'approbation des comptes de l'année 2020), la représentation de chaque sexe au sein du conseil d'administration ne pourra être inférieure à 40 % de la totalité des membres.

Par dérogation à l'alinéa précédent, lorsque la proportion de membres participants d'un des deux sexes est inférieure à 25 %, la part dévolue aux membres de ce sexe est au moins égale à 25 %, dans la limite de 50 %. Les délégués à l'assemblée générale devront, sous peine de nullité du vote et sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe, désigner un nombre de candidats de chaque sexe conforme à la part de ce sexe indiquée précédemment, en fonction du nombre de postes à pourvoir.

ART. 22.2 : Présentation des candidatures

Les déclarations de candidature aux fonctions de membre du conseil d'administration doivent être adressées, au moins un mois avant la date de l'assemblée générale, au président du conseil d'administration au siège administratif de la mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, le cachet de la poste faisant foi.

ART. 22.3 : Conditions d'éligibilité

I. Pour être éligibles, les membres doivent :

- a) être âgés de 18 ans révolus et de moins de 70 ans,
- b) ne pas être salariés de la mutuelle, conjoints, ascendants ou descendants directs d'une personne salariée de la mutuelle et ne pas avoir exercé de fonctions de salarié au sein de la mutuelle au cours des trois dernières années précédant l'élection,
- c) n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.
- d) être à jour de leurs cotisations.

Avant sa nomination, la personne présentée pour exercer les fonctions d'administrateur est tenue de déclarer l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'elle entend conserver.

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

Dans le décompte des mandats mentionnés ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

Dans le décompte des mandats mentionnés :

- sont pris en compte pour un seul mandat ceux détenus dans des organismes mutualistes faisant partie d'un ensemble soumis à l'obligation d'établir des comptes consolidés ou combinés dans les conditions prévues à l'article L. 356-1 du Code des assurances ;
- ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité ;
- ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les fédérations définies à l'article L.111-5 du Code de la mutualité et les unions qui ne relèvent ni du Livre II ni du Livre III du Code de la mutualité, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

Toute personne qui, lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec les dispositions de l'alinéa précédent doit, dans les trois mois de sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats. À l'expiration de ce délai, elle est réputée s'être démise de son mandat le plus récent, sans que soit, de ce fait, remise en cause la validité des délibérations auxquelles elle a pris part.

La qualité d'administrateur est incompatible avec l'exercice d'une activité salariée pour le compte de la mutuelle. Un administrateur ne peut devenir salarié de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai de 3 années à compter de la fin de son 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.

ART. 22.4 : Modalités des élections

Les douze membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par les délégués présents à l'assemblée générale au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au premier tour et majorité relative au second tour).

ART. 22.5 : Durée du mandat

I. Les membres du conseil d'administration sont élus pour une durée de

six ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'assemblée générale qui vote le renouvellement de leur mandat ou leur remplacement.

II. Les membres du conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant de la mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge de 70 ans,
- 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 ait condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

À titre exceptionnel et transitoire, deux des six administrateurs élus à l'assemblée générale de l'année 2015 qui auront recueilli le moins de suffrages ne sont élus que pour quatre ans. De même, deux des six administrateurs élus à l'assemblée générale de l'année 2017 qui auront recueilli le moins de suffrages ne sont élus que pour deux ans.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'assemblée générale.

ART. 22.6 : Renouvellement du conseil d'administration

Le conseil d'administration se renouvelle par tiers tous les deux ans depuis l'assemblée générale qui s'est tenue en 2017.

Les membres sortants sont rééligibles.

Les fonctions des administrateurs expirent à l'issue de l'assemblée générale appelée à pourvoir à leur remplacement, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

ART. 22.7 : Vacance

En cas de vacance d'un administrateur en cours de mandat par décès, démission, perte de la qualité de membre participant ou pour toute autre raison, il peut être pourvu, provisoirement et dans l'attente de la plus prochaine assemblée générale, par le conseil d'administration, à la cooptation d'un administrateur au siège devenu vacant. Cet administrateur achève alors le mandat de son prédécesseur. Cette cooptation est soumise à la plus proche assemblée générale. Si la nomination faite par le conseil d'administration n'est pas ratifiée par l'assemblée générale, le mandat de l'administrateur nommé provisoirement cesse immédiatement mais les délibérations prises avec sa participation et les actes qu'il aurait accomplis demeurent valables.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs serait inférieur au minimum légal prévu à l'article L. 114-16 alinéa 5 du Code de la mutualité, du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

À défaut de convocation par le président, les stipulations des articles 21.7 et 21.8 ci-dessus s'appliqueront.

Section 2 : Réunions du conseil d'administration

ART. 22.8 : Réunions

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an. La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart au moins des membres du conseil.

Le président du conseil d'administration établit l'ordre du jour du conseil et le joint à la convocation.

Le président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du conseil d'administration. Le conseil délibère sur cette présence.

Le directeur ou directeur général de la mutuelle participe de droit aux réunions du conseil d'administration.

Les administrateurs et les représentants mentionnés à l'article 22.9 peuvent participer aux réunions par des moyens de « visioconférence » ou de « télécommunication » permettant leur identification et garantissant leur participation simultanée et effective aux débats. Ils sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité. Cette possibilité n'est pas ouverte pour les conseils d'administration de clôture des comptes annuels et en cas de refus exprimé par au moins le tiers des administrateurs, au moins trois jours avant la tenue de la séance.

ART. 22.9 : Représentation des salariés au conseil d'administration

En application du paragraphe 3.4 de la convention collective de la

mutualité – si la mutuelle comprend cinquante salariés et plus, la représentation du personnel au conseil d'administration est régie par les dispositions de l'article L. 114-16 alinéa 6 du Code de la mutualité. Si la mutuelle comprend moins de cinquante salariés, un représentant du personnel assiste avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration.

Il est élu pour deux ans par l'ensemble des salariés de la mutuelle, sous contrat à durée déterminée et indéterminée sans restriction d'ancienneté, au scrutin majoritaire en un seul tour sans condition de quorum.

Le vote s'effectue au siège administratif de la mutuelle et par correspondance. Ne peut être candidat qu'un salarié sous contrat à durée indéterminée.

ART. 22.10 : Délibérations du conseil d'administration

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins 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.

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président ou les dirigeants.

Il est établi, sur un registre coté et paraphé, un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Section 3 : Attributions du conseil d'administration

ART. 22.11 : Compétences du conseil d'administration

Le conseil d'administration détermine les orientations de la mutuelle ; il veille à leur application.

Le conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle. Il examine les résultats de la mutuelle et approuve son budget.

Il fixe le règlement financier qui détermine le cadre au sein duquel la gestion des placements de la mutuelle est réalisée.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi et la réglementation applicable aux mutuelles.

ART. 22.12 : Délégations d'attributions par le conseil d'administration

Le conseil d'administration peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs.

Le conseil d'administration peut confier au président les attributions suivantes :

- expédier les affaires courantes,
- prendre entre deux réunions du conseil d'administration, toutes décisions utiles en ce qui concerne l'action générale et le fonctionnement de la mutuelle,
- et plus généralement, toutes attributions qui ne sont pas spécialement réservées au conseil d'administration.

Il peut, à tout moment, retirer une ou plusieurs de ces délégations d'attributions.

Le conseil d'administration peut confier au président ou à un administrateur missionné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation, et l'exécution de contrats ou types de contrats qu'il détermine. Le président ou l'administrateur ainsi missionné agit sous le contrôle et l'autorité du conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

Le conseil d'administration peut déléguer au trésorier la mise en œuvre de la gestion des placements dans le cadre du règlement financier.

Le président ou les administrateurs doivent rendre compte au conseil d'administration des décisions prises.

ART. 22.13 : Nomination d'un directeur général

Le conseil d'administration peut décider de nommer, ou recruter un directeur général salarié dont il fixe les conditions de rémunération d'embauche. Ses missions et responsabilités sont fixées par l'annexe III de la convention collective du 31 janvier 2000.

Il ne peut être licencié par le président qu'avec l'accord du conseil d'administration.

ART. 22.14 : Délégations de pouvoir au directeur général

Le directeur général peut se voir déléguer par le président ou un administrateur, dans la limite de leurs attributions respectives, le pouvoir de passer, en leur nom, certains actes ou de prendre certaines décisions. Ces délégations doivent être autorisées par le conseil d'administration par décision expresse, déterminées quant à leur objet et répertoriées dans un registre coté.

En aucun cas, le président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi.

Section 4 : Statut des administrateurs

ART. 22.15 : Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité, à condition qu'ils ne soient pas fonctionnaires titulaires en dispense d'activité pour exercer leurs missions.

ART. 22.16 : Remboursement des frais des administrateurs

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour, de garde d'enfants dans les conditions mentionnées à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

ART. 22.17 : Situation et comportements interdits aux administrateurs

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 toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou au directeur général.

Les anciens 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.

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la mutuelle ou tout autre organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 22.20, 22.21 et 22.22 des présents statuts. Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

ART. 22.18 : Obligations des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions 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 savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard. 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.

ART. 22.19 : Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du conseil d'administration

Sous réserve des dispositions de l'article 22.21 des présents statuts, toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou son directeur général, 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 le directeur général 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 de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, 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 ou le directeur général et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité.

L'administrateur ou le directeur général intéressé est tenu d'informer le

conseil d'administration de la mutuelle dès qu'il a connaissance d'une convention à laquelle l'article L. 114-32 est applicable.

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.

L'administrateur intéressé ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

ART. 22.20 : 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 ou son directeur général, telles que définies par le 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 fixées au règlement intérieur.

ART. 22.21 : Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs et au directeur général 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 au directeur général lorsque celui-ci est susceptible 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 et du directeur général.

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

ART. 22.22 : Responsabilité civile des administrateurs

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

CHAPITRE III – Président, vice-président, secrétaire général, trésorier général

ART. 23.1 : Élection et révocation du président, du vice-président, du secrétaire général et du trésorier général

Le conseil d'administration élit parmi ses membres, en qualité de personnes physiques, un président, un vice-président, un secrétaire général et un trésorier général. Il peut à tout moment mettre un terme à ces fonctions, séparément.

Le président, le vice-président, le secrétaire général et le trésorier général sont élus à bulletin secret pour la durée de leur mandat d'administrateur lors :

- de la première réunion du conseil d'administration qui suit l'assemblée générale ayant procédé à leur élection au sein du conseil d'administration,

- soit lors du conseil d'administration statuant sur la fin anticipée de ces fonctions.

En cas de partage de voix sur les postes de vice-président, secrétaire général et trésorier, le candidat cumulant le plus grand nombre d'années dans la fonction d'administrateur est déclaré élu.

Ils sont rééligibles.

ART. 23.2 : Vacance de la présidence

En cas de décès, démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué dans les meilleurs délais à cet effet par le vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

ART. 23.3 : Missions du président

Le président organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale.

Il convoque l'assemblée générale, le conseil d'administration et en établit respectivement l'ordre du jour.

Il préside les réunions de l'assemblée générale, du conseil d'administration.

Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L. 612-23 et suivants du Code monétaire et financier.

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

Il engage les dépenses et perçoit les recettes.

Il peut accomplir tous les actes se rattachant à l'objet social, toutefois, s'agissant des actes de disposition portant sur une valeur supérieure à quinze mille euros, il ne peut contracter qu'avec l'autorisation préalable du conseil d'administration.

Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Ces délégations de pouvoirs peuvent prévoir la faculté de subdélégation au profit d'autres salariés, avec autorisation préalable du président.

Il représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'agir en justice ou de défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle. Il peut mandater un autre administrateur ou le directeur général afin qu'il représente la mutuelle dans les cas visés à l'alinéa précédent, mais pour des affaires qu'il précise.

ART. 23.4 : Le vice-président

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

En cas de vacance du président, le vice-président peut remplacer provisoirement le président dans l'attente de l'élection d'un nouveau président. Il peut, également, remplacer le secrétaire général et le trésorier général dans les mêmes conditions.

ART. 23.5 : Le secrétaire général

Le secrétaire général est responsable de la rédaction des procès verbaux et de certaines tâches administratives définies au règlement intérieur.

Il peut, sous sa responsabilité et sous son contrôle, confier à un ou des salarié(s) l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ART. 23.6 : Le trésorier général

Le trésorier général 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 inscrites dans le règlement financier, à l'achat, à la vente et d'une façon générale à toutes opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à la discussion du conseil d'administration :

- les comptes annuels, les documents et états tableaux qui s'y rattachent,
- le rapport du conseil d'administration prévu au paragraphe m) de l'article L. 114-9 du Code de la mutualité,
- les éléments visés aux paragraphes a), c), d), et f) ainsi qu'aux deux derniers alinéas de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité,
- un rapport synthétique sur la situation financière de la mutuelle.

Il présente à l'assemblée générale un rapport annuel de gestion de la mutuelle.

Sans préjudice des stipulations de l'article 22.12 ci-dessus, le trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnancement, notamment le responsable du service comptable, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

CHAPITRE IV – Organisation financière

Section 1 : Exercice social

ART. 24.1 : Exercice social

L'exercice social a une durée de douze mois. Il débute le 1^{er} janvier pour se terminer le 31 décembre de chaque année.

Section 2 : Produits et charges

ART. 24.2 : Les produits

Les produits de la mutuelle comprennent :

- 1° le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'assemblée générale ;
- 2° les cotisations des membres participants et des membres honoraires ;
- 3° les dons et les legs mobiliers et immobiliers ;
- 4° les produits résultant de l'activité de la mutuelle ;
- 5° plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi et conformes aux finalités mutualistes de la mutuelle, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

ART. 24.3 : Les charges

Les charges comprennent :

- 1° les diverses prestations servies aux membres participants ;
- 2° les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle ;
- 3° les versements faits aux unions et fédérations ;
- 4° les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
- 5° les cotisations versées au système fédéral de garantie prévu à l'article L. 111-6 du Code de la mutualité ;
- 6° la redevance prévue à l'article L. 951 a) du Code de la sécurité sociale et affectée aux ressources de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) pour l'exercice de ses missions ;
- 7° plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes de la mutuelle.

ART. 24.4 : Vérifications préalables

Les dépenses de la mutuelle sont engagées par le président et payées par le trésorier général ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues à l'article 23.6 des présents statuts.

Le responsable de la mise en paiement des charges s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la mutuelle.

ART. 24.5 : 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 créées, dans les conditions prévues à ces articles.

Section 3 : Mode de placements et de retraits des fonds - Règles de sécurité financière

ART. 24.6 : Placements et retraits des fonds

Les placements et retraits de fonds sont réalisés dans les conditions fixées par la législation en vigueur.

ART. 24.7 : Marge de solvabilité

La mutuelle dispose d'une marge de solvabilité conforme à la réglementation en vigueur.

ART. 24.8 : Adhésion au système de garantie de la FNMF

La mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération nationale de la Mutualité Française.

Section 4 : Co-commissaires aux comptes

ART. 24.9 : Co-commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, l'assemblée générale nomme des co-commissaires aux comptes et leurs suppléants choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce. Les co-commissaires aux comptes et leurs suppléants sont nommés pour six exercices. Leurs fonctions expirent après la réunion de l'assemblée générale qui statue sur les comptes du sixième exercice.

Les co-commissaires aux comptes suppléants sont appelés à remplacer les titulaires en cas de décès ou d'empêchement de ceux-ci. Ils ne demeurent en fonction que jusqu'à l'expiration du mandat de leur prédécesseur.

Le président du conseil d'administration convoque les co-commissaires aux comptes à toute assemblée générale.

Les co-commissaires aux comptes :

- certifient 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 ;
- certifient les comptes consolidés et combinés établis par le conseil d'administration ;
- prennent 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 ;
- établissent et présentent à l'assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité ;
- fournissent à la demande de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) tout renseignement sur l'activité de la mutuelle sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- signalent sans délai à l'Autorité tout fait et toute décision mentionnés à l'article L. 612-44 du Code monétaire et financier dont ils ont eu connaissance ;
- portent à la connaissance du conseil d'administration les vérifications auxquelles ils ont procédé dans le cadre de leurs attributions prévues par le Code de commerce ;
- signalent dans leur rapport annuel à l'assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'ils ont relevées au cours de l'accomplissement de leur mission. Les co-commissaires aux comptes joignent à leur 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

ART. 30.1 : Étendue de l'information

Chaque adhérent reçoit gratuitement, lors de l'adhésion, un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste. Les modifications votées en assemblée générale de ces documents sont portées à sa connaissance par courrier, par courriel, sur l'espace adhérent du site internet Orphéopolis, par le magazine d'information de la mutuelle ou par l'envoi d'un exemplaire de ces documents adressé à la dernière adresse postale ou électronique connue.

Il est informé :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès ;
- des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

ART. 40.1 : Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 21.12 des présents statuts.

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.

La nomination des liquidateurs met fin aux fonctions des administrateurs. L'assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 21.12 des présents statuts à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds National de solidarité et d'actions mutualistes mentionné 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.

ART. 40.2 : Interprétation

Les statuts, les règlements mutualistes, le bulletin d'adhésion, le règlement intérieur et les chartes sont applicables par ordre de priorité décroissante.

ART. 40.3 : Informatique et libertés

Les données relatives aux membres participants et honoraires constituent des informations nominatives et sont protégées à ce titre par les dispositions légales.

La mutuelle s'engage à respecter toutes les obligations de cette loi et à ne pas utiliser les fichiers à d'autres fins que celles résultant de l'application des statuts, du règlement intérieur et des règlements mutualistes.

ART. 40.4 : Médiation

En cas de difficultés liées, en particulier, à l'application ou l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, les membres participants et honoraires peuvent saisir le médiateur de la mutuelle. Celui-ci est désigné conformément aux dispositions des articles L. 611-1 et suivants et R. 612-1 et suivants du Code de la consommation.

ART. 40.5 : Mandataires mutualistes

Le mandataire mutualiste, en application de l'article L. 114-37-1, est une personne physique, distinct de l'administrateur mentionné à l'article L. 114-16, qui apporte à une mutuelle, union ou fédération, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du ou des mandats pour lesquels il a été statutairement désigné ou élu.

Peuvent bénéficier du statut de mandataire mutualiste, sous réserve de décision du conseil d'administration en ce sens, les délégués à l'assemblée générale ainsi que les référents départementaux définis à l'article 15 du règlement intérieur.

La mutuelle propose à ses mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes. Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Cependant, leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent leur être remboursés dans les mêmes conditions définies et dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

Règlement mutualiste des contrats « Solo », « Couple » et « Famille »

Actualisé en conseil d'administration le 3 décembre 2020

SOMMAIRE

TITRE I^{er} : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

CHAPITRE I^{er} : Les adhérents et les bénéficiaires

- ART. 1 : Définition des adhérents
- ART. 2 : Catégories de bénéficiaires
- ART. 3 : Définition des orphelins bénéficiaires

CHAPITRE II : Obligations des adhérents envers la mutuelle

Section 1 : Adhésion

- ART. 4 : Droit d'admission
- ART. 5 : Adhésion à distance
- ART. 6 : Réadmission
- ART. 7 : Date d'effet - Durée de l'adhésion
- ART. 8 : Démission

Section 2 : Cotisations

- ART. 9 : Annualité des cotisations
- ART. 10 : Recouvrement des cotisations
- ART. 11 : Modalités de paiement des cotisations
- ART. 12 : Appel à cotisation
- ART. 13 : Date d'échéance du paiement des cotisations
- ART. 14 : Modification des montants des cotisations
- ART. 15 : Changement d'offre de contrats (offres solo, couple et famille)

CHAPITRE III : Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Section 1 : Contenu des offres

- ART. 16 : Description des offres

Section 2 : Prestations assurées par l'OMPEN-p

- ART. 17 : Le Capital obsèques
- ART. 18 : Le Capital décès
- ART. 19 : La Rente éducation
- ART. 20 : La prime au mariage
- ART. 21 : La prime au couffin
- ART. 22 : Etablissement du dossier d'indemnisation
- ART. 23 : Dispositions concernant les mineurs de plus de 16 ans

Section 3 : Prestations assurées par la Mutuelle des sportifs

- ART. 24 : Définitions applicables aux garanties « Forfait frais de soins immédiats » et « Forfait immédiat invalidité grave »

- ART. 25 : Le Forfait frais de soins immédiats

- ART. 26 : La Garantie Forfait immédiat invalidité grave

Section 4 : Dispositions communes aux prestations

- ART. 27 : Droit aux prestations

- ART. 28 : Modification des prestations

- ART. 29 : Délais de prescription

- ART. 30 : Renonciation

- ART. 31 : Réclamation

- ART. 32 : Médiation

- ART. 33 : Exclusions

- ART. 34 : Utilisation des données à caractère personnel

Section 5 : Subrogation

- ART. 35 : Subrogation

Section 6 : Fonds social

- ART. 36 : Objet du fonds

- ART. 37 : Montant du fonds

- ART. 38 : Fonctionnement

Section 7 : Fonds de revalorisation

- ART. 39 : Provisions

- ART. 40 : Participation aux excédents techniques et financiers

TITRE II : MONTANTS DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

CHAPITRE I^{er} : Montant des cotisations

- ART. 41 : Variation du montant des cotisations

- ART. 42 : Tableau des montants annuels des cotisations

CHAPITRE II : Montant des prestations

- ART. 43 : Montant du Capital obsèques

- ART. 44 : Montant du Capital décès

- ART. 45 : Montant de la Rente éducation

- ART. 46 : Montant de la prime au mariage

- ART. 47 : Montant de la prime au couffin

- ART. 48 : Montant de la Garantie Forfait frais de soins immédiats

- ART. 49 : Montant de la Garantie Forfait immédiat invalidité grave

Préambule

Il est créé un règlement mutualiste dénommé « Règlement mutualiste des Offres « solo », « couple » et « famille » » afin de définir le contenu des engagements existant entre, d'une part, les membres participants ou honoraires, et d'autre part, la Mutuelle Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale prévoyance (« OMPN-p ») en ce qui concerne les prestations et les cotisations relevant des contrats « solo », « couple » et « famille » proposés par la mutuelle OMPN-prévoyance, distinct de la « gamme historique » relevant d'un autre règlement mutualiste.

Il est adopté par l'assemblée générale, sur proposition du conseil d'administration.

Le Groupe Orphéopolis composé de l'OMPEN-a, l'OMPEN-p et des Œuvres d'Orphéopolis est mu par une histoire commune et une même finalité d'intérêt général.

L'adhésion du membre participant à l'OMPEN-p n'est possible que s'il adhère concomitamment à :

- la mutuelle Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-assistance (« OMPEN-a ») et,

- l'association « les Œuvres d'Orphéopolis ». Le descriptif des prestations délivrées par OMPEN-a figure dans son règlement mutualiste, tandis que celles des Œuvres d'Orphéopolis figurent dans son règlement intérieur.

En application de l'article L. 221-3 du Code de la Mutualité, l'OMPEN-p peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux, de garanties supplémentaires.

L'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat bénéficient alors obligatoirement du contrat souscrit par la mutuelle.

TITRE I^{ER} - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Chapitre I^{er} – Les adhérents et les bénéficiaires

ART. 1 : Définition des adhérents

Les adhérents sont les membres participants entrant dans le champ d'adhésion de la mutuelle défini au sein des groupes prévus à l'article 12.1.1 des statuts, âgés de plus de 18 ans et moins de 66 ans.

Au dernier jour des 65 ans de l'adhérent, le contrat s'achève automatiquement, sans qu'il soit besoin d'un délai de prévenance de l'adhérent ou de la mutuelle.

ART. 2 : Catégories de bénéficiaires

Les bénéficiaires des prestations sont les membres participants et leurs ayants droit tels qu'ils sont définis à l'article 12.1.1 des statuts de la mutuelle.

Les ayants droit se répartissent en trois catégories :

1°) les orphelins :

a) sont considérés comme orphelins de père ou de mère (OP1), les enfants d'un membre participant lorsqu'un seul des deux parents est décédé ;

b) sont considérés comme orphelins de père et mère (OP2), les enfants d'un membre participant lorsque les deux parents sont décédés ;

2°) les veufs ou veuves de membres participants, les concubins veufs ou concubines veuves dûment reconnus de membres participants ainsi que les partenaires veufs ou veuves de membres participants pacés.

3°) les bénéficiaires désignés

ART. 3 : Définition des orphelins bénéficiaires

Les orphelins bénéficiaires reconnus par la mutuelle sont les enfants qui ont perdu leurs deux parents ou seulement l'un d'eux avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans. Le versement de la rente d'éducation s'effectue jusqu'aux 25 ans de l'orphelin en cas de poursuite d'études.

Chapitre II – Obligations des adhérents envers la mutuelle

Section 1 : Adhésion

Le Groupe Orphéopolis composé de l'OMP_N-a, l'OMP_N-p et des Œuvres d'Orphéopolis est mu par une histoire commune et une même finalité d'intérêt général.

Dès lors, toute adhésion à une offre « solo », « couple », ou « famille » de l'OMP_N-p entraîne automatiquement l'adhésion à l'ensemble des entités du Groupe Orphéopolis aux conditions mentionnées aux statuts, au présent règlement mutualiste et au règlement intérieur.

ART. 4 : Droit d'admission

Aucun droit d'admission n'est perçu par la mutuelle lors de l'adhésion d'un membre participant.

ART. 5 : Adhésion à distance

Le contrat est commercialisé à distance lorsqu'il est conclu sans qu'il y ait la présence physique et simultanée des parties.

Si l'adhésion a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus pour y renoncer.

Ce délai commence à courir soit à compter :

- de la date d'effet mentionnée sur son bulletin d'adhésion,

- du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion. Cette renonciation doit être notifiée à l'OMP_N-p par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation. Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, l'OMP_N-p rembourse au membre participant les cotisations payées.

L'OMP_N-p met à disposition du membre participant le modèle de lettre de rétractation suivant :

« [Nom Prénom],

[Adresse]

Je, soussigné(e) [...] domicilié(e) [...] déclare renoncer à mon adhésion du .../.../... au règlement mutualiste de l'OMP_N-p.

Fait à [...], le [date].

[Signature] »

À adresser à : Orphéopolis, 44, rue Roger Salengro - 94 126 Fontenay-sous-Bois Cedex.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues.

ART. 6 : Réadmission

Les membres participants qui ont été radiés de la mutuelle pour des causes autres que l'exclusion, pourront faire une nouvelle demande d'admission.

ART. 7 : Date d'effet – durée de l'adhésion

L'adhésion prend effet, sous réserve de la transmission du dossier complet et du règlement de la 1^{ère} cotisation, le jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, pour une durée de 1 an, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La qualité de membre participant est reconnue après paiement de la première fraction de la cotisation. En cas de paiement de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la qualité de membre participant est reconnue rétroactivement au jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat mentionnée sur le certificat d'adhésion.

A défaut de paiement de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la date de prise d'effet des garanties sera reportée à la date de paiement effectif de cette première échéance.

ART. 8 : Démission

La démission du membre participant est donnée par écrit par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 2 mois avant la fin de l'année civile. La démission de la mutuelle et la perte de la qualité d'adhérent entraînent la démission de la mutuelle OMP_N-assistance et de l'Association des Œuvres d'Orphéopolis, et la renonciation aux prestations et aides servies par chacun de ces organismes.

Section 2 : Cotisations

ART. 9 : Annualité des cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle fixée par la mutuelle.

Pour les adhésions en cours d'année, la cotisation est calculée au prorata du nombre de mois de la date d'adhésion au 31 décembre de l'année considérée, sachant que la cotisation afférente au mois de l'adhésion est due dans sa totalité.

ART. 10 : Recouvrement des cotisations

La mutuelle OMP_N-p prélève sa cotisation conjointement à celles de la mutuelle OMP_N-a et de l'association Les Œuvres d'Orphéopolis.

Le montant des cotisations de l'OMP_N-p est détaillé à l'article 41 du présent règlement mutualiste.

Pour le membre participant qui atteint l'âge limite de 65 ans révolus en cours d'année, le montant de la cotisation de l'année considérée est fixé au prorata du nombre de mois de la période de garantie.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'OMP_N-p de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à la date de radiation.

L'OMP_N-p a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration

du délai de trente jours prévu au paragraphe précédent.

ART. 11 : Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations des membres participants sont annuelles mais leur paiement peut être fractionné après accord du siège administratif de la mutuelle.

Ainsi, les cotisations s'acquittent :

- a) soit par prélèvement bancaire ou postal, mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel ;
 - b) soit par paiement par carte bancaire, trimestriel, semestriel ou annuel, pour les membres participants à l'offre solo ;
 - c) soit par paiement en carte bancaire, mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel, pour les membres participants à l'offre couple ou à l'offre famille ;
 - d) soit par paiement par chèque annuel, auprès du siège administratif de la mutuelle suite à appel à cotisation.
- Le paiement par TIP SEPA est autorisé en cas de rejet du paiement initial.

ART. 12 : Appel à cotisation

Pour tous les membres participants, l'appel à cotisation est effectué par le siège administratif au début du 1^{er} trimestre civil de l'année par un courrier ordinaire. La cotisation appelée est payable en début de période mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle (terme à échoir).

Le défaut de réception de l'avis ne dispense pas l'adhérent de l'obligation de régler sa cotisation. Il doit dans cette hypothèse contacter la mutuelle.

ART. 13 : Date d'échéance du paiement des cotisations

La date d'échéance annuelle du paiement des cotisations est le 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle la cotisation est due pour une cotisation payée annuellement. Pour les membres participants qui effectuent un paiement fractionné par semestre, la date d'échéance des cotisations dues pour le 1^{er} semestre est fixée au 1^{er} janvier et celle pour le 2^{ème} semestre est fixée au 1^{er} juillet de l'année. Pour les membres participants qui effectuent un paiement fractionné par trimestre, la date d'échéance des cotisations dues est fixée au premier jour du trimestre concerné.

Pour une cotisation prélevée mensuellement, la date d'échéance est fixée au premier jour du mois.

ART. 14 : Modification des montants des cotisations

Le montant des cotisations pour une offre donnée est unique, quel que soit l'âge de l'adhérent, sans distinction du nombre de ses ayants-droits.

Le montant de la cotisation est invariant. Cependant, l'assemblée générale peut décider de sa modification en tant que de besoin.

Les modifications des montants des cotisations sont notifiées à chaque membre participant par courrier, ou par la voie du Magazine d'Orphéopolis, ou sur l'avis d'échéance annuelle, ou sur l'espace adhérent du site internet d'Orphéopolis, ou par courriel ou par l'envoi d'un exemplaire des présents règlements mutuel-listes modifiés, adressé à la dernière adresse postale ou électronique connue.

Sauf stipulation contraire explicite lors de la notification, les modifications des montants des cotisations prennent effet le 1^{er} janvier qui suit l'assemblée générale qui les a décidées.

ART. 15 : Changement d'offre de contrats (offres solo, couple et famille)

L'adhérent peut changer d'offre de contrats sur demande.

- Passage à un niveau de couverture supérieur :
- Le passage d'une offre à une autre peut être demandé à tout moment. Le changement d'offre prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle.
- Passage à un niveau de couverture inférieur :

o Cas général :

Le passage d'une offre à une autre peut être demandé au plus tard le 31 octobre de chaque année. Le changement d'offre prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle.

Un délai de stage sera appliqué si des prestations non comprises dans l'offre nouvellement souscrite, ont été activées préalablement à la demande de changement d'offre.

Ce délai est de 6 mois pour l'ensemble des passages à une offre inférieure, à l'exception du passage d'une offre famille à une offre solo, dont le délai de stage de 12 mois.

o Demande motivée :

Dans le cas où la demande est motivée par un changement de situation matrimoniale (divorce, séparation, décès du conjoint), de retraite ou de cessation définitive d'activité, la Mutuelle pourra discrétionnairement et sans qu'il soit besoin de justifier sa décision :

- accepter les demandes transmises au-delà du 31 octobre ,
- et/ou autoriser la prise d'effet du changement d'offre, au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle.

Chapitre III – Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Section 1 : Contenu des offres

ART. 16 Description des offres

- Le membre participant peut souscrire à l'une des offres suivantes :
 - Offre solo,
 - Offre couple,
 - Offre famille.
 - L'offre solo ouvre droit aux prestations :
 - Capital obsèques,
 - Garantie Forfait immédiat invalidité grave et,
 - Garantie Forfait frais de soins immédiats.
 - L'offre Couple ouvre droit aux prestations :
 - Capital obsèques,
 - Prime au mariage,
 - Prime au couffin,
 - Capital décès,
 - Garantie Forfait immédiat invalidité grave et,
 - Garantie Forfait frais de soins immédiats.
 - L'offre Famille ouvre droit aux prestations :
 - Capital obsèques,
 - Capital décès,
 - Prime au mariage,
 - Prime au couffin,
 - Garantie Forfait immédiat invalidité grave,
 - Garantie Forfait frais de soins immédiats et,
 - Rente éducation.
 - Les prestations «Capital obsèques», «Capital décès», «Rente éducation», «Prime au mariage» et «Prime au couffin» sont assurées directement par l'OMPEN-p.
- Conformément à l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, l'OMPEN-p a souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle des sportifs dont bénéficient obligatoirement les membres participants.
- En application de cette convention, les prestations «Garantie Forfait immédiat invalidité grave» et «Forfait frais soins immédiats» sont assurées par la Mutuelle des sportifs, mutuelle régie par le Code de la mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Mutuelle immatriculée sous le numéro Siren n° 422 801 810 dont le siège social est 2/4 rue Louis David – 75 782 Paris Cedex 16.

Section 2 : Prestations assurées par l'OMPEN-p

ART. 17 Le Capital obsèques

Contenu de la prestation

Le Capital obsèques garantit au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le membre participant le versement d'un capital pour couvrir les frais d'obsèques :

- du membre participant ou,
- le cas échéant, si le membre participant a souscrit un contrat «Couple» ou «Famille», son conjoint, partenaire lié à un Pacs, ou concubin notoire, âgé de moins de 66 ans et décédé durant la période de couverture.

Si le décès du membre participant survient avant celui de son conjoint, le décès de ce dernier est sans effet dans la mesure où le contrat prend

fin au décès du membre participant.

Si le décès du conjoint, partenaire lié à un Pacs, ou concubin notoire, survient avant celui du membre participant, cet événement déclenche le versement d'un Capital obsèques.

Si le décès du membre participant est concomitant à celui de son conjoint, partenaire lié à un Pacs, ou concubin notoire, deux capitaux obsèques sont versés aux bénéficiaires désignés.

Le montant du Capital obsèques est fixé par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration et figure à l'article 42 du présent règlement mutualiste.

Le capital versé au(x) bénéficiaire(s) est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais prévisibles d'obsèques.

Désignation des bénéficiaires

Le Capital obsèques est versé :

– à concurrence des frais engagés et dans la limite du capital garanti, au bénéficiaire de premier rang qui sera l'entreprise de pompes funèbres ayant réalisé les prestations d'obsèques, à défaut à la (aux) personne(s) qui en aura(auront) acquitté la facture (sur présentation de cette dernière),

- pour le solde éventuel du capital (différence entre le capital obsèques garanti et le coût réel des frais d'obsèques), le membre participant peut désigner librement un ou plusieurs bénéficiaires dans le bulletin d'adhésion ou ultérieurement par voie d'avenant. Cette désignation peut également être effectuée, entre autres, par acte sous seing privé ou par acte reçu devant notaire. La désignation du bénéficiaire est nulle lorsque le bénéficiaire donne volontairement la mort à l'adhérent, se rend complice de ce meurtre ou est auteur ou complice d'un acte de terrorisme. La clause bénéficiaire peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Toutefois, la désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, effectuée dans les conditions suivantes :

– par voie d'avenant signé de l'OMPEN-p, du membre participant et du bénéficiaire ou,

– par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé du membre participant et du bénéficiaire, qui devra être notifiée par écrit à l'OMPEN-p pour lui être opposable.

En cas de nullité de désignation ou à défaut de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les bénéficiaires sont :

– le conjoint survivant de l'assuré non séparé de corps judiciairement au moment du décès, à défaut,

– le partenaire de l'assuré lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut,

– le concubin notoire de l'assuré ayant cette qualité au moment du décès, à défaut,

– les enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut,

– les héritiers de l'assuré en application des règles de la dévolution successorale légale.

Modalités de règlement de la prestation

Le Capital obsèques est versé en une seule fois à réception des justificatifs visés à l'article 21 du présent règlement.

ART. 18 Le Capital décès

Contenu de la prestation

En cas de décès du membre participant âgé de moins de 66 ans et décédé durant la période de couverture, l'OMPEN-p garantit le versement d'un Capital décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le membre participant.

Le montant du Capital décès est fixé par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration et figure à l'article 43 du présent règlement mutualiste.

Désignation des bénéficiaires

La faculté est laissée au membre participant de fixer librement, par écrit daté et signé, l'attribution du bénéficiaire en définissant avec précision la (ou les) personne(s) à qui doit être versé le Capital décès et en précisant, en cas de pluralité de bénéficiaires, la répartition en pourcentage du capital entre eux, à défaut, la répartition sera faite à parts égales.

La clause du bénéficiaire peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique, le membre participant devant alors indiquer l'office notarial auprès de laquelle l'acte est déposé.

Si le bénéficiaire est nommément désigné, les coordonnées de ce dernier doivent être portées au bulletin d'adhésion.

La désignation du bénéficiaire est nulle lorsque le bénéficiaire donne

volontairement la mort à l'adhérent, se rend complice de ce meurtre ou est auteur ou complice d'un acte de terrorisme.

La clause bénéficiaire peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Toutefois, la désignation du (des) bénéficiaire(s) devient irrévocable en cas d'acceptation par ce(s) dernier(s), effectuée dans les conditions suivantes :

– par voie d'avenant signé de l'OMPEN-p, du membre participant et du (des) bénéficiaire(s) ou,

– par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé du membre participant et du (des) bénéficiaire(s), qui devra être notifiée par écrit à l'OMPEN-p pour lui être opposable.

À défaut de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les bénéficiaires sont :

– le conjoint survivant de l'assuré non séparé de corps judiciairement au moment du décès, à défaut,

– le partenaire de l'assuré lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut,

– le concubin notoire de l'assuré ayant cette qualité au moment du décès, à défaut,

– les enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut,

– les héritiers de l'assuré en application des règles de la dévolution successorale légale.

Modalités de règlement de la prestation

Le Capital décès est versé en une seule fois à réception des justificatifs visés à l'article 21 du présent règlement.

ART. 19 La Rente éducation

Contenu de la prestation

Il est versé une rente d'éducation aux enfants du membre participant, et reconnu par lui, en cas de décès de ce dernier, ou de son deuxième parent (conjoint ou ex-conjoint, partenaire ou ex-partenaire lié par un PACS, concubin ou ex-concubin notoire,), quelle que soit la cause du décès, survenu avant l'âge de 66 ans et durant la période de couverture. Le montant de cette rente temporaire est défini à l'article 44 du présent règlement.

Bénéficiaires de la prestation

Sont réputés enfants du membre participant, ses enfants légitimes, reconnus, ou adoptifs, sous réserve que ces enfants soient :

– nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du membre participant, si ce dernier est le parent légitime,

– âgés de moins de 18 ans (jusqu'au dernier jour de l'année suivant le 17^{ème} anniversaire),

– âgés de moins de 25 ans (jusqu'au dernier jour du trimestre civil suivant la 25^{ème} année) s'ils poursuivent leurs études (sur présentation du certificat de scolarité),

– âgés de moins de 25 ans (jusqu'au dernier jour du trimestre civil suivant la 25^{ème} année) s'ils sont sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation (sur présentation du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation).

Modalités de règlement des prestations

La Rente éducation est versée mensuellement et à terme à échoir sur production des pièces et justificatifs mentionnés à l'article 21 du présent règlement et est calculée à compter du lendemain du décès du membre participant.

Le service de la Rente éducation cesse :

– au dernier jour où l'enfant atteint l'âge limite de versement de la prestation soit le jour où il atteint sa majorité ou,

– au dernier jour où l'enfant cesse sa scolarité ou lorsque son contrat d'apprentissage ou de professionnalisation prend fin, au plus tard le jour de ses 25 ans, ou

– en tout état de cause, au jour du décès du bénéficiaire.

ART. 20 La prime au mariage

Contenu de la prestation

Une prime au mariage est versée à chaque adhérent pour tout mariage intervenu après l'adhésion, à concurrence d'un seul mariage au cours de sa vie d'adhérent au sein de la mutuelle, conformément au montant mentionné à l'article 45 du présent règlement mutualiste.

Pour le membre participant adhérent depuis moins d'un an au moment du mariage, la prime n'est versée qu'à l'échéance d'un an d'adhésion et à la condition que l'intéressé n'ait pas démissionné entre temps.

Modalités de règlement de la prestation

La prime au mariage est versée en une seule fois à réception des justificatifs visés à l'article 21 du présent règlement.

ART. 21 : La prime au couffin

Contenu de la prestation

Lors de la naissance d'un enfant né viable du membre participant ou de l'adoption plénière d'un enfant par le membre participant, la mutuelle verse une prime dont le montant figure à l'article 46 du présent règlement mutualiste.

Pour le membre participant adhérent depuis moins d'un an au moment de la naissance ou de l'adoption, la prime n'est versée qu'à l'échéance d'un an d'adhésion et à la condition que l'intéressé n'ait pas démissionné entre temps.

Modalités de règlement de la prestation

La prime au couffin est versée en une seule fois à réception des justificatifs visés à l'article 21 du présent règlement.

Dans le cas d'une grossesse gémellaire ou multiple, la prime au couffin pour chaque enfant à naître.

ART. 22 : Établissement du dossier d'indemnisation

Pour établir le dossier d'indemnisation des prestations « Capital obsèques », « Capital décès » et « Rente éducation », il est nécessaire de fournir à la mutuelle, au moment du décès d'un membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs, ou de son concubin notoire :

- un extrait d'acte de décès,
- un certificat médical précisant la cause et la nature du décès sous pli fermé à l'attention du Médecin conseil,
- l'acte de notoriété si le ou les bénéficiaires ne sont pas désignés nominativement,
- un acte du Juge des tutelles en cas de bénéficiaires mineur ou de majeur sous tutelle,
- une photocopie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité du ou des bénéficiaires,
- une photocopie du livret de famille, ou attestation d'engagement dans les liens du pacs, ou certificat de vie commune, si la demande est formulée respectivement pour le compte du conjoint, du pacsé ou du concubin,
- un justificatif de la situation de l'orphelin (certificat de scolarité, photocopie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, attestation de formation),
- un relevé d'identité bancaire ou postal du ou des bénéficiaires.

Pour établir le dossier d'indemnisation de la prestation « Prime au mariage », il est nécessaire de fournir, lors du mariage d'un adhérent :

- une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité du bénéficiaire,
- un extrait d'acte de mariage,
- un relevé d'identité bancaire ou postal du bénéficiaire.

Pour établir le dossier d'indemnisation de la prestation « Prime au couffin », il est nécessaire de fournir :

- pour une naissance, un extrait d'acte de naissance de l'enfant ou une copie intégrale du livret de famille,
- pour une adoption, une photocopie du jugement d'adoption, L'OMPNI-P se réserve le droit de réclamer toute autre pièce nécessaire au paiement des prestations ou à la détermination de la qualité du ou des bénéficiaires.

ART. 23 : Dispositions concernant les mineurs de plus de 16 ans

Sauf refus exprès de leur part, les orphelins, ayants droit, de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre ou leur a ouvert des droits, et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

Section 3 : Prestations assurées par la Mutuelle des sportifs

ART. 24 : Définitions applicables aux garanties « Forfait frais de soins immédiats » et « Forfait immédiat invalidité grave »

Activités garanties

Sont concernées toutes les activités professionnelles, sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs, de la vie courante.

Par activité professionnelle, il faut entendre la somme des actes ou prestations rémunérées définies par contrat, avec lien de subordination et accomplie pour autrui par une personne dans le but de subvenir à son existence.

Par activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante, il faut entendre toute activité non lucrative, pratiquée à domicile ou à l'extérieur, exercée librement. (Sont notamment couverts : les activités scolaires, universitaires, les sorties culturelles, le bricolage, le jardinage, la cuisine, etc...).

L'activité garantie peut-être pratiquée 7 jour/7, 24h/24 et dans le monde entier, sous réserve que les séjours à l'étranger n'excèdent pas 90 jours. Les séjours et/ou stages à l'étranger organisés dans un cadre institutionnel scolaire et/ou universitaire sont néanmoins admis dans la limite d'une année calendaire.

Accidents garantis

Ce sont les accidents corporels survenus pendant les activités garanties définies ci-dessus.

Par accident corporel, il faut comprendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, telle qu'un choc, une électrocution, l'hydrocution, la noyade ou autre.

S'agissant d'une activité professionnelle, seuls sont couverts les accidents du travail reconnus par la Sécurité Sociale.

L'accident corporel se distingue ainsi de la maladie qui n'entre pas dans le champ d'application du présent règlement mutualiste.

Invalidité permanente totale ou partielle

Le membre participant est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'il est privé définitivement de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles.

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

Pour l'appréciation du taux d'invalidité de la garantie « Forfait immédiat Invalidité grave », c'est le barème du concours médical qui sera utilisé. Il ne sera en aucun cas tenu compte des préjudices annexes (ex : pretium doloris, préjudice esthétique...).

Barème du concours médical

Il s'agit du barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun édité par « le concours médical ».

Exclusions

Ne sont pas couverts :

- les membres participants âgés de plus de 65 ans,
- les maladies et leurs conséquences, notamment les maladies professionnelles reconnues par la Sécurité sociale,
- les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré et ceux qui résultent des tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'assuré a pris une part active hors activité professionnelle,
- les accidents qui résultent de la participation de l'assurée à des rixes, sauf en cas de légitime défense ou assistance à personne en danger,
- les suites d'accidents ou d'infirmité dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,
- les accidents résultant de l'usage de drogues ou de stupéfiants par l'assuré, ou sous un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 gramme par litre de sang,
- les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.

ART. 25 : Le Forfait frais de soins immédiats

Contenu de la garantie

La garantie prévoit en cas d'accident survenu en cours d'assurance et pendant les activités garanties la mise à disposition d'un capital santé d'un montant maximal de 800 €.

Ce capital santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.

L'assuré peut, sur justificatifs, et dans la limite des frais réels restant à charge, après remboursement par le régime de sécurité sociale, d'OMPNI-P et de tout régime de prévoyance-santé complémentaire, disposer de ce capital pour toutes les dépenses suivantes sous la réserve expresse qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

- les frais pharmaceutiques, médicaux ou chirurgicaux,
- les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- les lunettes et les lentilles dans la limite d'un forfait de 100 € par accident,
- les dents fracturées,

- les prothèses déjà existantes nécessitant une réparation ou un remplacement,
- les frais de premier transport du lieu de l'accident à celui de l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins,
- les frais de transport des accidentés de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles ou au lieu des soins prescrits médicalement et ce, dans la limite de 0,25 € par km,
- en cas d'hospitalisation, la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision etc... ne sont pas pris en compte) et/ou le coût d'un parent accompagnant si le blessé a moins de 12 ans,
- les frais d'ostéopathie, sous réserve que les soins soient pratiqués par un Médecin praticien,
- et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un Médecin praticien.

La Mutuelle des Sportifs arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'assuré.

Mise en œuvre de la garantie

Sauf cas de force majeure tout accident résultant de la pratique d'une des activités garanties doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire type adressé sous pli cacheté au médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs.

Cette déclaration devra être accompagnée du certificat médical initial descriptif du médecin ayant constaté l'accident. La non-déclaration ou la déclaration passée le délai ci-dessus, entraîne la déchéance, dans la mesure où le retard non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice à la Mutuelle des Sportifs.

En cas de non-déclaration par l'assuré de la modification du risque, celui-ci s'expose à la déchéance de garantie.

Pour bénéficier de la garantie, le membre participant doit, en outre, fournir les pièces suivantes :

- bordereaux originaux d'OMP-N-P et/ou de tout organisme de prévoyance complémentaire,
- copie des bordereaux de la Sécurité Sociale et/ou du régime de prévoyance obligatoire,
- les copies des prescriptions médicales,
- les factures éventuelles.

La Mutuelle des Sportifs se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire.

Droit de contrôle et expertise

La Mutuelle des Sportifs se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux et des notifications fournis par l'assuré.

Pour ce faire, des médecins délégués de la Mutuelle des Sportifs ont libre accès auprès de l'assuré pour procéder à tout contrôle ou toute expertise. De son côté, l'assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par un médecin.

Si l'assuré s'y refusait, il perdrait tout droit aux prestations pour l'accident en cause. En cas de désaccord entre le médecin et l'assuré et celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné d'un commun accord par les parties.

À défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal compétent de Paris.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son Médecin. Les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par les deux parties.

ART. 26 : La Garantie Forfait immédiat invalidité grave

Contenu de la garantie

En cas d'accident survenu pendant les activités garanties et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident peut entraîner des conséquences graves et irréversibles (notamment tétraplégie, paraplégie) et/ou des séquelles de traumatismes crâniens graves, et/ou des séquelles d'accidents cérébrovasculaires, et que dans ces conditions le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 51 %, la Mutuelle des Sportifs verse au plus tard dans les 4 mois de la blessure un capital forfaitaire immédiat de 105 000 €.

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle prévisible. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

Le forfait de 105 000 € est attribué une seule fois à titre forfaitaire et définitif et ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 51 %.

En revanche, si le taux d'invalidité prévisible retenu à l'occasion de la première expertise (effectuée dans les 4 mois de l'accident) n'avait pas atteint un taux supérieur ou égal à 51 % et que le blessé a connu une aggravation de son état et atteint ce taux de 51 % à sa consolidation, le forfait de 105 000 € lui est alors versé.

La Mutuelle des Sportifs cesse en tout état de cause ses prestations à la consolidation du blessé.

Expertise médicale

Dans tous les cas d'invalidité grave et préalablement à tout versement, une expertise médicale est diligentée par le médecin conseil désigné par la Mutuelle des Sportifs dans un délai maximal de 4 mois après la survenance de l'accident.

En cas de désaccord entre les conclusions du médecin de l'assuré et de celui de l'assureur, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné par protocole signé d'un commun accord par les parties.

À défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le Tribunal judiciaire.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par chacune des deux parties afin que soit garantie son indépendance et son impartialité.

Mise en œuvre de la garantie

Sauf cas de force majeure tout accident résultant de la pratique d'une des activités garanties doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire type adressé sous pli cacheté au médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs.

Cette déclaration devra être accompagnée du certificat médical initial descriptif du médecin ayant constaté l'accident. La non-déclaration ou la déclaration passée le délai ci-dessus, entraîne la déchéance, dans la mesure où le retard non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice à la Mutuelle des Sportifs.

En cas de non-déclaration par l'assuré de la modification du risque, celui-ci s'expose à la déchéance de garantie.

Pour bénéficier de la garantie, le membre participant doit, en outre, fournir sous pli cacheté, à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs :

- un certificat médical qui devra préciser, s'il y a lieu, de craindre des séquelles invalidantes graves.

Au vu du certificat médical et le cas échéant de la notification, le médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs diligentera une expertise dans un délai maximal de 4 mois après la survenance de l'accident.

La mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix.

Droit de contrôle et expertise

La Mutuelle des Sportifs se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux et des notifications fournis par l'assuré.

Pour ce faire, des médecins délégués de la Mutuelle des Sportifs ont libre accès auprès de l'assuré pour procéder à tout contrôle ou toute expertise ; de son côté, l'assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par un médecin.

Si l'assuré s'y refusait, il perdrait tout droit aux prestations pour l'accident en cause. En cas de désaccord entre le médecin et l'assuré et celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné d'un commun accord par les parties.

À défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal compétent de Paris.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par les deux parties.

Section 4 : Dispositions communes aux prestations

ART. 27 Droit aux prestations

À l'exception de la garantie «Capital décès» des contrats «Couple» et «Famille», le droit aux prestations prend effet, selon les modalités décrites à l'article 2 du règlement intérieur. Cette date d'effet est reprise dans le courrier de confirmation de l'enregistrement de l'adhésion par la mutuelle pour les nouveaux membres participants.

Pour la garantie «Capital décès» telle que décrite à l'article 17 du présent règlement mutualiste et applicable aux contrats «couple» et «famille», la mutuelle pratique un délai de carence d'un an pour tout décès, à l'expiration duquel le droit à cette prestation prend effet, sauf

en cas d'accident ou de décès imputable au service.

Dans le cas d'une réadmission telle que définie à l'article 6 du présent règlement mutualiste, un délai de stage de 1 an, qui commence à la prise d'effet de l'adhésion, s'applique aux prestations primes au mariage et prime au couffin. Le délai de stage est une période qui suit l'adhésion et au cours de laquelle le membre participant s'acquitte de sa cotisation, sans pouvoir bénéficier des prestations.

ART. 28 : Modification des prestations

Les modifications portant sur la modification des garanties ou sur le montant des prestations sont notifiées à chaque membre participant par courrier, par la voie du Magazine d'Orphéopolis, sur l'avis d'échéance annuelle, sur l'espace adhérent du site internet d'Orphéopolis, par courriel, ou par l'envoi d'un exemplaire du présent règlement mutualiste modifié, transmis à la dernière adresse postale ou électronique connue.

Sauf stipulation contraire explicite lors de la notification, les modifications des montants des prestations prennent effet le 1er du mois qui suit l'assemblée générale qui les a décidées.

ART. 29 : Délais de prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant des opérations régies par le présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Quand l'action du 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 l'adhérent 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations portant sur 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 ayants droit du membre participant décédé.

ART. 30 : Renonciation

En application de l'article 223-8 du code de la mutualité, l'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion pendant un délai de 30 jours à compter de la signification de l'adhésion par la mutuelle.

Cette renonciation doit être notifiée à l'OMPN-p par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation. Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, l'OMPN-p rembourse au membre participant les cotisations payées.

L'OMPN-p met à disposition du membre participant le modèle de lettre de rétractation suivant :

« [Nom Prénom],

[Adresse]

Je, soussigné(e) [...] domicilié(e) [...] déclare renoncer à mon adhésion du .../.../... au règlement mutualiste de l'OMPN-p.

Fait à [...], le [date].

[Signature] »

A adresser à : Orphéopolis, 44, rue Roger Salengro – 94 126 Fontenay-sous-Bois Cedex.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues.

[...]

ART. 31 : Réclamation

Réclamations - principe

Pour être recevable, toute réclamation doit être adressée au service adhérent, au siège de la mutuelle situé 44, rue Roger Salengro – 94 120 Fontenay-sous-Bois, dans le délai prévu à l'article 28 du présent règlement.

En cas de désaccord sur l'application des garanties de la MDS, l'assuré peut présenter sa réclamation au Service Réclamations de la MDS :

- par voie postale à : Mutuelle des Sportifs – Service Réclamations – 2/4 rue Louis David – 75782 PARIS Cedex 16
- par messagerie électronique à : reclamations@grpmds.com
- par télécopie au : 01.53.04.86.10 par téléphone au : 01.53.04.86.30 (numéro non surtaxé) ; dans ce dernier cas, une confirmation écrite du réclamant doit être adressée au Service Réclamations.

Pour toute réclamation, la Mutuelle s'engage à en accuser réception et à donner une réponse dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation ou en cas de difficultés liées à l'application ou l'interprétation du règlement mutualiste, le membre participant peut demander l'avis de la Commission de médiation de la Mutuelle.

La notion de réclamation

La réclamation est l'expression écrite, formulée par un adhérent, quel que soit le canal (courrier simple ou recommandé, mail, fax) quel que soit l'objet (garanties ou services), d'un mécontentement, d'une insatisfaction. Une question technique, même complexe, même formulée par courrier, ne constitue pas une réclamation.

Toute réclamation reçoit une réponse écrite dans les plus brefs délais. Seront traitées les réclamations reçues par courrier (courrier simple ou recommandé, mail, fax) et portant sur des situations individuelles, y compris les réclamations rédigées par l'adhérent sur le formulaire spécifique qui sera mis à sa disposition (remise de la main à la main ou envoi par la plate-forme).

Les collaborateurs de la mutuelle, saisis d'une réclamation orale, traiteront celle-ci avec diligence, apportant directement à l'adhérent les éléments techniques à leur disposition.

Ils proposeront à l'adhérent de confirmer sa réclamation par écrit, au moyen d'un formulaire ad hoc et d'une enveloppe T qui lui seront systématiquement proposés.

Ce formulaire sera également disponible sur le site Internet de la mutuelle et pourra être téléchargé par l'adhérent.

ART. 32 : Médiation

Le médiateur de la mutuelle peut être saisi par l'adhérent ou son ayant droit, ou par la mutuelle elle-même, après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations en vigueur au sein de la mutuelle, et si aucune procédure contentieuse n'est engagée.

Le médiateur est compétent exclusivement pour les engagements résultant de l'application du présent règlement mutualiste ou des statuts de la mutuelle. La saisine se fait par écrit à l'adresse suivante : Le Médiateur FNMF, 225 rue de Vaugirard, 75 719 Paris Cédex 15 ou par email : mediation@mutualite.fr.

Le médiateur doit être saisi dans un délai maximal d'1 an suivant la réclamation écrite faite à la mutuelle.

Le médiateur rend un avis motivé dans les 90 jours maximum suivant la date à laquelle il a été saisi. Le médiateur peut prolonger ce délai, à tout moment, en cas de litige complexe. Il en avise immédiatement les parties.

Le médiateur, en faisant connaître aux parties la solution qu'il propose, leur rappelle, par courrier simple ou par voie électronique :

- qu'elles sont libres d'accepter ou de refuser sa proposition de solution,
- que la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours devant une juridiction et,
- que la solution peut être différente de la décision qui serait rendue par un juge.

Le médiateur précise également quels sont les effets juridiques de l'acceptation de la proposition de solution et fixe un délai d'acceptation ou de refus de celle-ci.

La saisine du médiateur interrompt la prescription.

ART. 33 : Exclusions

En application de l'article L. 223-9 du Code de la mutualité, les garanties en cas de décès sont de nul effet si le membre participant se donne volontairement la mort avant le 1er anniversaire de l'adhésion, de la réadhésion ou de la réadmission. Les garanties en cas de décès couvrent le risque de suicide un an après l'adhésion, la réadhésion ou la réadmission.

ART. 34 : Utilisation des données à caractère personnel

L'OMPEN-p, dans le cadre de ses activités d'assurance, s'engage à assurer la protection, la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel de ses membres participants et de ses membres honoraires et ce dans le respect du Règlement de l'Union Européenne 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données dit «RGPD») et de la loi modifiée n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

L'OMPEN-p ne traite des données à caractère personnel que pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, en particulier : l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, la gestion du contentieux, ou à des fins statistiques.

Les données collectées sont nécessaires à l'accomplissement des points mentionnés ci-dessus. Celles-ci sont conservées pour la durée nécessaire à l'accomplissement des finalités mentionnées ci-dessus telles que prescrites par la loi applicable. Les données collectées sont destinées aux services internes de l'OMPEN-p, à ses éventuels sous-traitants participant à la gestion des contrats de prévoyance ainsi qu'à ses prestataires de services informatiques.

Les membres participants disposent à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement ou de limitation ou d'opposition et de portabilité de leurs données à caractère personnel ainsi que du droit d'organiser des directives après leur mort. Ils disposent également du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles.

Le Délégué à la Protection des Données de l'OMPEN-p peut être contacté par courriel à l'adresse dpo@orpheopolis.fr, ou par courrier à l'adresse DPO Orpheopolis, 44, rue Roger Salengro – 94 126 Fontenay-sous-Bois, Cedex.

Section 5 : Subrogation

ART. 35 : Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit aux ayants droit des membres participants tués accidentellement ou en service commandé, dans son action contre des tiers responsables et dans la limite des dépenses qu'elle est appelée à supporter.

Section 6 : Fonds social

ART. 36 : Objet du fonds

La mutuelle est dotée d'un fonds social destiné à aider les familles en difficulté des membres participants, et de mettre en œuvre des actions de prévention des personnes pouvant entrer dans son champ d'adhésion.

ART. 37 : Montant du fonds

Ce fonds est alimenté par des dons et des legs, dans le respect des dispositions définies à l'article 114-43 du Code de la mutualité.

ART. 38 : Fonctionnement

Un budget annuel limitatif est voté par le Conseil d'Administration qui sera communiqué à l'assemblée générale suivante.

Pour les aides individuelles, l'attribution est faite par le conseil d'administration après étude d'un dossier par une commission spécialisée de la mutuelle, en fonction de la situation sociale des personnes concernées.

L'utilisation des ressources du fonds pour des actions de prévention est décidée par le Conseil d'Administration.

Section 7 : Fonds de revalorisation

ART. 39 : Provisions

La Mutuelle constitue des provisions techniques et détient des actifs conformément aux dispositions de l'article L. 212-1 du Code de la mutualité.

Elle constitue des provisions suffisantes pour couvrir les engagements contractés auprès de ses membres participants.

Les provisions sont déterminées conformément à la réglementation en vigueur, et représentées par des actifs équivalents autorisés par le Code de la mutualité.

Les actifs inscrits en représentation des provisions techniques sont gérés au sein d'un portefeuille financier cantonné, distinct des actifs généraux de la mutuelle.

ART. 40 : Participation aux excédents techniques et financiers

La Mutuelle fait participer ses membres aux résultats techniques et financiers dans les conditions prévues par la réglementation, et affecte le montant déterminé dans un compte de participation aux excédents. L'utilisation des ressources attribuées au compte de participation aux excédents est décidée par l'assemblée générale, selon les conditions prévues par décret, sur proposition du conseil d'administration.

TITRE 2 - MONTANTS DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

Chapitre 1^{er} – Montant des cotisations

ART. 41 : Variation du montant des cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui varie en fonction de l'offre choisie.

Cette cotisation est affectée, pour partie, à la couverture des prestations assurées directement par l'OMPEN-p et, pour partie, à la couverture des risques portés par la Mutuelle des sportifs, avec laquelle la Mutuelle a souscrit un contrat collectif lui permettant de faire bénéficier ses membres participants des garanties complémentaires.

ART. 42 : Tableau des montants annuels des cotisations

La cotisation s'entend impôts et taxes éventuels compris. Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

Offre choisie	Cotisations OMPEN-p en euros	Cotisations MDS en euros	Cotisations OMPEN-a en euros	Cotisations Les Œuvres en euros	Cotisations totales en euros
Solo	24,90	2,00	28,00	4,50	59,40
Couple	94,50	2,00	28,00	4,50	129,00
Famille	287,78	2,00	28,00	6,10	323,88

Chapitre 2 – Montant des prestations

ART. 43 : Montant du Capital obsèques

Le montant du Capital obsèques versé pour couvrir les frais d'obsèques en cas de décès du membre participant ou, le cas échéant, de son conjoint est de 4 000 €.

Si le montant des frais d'obsèques est inférieur à 4 000 €, la mutuelle verse la soloute au bénéficiaire désigné par le membre participant.

En cas de pluralité de bénéficiaires, le montant versé est réparti :

- conformément à la répartition prévue par le membre participant ou,
- à parts égales, en cas de pluralité d'héritiers.

ART. 44 : Montant du Capital décès

En cas de décès du membre participant, la mutuelle verse au bénéficiaire un capital forfaitaire de 15 000 € pour les adhérents ayant souscrit un contrat couple, et 20 000 € pour ceux ayant souscrit un contrat famille.

En cas de pluralité de bénéficiaires, le capital versé est réparti :

- conformément à la répartition prévue par le membre participant ou,
- à parts égales, en cas de pluralité d'héritiers.

ART. 45 : Montant de la Rente éducation

Le montant annuel de la rente éducation pour les orphelins d'un ou deux parents, âgé de moins de 18 ans au moment du décès, est de 2400 €.

ART. 46 : Montant de la prime au mariage

Le montant de la prime au mariage versée par la mutuelle s'élève à 150 euros pour tout mariage du membre participant.

Le versement de cette prime est limité à une occurrence par membre participant.

ART. 47 : Montant de la prime au couffin

Le montant de la prime au couffin versée par la mutuelle s'élève à 165 euros pour toute naissance d'un enfant du membre participant ou toute adoption au sein de sa famille.

ART. 48 : Montant de la Garantie Forfait frais de soins immédiats

En cas d'accident survenu en cours d'assurance et pendant les activités garanties, la mutuelle des sportifs verse au membre participant la mise à disposition d'un capital santé d'un montant maximal de 800 €, dans les conditions prévues à l'article 24 du présent règlement mutualiste.

Ce capital santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.

ART. 49 : Montant de la Garantie Forfait immédiat invalidité grave

En cas de survenance d'un accident garanti, la mutuelle des sportifs verse au membre participant un capital forfaitaire immédiat de 105 000 €, dans les conditions prévues à l'article 25 du présent règlement mutualiste.

Le forfait de 105 000 € est attribué une seule fois à titre forfaitaire et définitif et ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux d'invalidité fonctionnelle de 51 %.

Règlement intérieur

Actualisé en conseil d'administration le 3 décembre 2020

SOMMAIRE

ART. 1 : Objet du règlement intérieur

TITRE I^{er} : CONDITIONS D'ADHÉSION

ART. 2 : Conditions d'adhésion

TITRE II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

ART. 3 : Sections de vote

ART. 4 : Élection des délégués titulaires et suppléants

ART. 5 : Convocation aux réunions régionales d'information

TITRE III : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

ART. 6 : Commission des votes

ART. 7 : Honorariat

ART. 8 : Candidature aux fonctions d'administrateur de l'OMPN-p

ART. 9 : Réunions du conseil d'administration de l'OMPN-p

ART. 10 : Consultation des procès-verbaux de l'assemblée générale

ART. 11 : Commissions

TITRE IV : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SECTIONS DE LA MUTUELLE

ART. 12 : Implantation des sections

ART. 13 : Comité de section locale

ART. 14 : Rôle du correspondant de section locale

ART. 15 : Le référent départemental

ART. 16 : Régions et secteurs OMPN-p

TITRE V : PROTECTION DES REPRÉSENTANTS MUTUALISTES

ART. 17 : Protection accidents

ART. 1 : Objet du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur, établi conformément à l'article 11.4 des statuts de l'OMPN-p, détermine les conditions d'application de ces derniers. Il est établi par le conseil d'administration et soumis à l'approbation de l'assemblée générale.

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

Le conseil d'administration peut apporter et approuver des modifications au présent règlement. Celles-ci seront présentées à la plus prochaine assemblée générale pour ratification.

TITRE I^{er} – CONDITIONS D'ADHÉSION

ART. 2 : Conditions d'adhésion

Le dossier d'adhésion est composé :

- d'un bulletin d'adhésion comportant l'autorisation de précompte ou l'autorisation de prélèvement
- d'un relevé d'identité bancaire ou postal ou similaire en cas de prélèvement.

Le dossier doit être transmis à la mutuelle dûment complété et signé, faute de quoi il ne pourra pas être pris en compte.

L'adhésion prend effet sous réserve de la transmission du dossier d'adhésion complet et du règlement de la 1^{ère} cotisation, le jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, pour une durée de 1 an, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La qualité de membre participant est reconnue après paiement de la première fraction de la cotisation. En cas de paiement de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la qualité de membre participant est reconnue rétroactivement au jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat d'adhésion.

À défaut de paiement par le membre participant de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la date de prise d'effet des garanties sera reportée à la date de paiement effectif de cette première échéance.

Le conseil d'administration est souverain pour admettre, refuser toute admission. En cas de rejet, celui-ci n'est pas tenu d'en donner les raisons. Il délègue au président ce pouvoir d'engagement ou de refus. Il peut prendre toutes sanctions envers toute personne qui aura fait des déclarations inexactes.

La réadhésion ou la réadmission à la mutuelle d'un membre participant, sont soumises à l'approbation de la commission de réadhésion et de

réadmission organisée avec l'OMPN-a et les Œuvres d'Orphéopolis. La réadhésion ou la réadmission prend effet, après l'approbation de la commission et sous réserve de la transmission du dossier complet et du paiement de la 1^{ère} cotisation, le jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, pour une durée de 1 an, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La qualité de membre participant est reconnue après paiement de la première fraction de la cotisation. En cas de paiement de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la qualité de membre participant est reconnue rétroactivement au jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat d'adhésion.

À défaut de paiement par le membre participant de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la prise d'effet des garanties sera reportée à la date de paiement effectif de cette première échéance.

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

ART. 3 : Sections de vote

Conformément aux dispositions de l'article L. 115-4-I du Code de la mutualité, des sections de vote ont été instituées.

Les sections de vote sont définies par le conseil d'administration.

Leurs modifications sont votées par le conseil d'administration.

Tout membre participant changeant de résidence est tenu d'en aviser le secrétaire général, en adressant au siège de l'Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-prévoyance, OMPN-p, un avis de mutation ou de domiciliation. Il est rattaché, sauf avis contraire, à la section la plus proche de son lieu de travail, de son lieu d'affectation administrative ou de son domicile pour les adhérents retraités.

ART. 4 : Élection des délégués titulaires et suppléants

Les délégués sont élus par les membres participants.

Pour être candidat, il faut être âgé de 18 à 70 ans et être membre participant à jour de ses cotisations.

L'élection du ou de la délégué(e) titulaire et du ou de la délégué(e) suppléant(e) est réalisée à bulletin secret ou par voie électronique, au scrutin majoritaire à un tour. Son mandat est renouvelable. L'élection peut être faite par correspondance.

Les délégués ou leur suppléant perdent leur mandat lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission, ou perte

de qualité de membre participant d'un délégué, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant ayant obtenu le plus de voix lors des précédentes élections de délégués, qui achève le mandat de son prédécesseur. En l'absence de délégué suppléant, le poste reste vacant jusqu'à la prochaine élection. En cas de mutation du délégué titulaire ou suppléant, celui-ci conserve son mandat jusqu'à son échéance.

ART. 5 : Convocation aux réunions régionales d'information

Les réunions régionales d'information ont pour but d'informer les correspondants des sections locales, les référents départementaux et les délégués et, réciproquement, faire remonter les informations nécessaires au bon fonctionnement de la mutuelle.

Le secrétaire général planifie et convoque les délégués, les correspondants de sections locales, les référents départementaux et l'administrateur, chargé de mission, responsable de l'information, en réunion régionale d'information dont l'organisation est déléguée à l'OMPN-assistance.

TITRE III – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

ART. 6 : Commission des votes

À l'assemblée générale qui précède celle en charge du renouvellement partiel ou total du conseil d'administration de l'OMPN-p, une commission des votes est constituée sur proposition dudit conseil d'administration. Les délégués de chaque région désignent en leur sein un représentant pour siéger à la commission des votes. La composition de cette commission est ratifiée par un vote lors de cette assemblée générale. Cette commission sera notamment sollicitée pour contrôler les opérations électorales organisées à partir du siège.

Cette commission est chargée d'examiner les diverses candidatures et d'en faire un rapport à l'assemblée générale de la mutuelle. Les candidats au poste d'administrateur ne peuvent pas faire partie de cette commission. Les modalités de fonctionnement de la commission des votes sont fixées par le conseil d'administration.

ART. 7 : Honorariat

Le titre d'administrateur honoraire de la mutuelle est conféré, par l'assemblée générale, sur proposition du conseil d'administration, aux administrateurs ayant assuré effectivement leurs fonctions pendant huit années consécutives au minimum.

Toutefois, ce délai peut être exceptionnellement réduit, également sur proposition du conseil d'administration, pour les administrateurs qui, par leur action personnelle au cours de leurs fonctions, ont participé activement à la prospérité de l'Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-prévoyance, OMPN-p.

ART. 8 : Candidature aux fonctions d'administrateur de l'Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-prévoyance

Tout membre participant, remplissant les conditions statutaires de l'OMPN-p, a la faculté d'adresser sa candidature à un poste d'administrateur au conseil d'administration, et ce au moins un mois avant l'assemblée générale.

Il est rappelé que, pour être éligibles, les candidats doivent remplir les conditions :

- de non-cumul fixées aux articles L. 114-16 et 114-23 du Code de la mutualité,
- de non-condamnation de l'article L. 114-21 dudit code,
- de limite d'âge de l'article L. 114-22 dudit code.

Pour être éligible au conseil d'administration, le candidat ne doit pas être salarié, conjoint, ascendant ou descendant direct d'une personne salariée de la mutuelle, conformément aux dispositions de l'article 22.3 des statuts.

ART. 9 : Réunions du conseil d'administration de l'Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-prévoyance

Il est institué un registre des présences au conseil d'administration de la mutuelle. Le registre des présences est signé par les administrateurs.

ART. 10 : Consultation des procès-verbaux de l'assemblée générale

Tout membre participant a le droit de consulter au siège social de

la mutuelle, les registres de présence et des procès-verbaux de l'assemblée générale.

Une demande écrite doit être adressée, à cet effet, au président qui fixe le jour et l'heure auxquels ces registres pourront être consultés en sa présence ou celle d'un de ses représentants.

Aucun document, registre ou pièce de comptabilité, ne peut être emporté du siège.

ART. 11 : Commissions

Le conseil d'administration de l'Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-prévoyance peut créer diverses commissions auxquelles il peut confier, sous sa responsabilité et son contrôle, l'exécution de certaines missions, l'analyse de certains sujets, la préparation ou l'application de certains de ses travaux. Ces commissions seront obligatoirement présidées par un administrateur de la mutuelle, pouvant être le président de la mutuelle.

Dans tous les cas, les commissions doivent rendre compte au conseil d'administration de l'exécution de leurs décisions et orientations.

Sont ainsi créées la commission sociale et la commission de réadhésion et de réadmission.

Un règlement spécifique à chaque commission créée est adopté par le conseil d'administration pour définir leur composition et les modalités de fonctionnement de leurs réunions tant techniques que plénières.

Le conseil peut allouer à ces commissions un budget leur permettant de mener à bien les missions qui leur sont confiées.

Les délégations de pouvoir accordées par le conseil d'administration aux commissions ne peuvent l'exonérer de ses responsabilités et attributions, telles que définies par le Code de la mutualité.

Sur décision du conseil d'administration de l'Orphelinat de la Police Nationale-prévoyance, il peut être créé des commissions de travail au sein du conseil d'administration selon les besoins du moment. Le nombre d'administrateurs les composant est fixé par le conseil d'administration.

Les commissions peuvent solliciter des avis techniques soit auprès des cadres de la mutuelle, soit auprès de professionnels extérieurs qualifiés.

Chaque commission établit des comptes rendus de ses travaux, qui sont présentés lors des réunions du conseil d'administration. Ces comptes rendus peuvent faire l'objet d'annexes aux procès-verbaux des réunions du conseil.

Les commissions sont composées de membres du conseil d'administration, dont les compétences dans le domaine délégué sont reconnues, ou qui ont suivi les formations proposées par la mutuelle.

Le président est membre de droit de toutes ces commissions

Des salariés de la mutuelle, et éventuellement des experts extérieurs dont les compétences sont reconnues dans le champ d'intervention de chacune des commissions, peuvent être invités à titre consultatif.

La décision de présence d'experts extérieurs est de la compétence du conseil d'administration.

TITRE IV – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SECTIONS DE LA MUTUELLE (ART. 21.1 DES STATUTS)

ART. 12 : Implantation des sections

Chaque section est implantée dans une unité fixe dont le lieu est défini par le conseil d'administration. Elle est constituée par cette unité ou le regroupement de plusieurs unités.

En principe, il ne peut exister plus d'une section dans la même localité. Cependant, dans les localités importantes, la coexistence de plusieurs sections peut exceptionnellement être autorisée par le conseil d'administration de l'OMPN-p lorsque chacune d'elles regroupe des membres participants appartenant à des services ou établissements différents.

Quant aux limites géographiques des sections entre elles, elles sont définies par le conseil d'administration de la mutuelle.

ART. 13 : Comité de section locale

Sur décision du conseil d'administration, il peut être mis en place un ou plusieurs correspondants au sein de chaque section locale. Les candidats à la mission de correspondant doivent être adhérent à l'OMPN-assistance, à l'OMPN-prévoyance et Les œuvres d'Orphéopolis. Préalablement à leur désignation par le conseil d'administration, ils doivent faire connaître leur motivation auprès du secrétaire général, qui consulte le référent départemental et l'animateur de région de l'OMPN-assistance pour avis.

Aucune durée n'est affectée au mandat de correspondant. La mission

du correspondant prend fin à l'occasion de sa mutation hors de la zone de nomination, de sa radiation, de sa démission des mutuelles, à sa demande ou sur décision motivée du conseil d'administration.

ART. 14 : Rôle du correspondant de section locale

Le correspondant est le représentant de l'institution auprès de l'ensemble des fonctionnaires de sa section dont il est l'interlocuteur privilégié.

Il assume la responsabilité du fonctionnement et du développement de sa section en application des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste.

Sous la coordination du référent départemental, pour la gestion de sa section, le correspondant intervient en collaboration avec le chargé de mission, responsable de l'information, de son secteur pour la promotion des adhésions et ainsi qu'avec l'animateur de région de l'OMPN-assistance pour le suivi des familles.

Il donne son avis motivé sur les dossiers sociaux traités par ses soins.

ART. 15 : Le référent départemental

Un référent départemental est chargé d'accompagner les correspondants dans leurs missions d'information, de promotion et d'adhésion à la mutuelle.

Il est le relais entre le chargé de mission et le correspondant.

a - Nomination

Il est mis en place par le conseil d'administration après avis des correspondants de son secteur géographique lors des RRI ou autre consultation.

Pour postuler, le référent départemental doit être correspondant sur le secteur géographique et ne peut pas être administrateur ou animateur. Les modalités de candidature et de désignation sont définies par délibération du conseil d'administration.

Il est mis en place pour une durée de quatre ans renouvelables.

Les secteurs géographiques sont définis par le conseil d'administration.

b - Fin de mission

La mission du référent départemental prend fin à l'occasion de sa mutation hors de sa zone de nomination, de sa radiation, de sa démission des mutuelles, à sa demande ou sur décision motivée du conseil d'administration. Il peut être aussi demandé la fin de mission anticipée par la majorité des correspondants de sa zone de nomination avec avis argumenté en saisissant le conseil d'administration qui décide des suites à donner.

ART. 16 : Régions et secteurs OMPN-p

Les régions OMPN-p correspondent aux sections de vote des délégués à l'assemblée générale.

Le nombre, la composition et l'étendue des régions sont de la compétence du conseil d'administration.

Les régions sont regroupées sur deux secteurs intitulés « Grand Nord » et « Grand Sud ».

La composition et l'étendue de chaque secteur sont de la compétence du conseil d'administration.

Annuellement, l'ensemble des correspondants des sections locales, des référents départementaux, l'administrateur, chargé de mission, responsable de l'information et les délégués des sections de vote de chaque région se réunissent en réunion régionale d'information.

Les réunions régionales d'information ont pour but d'informer les correspondants, les référents départementaux et délégués, de pratiquer la concertation et d'assurer la coordination des problèmes locaux, régionaux et nationaux concernant la mutuelle.

Le conseil d'administration est obligatoirement représenté à toutes les réunions régionales d'information par au moins un de ses membres qui assure l'information des délégués.

Les frais de déplacement et de séjour des correspondants, des référents départementaux et des délégués sont pris en charge par la mutuelle conformément au code de déontologie.

Exceptionnellement, le conseil d'administration de la mutuelle peut décider la suppression des réunions régionales d'informations, notamment dans le cas où leur organisation pose un problème de calendrier.

Au sein de chaque secteur « Grand Nord » et « Grand Sud », des administrateurs, chargés de mission, responsables de l'information, assurent l'encadrement et l'information des correspondants des sections locales administratives et des délégués de section de vote. Ils recueillent toutes les suggestions des correspondants et délégués de leurs régions et les transmettent au bureau national. Ils assurent le relationnel avec toutes autorités locales. Ils participent aux réunions régionales d'information.

Chaque année, le secrétaire général établi par écrit la synthèse des réunions régionales d'information qu'il expose au conseil d'administration et à l'assemblée générale.

TITRE V – PROTECTION DES REPRÉSENTANTS MUTUALISTES

ART. 17 : Protection accidents

Conformément à la convention passée entre la mutuelle et un cabinet d'assurances, les représentants mutualistes exerçant leurs responsabilités dans un champ d'activités régionales, nationales ou de sections, bénéficient d'une couverture des risques d'accident dès lors qu'ils fournissent la preuve que celui-ci s'est bien produit pendant l'exercice de leur activité mutualiste.

Les demandes de reconnaissance de l'imputation des accidents seront fournies au président de l'OMPN-p pour toute suite utile.

LES ŒUVRES D'ORPHÉOPOLIS



Statuts



Règlement intérieur

des contrats « Solo », « Couple » et « Famille »



**Règlement
d'actions sociales**

Statuts

Actualisés en assemblée générale les 13 et 14 octobre 2020

SOMMAIRE

TITRE I^{er} : FORMATION – DÉNOMINATION – OBJET – SIÈGE – DURÉE

ART. 1 :	Création
ART. 2 :	Dénomination
ART. 3 :	Objet
ART. 4 :	Siège social
ART. 5 :	Durée

TITRE II : MEMBRES – COTISATIONS

ART. 6 :	Membres
ART. 7 :	Adhésion
ART. 8 :	Perte de la qualité de membre
ART. 9 :	Cotisations

TITRE III : RESSOURCES – DÉPENSES

ART. 10 :	Ressources
ART. 11 :	Dépenses

TITRE IV : ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

ART. 12 :	Conseil d'administration
ART. 13 :	Réunions et délibérations du conseil d'administration
ART. 14 :	Pouvoirs du conseil d'administration
ART. 15 :	Bureau
ART. 16 :	Attributions des membres du bureau
ART. 17 :	Assemblée générale ordinaire
ART. 18 :	Assemblée générale extraordinaire
ART. 19 :	Commissaire aux comptes
ART. 20 :	Règlements intérieurs
ART. 21 :	Règlements d'actions sociales

TITRE V : MODIFICATION DES STATUTS – DISSOLUTION – DÉCLARATIONS

ART. 22 :	Modification des statuts
ART. 23 :	Dissolution
ART. 24 :	Déclarations

TITRE I^{er} – FORMATION – DÉNOMINATION – OBJET – SIÈGE – DURÉE

ART. 1 : Création

Il est fondé, depuis le 2 octobre 1952, entre les membres aux présents statuts une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 modifiée et ses textes d'application, notamment le décret du 16 août 1901 modifié.

ART. 2 : Dénomination

Cette association a pour nom Les Œuvres d'Orphéopolis.

ART. 3 : Objet

L'association a pour objet, en faveur de ses membres, leurs conjoints, leurs enfants :

- 1° de pratiquer une solidarité morale ;
- 2° d'assurer leur développement moral, intellectuel et physique ;
- 3° de les aider financièrement et matériellement ;
- 4° d'acquiescer, de gérer, de financer ou subventionner ou de louer en conséquence :

- a) des centres de repos, de vacances ou de loisirs ;
- b) tous biens immobiliers, établissements ou œuvres sociales nécessaires à la poursuite ou l'amélioration des buts définis ;
- 5° de participer à la promotion de l'Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-assistance et de l'Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-prévoyance.

6° de proposer une gamme de services à tarifs préférentiels.

L'association peut également réaliser toutes opérations, telles des manifestations exceptionnelles, ayant un lien direct ou indirect avec son objet.

ART. 4 : Siège social

Le siège social de l'association est fixé 44, rue Roger Salengro – 94120 Fontenay-sous-Bois.

Il pourra être transféré en tout autre lieu conformément aux règles spécifiques de l'article 22 des statuts.

ART. 5 : Durée

L'association est constituée pour une durée illimitée.

TITRE II – MEMBRES – COTISATIONS

ART. 6 : Membres

L'association se compose des membres de l'OMPN-assistance qui règlent une cotisation annuelle à l'association.

Les membres sont répartis en quatre groupes détaillés ci-dessous :

Groupe 1 :

- les fonctionnaires et personnels qui se trouvent dans les positions prévues par le statut général de la fonction publique d'activité, de détachement, hors cadres, d'activités dans la réserve nationale, de congé parental et dont la gestion habituelle administrative et/ou opérationnelle relève du ministère de l'Intérieur,
- les divers personnels des polices municipales qui se trouvent dans les positions prévues par le statut général de la fonction publique d'activité, de détachement, hors cadres, ou d'accomplissement des activités dans la réserve nationale, de congé parental, sous réserve de justification de leur appartenance à ce corps,
- les emplois jeunes dont la gestion habituelle administrative et/ou opérationnelle relève ou relèvera sous un délai de six mois du ministère de l'Intérieur ou du champ des polices municipales.

Groupe 2 :

- les orphelins majeurs entrés dans la vie active,
- Le parent survivant ou le représentant légal des enfants ayant perdu leur père ou leur mère qui, au jour de leur décès, n'était pas membre participant et exerçait comme :

- fonctionnaire du ministère de l'Intérieur rattaché à la direction générale de la police nationale ou à la préfecture de police de Paris,
- ou comme policier municipal.

Et à la suite d'un décès pour cause de service ou un suicide.

En cas d'absence de parent survivant ou de désignation d'un représentant légal, un autre membre de la famille.

L'adhésion, sans condition d'âge, du représentant légal doit obligatoirement avoir lieu dans les douze mois qui suivent le décès.

Groupe 3 :

Les membres du groupe 1 qui s'acquittent de leur cotisation à l'association et :

- ayant fait valoir leur droit à la retraite,
- réformés.

Groupe 4 :

Les veufs et veuves mentionnés :

- au groupe 4 des membres participants
- au groupe des membres honoraires, de l'OMPN-assistance.

ART. 7 : Adhésion

Le Groupe Orphéopolis composé de l'OMPNA, l'OMPNP et des Œuvres d'Orphéopolis est mu par une histoire commune et une même finalité d'intérêt général.

Dès lors, toute adhésion à une offre « solo », « couple » ou « famille » de l'OMPNA entraîne automatiquement l'adhésion à l'ensemble des entités du Groupe Orphéopolis aux conditions mentionnées aux présents statuts, et règlement intérieur.

L'adhésion à l'association est libre et volontaire.

L'adhésion est annuelle et se renouvelle chaque année par le paiement de la cotisation.

ART. 8 : Perte de la qualité de membre

La qualité de membre se perd par :

- la démission ;
- la perte de qualité de membre de l'OMPNA-assistance pour ce qui concerne les adhésions antérieures au 1^{er} janvier 2021 ;
- la perte de qualité de membre de l'OMPNA-assistance ou de l'OMPNP-prévoyance pour ce qui concerne les adhésions à compter du 1^{er} janvier 2021 ;
- le décès pour les personnes physiques ;
- au dernier jour de leurs 65 ans, pour les adhérents à un contrat individuel de type « solo », « couple » ou « famille » ;
- le non-renouvellement de l'adhésion qui est notamment établi par l'absence de paiement de la cotisation ;
- l'exclusion pour faute prononcée par le conseil d'administration, l'intéressé ayant été préalablement invité par lettre recommandée avec accusé de réception à présenter sa défense devant lui. Constitue notamment une faute, le non-respect des dispositions statutaires et du règlement intérieur.

ART. 9 : Cotisations

Les membres de l'association contribuent à la vie matérielle de celle-ci par le versement d'une cotisation annuelle dont le montant est fixé chaque année par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

Le montant des cotisations varie en fonction :

- du groupe d'appartenance du membre ou
- du type d'offre souscrit.

TITRE III – RESSOURCES – DÉPENSES

ART. 10 : Ressources

Les ressources de l'association comprennent :

- le montant des cotisations ;
- l'encaissement du prix des prestations servies ;
- les subventions éventuelles de l'État, des collectivités territoriales et des établissements publics ;
- les dons de particuliers ou d'organismes privés ;
- les intérêts des fonds placés ou déposés ;
- le revenu des biens de toute nature appartenant à l'association ;
- le produit des manifestations, festivités, ventes, tombolas, collectes, etc. organisées au profit de l'association ;
- plus généralement, toutes autres ressources non interdites par les lois et règlements en vigueur.

ART. 11 : Dépenses

Les dépenses de l'association comprennent :

- les frais consécutifs au fonctionnement, au financement et à l'achat des réalisations prévues par l'objet social ainsi que les frais nécessaires à la réalisation de l'objet social ;
- les frais de gestion administrative et de personnel ;
- tous autres frais divers engagés dans l'intérêt de l'association ;
- les diverses taxes et impôts dus par l'association ;
- plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par les lois et règlements en vigueur.

TITRE IV – ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

ART. 12 : Conseil d'administration

L'association est dirigée par un conseil d'administration composé de l'ensemble des administrateurs des mutuelles OMPNA et OMPNP

membres de l'association. Le début du mandat d'administrateur de l'association prend effet à la clôture des assemblées générales d'OMPNA-assistance et d'OMPNP-prévoyance.

La durée du mandat d'administrateur est identique à celle en vigueur sur l'OMPNA-assistance, soit six ans.

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Toutefois, les administrateurs pourront, sur présentation des justificatifs, se faire rembourser les frais engagés pour l'association dans les limites prévues par le règlement intérieur.

ART. 13 : Réunions et délibérations du conseil d'administration

Le conseil d'administration se réunit tant que de besoin sur convocation du président. L'ordre du jour est défini par le président.

La présence de la moitié au moins de ses membres est nécessaire pour la validité des délibérations.

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

Nul ne peut voter par correspondance au sein du conseil d'administration. Au cas où les membres du conseil d'administration jugeraient utile de convoquer à la réunion des collaborateurs rétribués ou indemnisés, ces derniers ne pourraient siéger qu'à titre consultatif.

Les délibérations sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur le registre des délibérations de l'association.

ART. 14 : Pouvoirs du conseil d'administration

Le conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour prendre toutes les décisions qui ne sont pas de la compétence de l'assemblée générale.

Il prend notamment toutes les décisions relatives à la gestion et à la conservation du patrimoine de l'association.

Il définit les principales orientations de l'association. Il arrête le budget et les comptes annuels de l'association.

Il définit un règlement d'actions sociales soumis à l'approbation de l'assemblée générale. Celui-ci fixe notamment les modalités d'attribution des diverses actions sociales, le montant des cotisations appelées.

Il détermine aussi un règlement intérieur qui précise les modalités de fonctionnement interne de l'association et le montant des cotisations appelées voté en assemblée générale.

Il peut consentir une délégation de pouvoirs, sous sa responsabilité et son contrôle, au bureau, au président, à un ou plusieurs administrateurs ou une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

Il peut également déléguer des pouvoirs définis à des salariés.

ART. 15 : Bureau

Les membres du bureau de l'association sont l'ensemble des membres qui composent chaque bureau des mutuelles OMPNA et OMPNP et membres de l'association.

Le bureau est composé d'un président, d'un ou plusieurs vice-présidents, d'un trésorier général, d'un secrétaire général.

Le président de l'association est le président de la mutuelle OMPNA-assistance, membre de l'association. Dans le cas où celui-ci ne serait pas membre de l'association, le président sera élu par vote à bulletin secret par les membres du bureau présents de l'association.

Les fonctions de vice-président, de premier vice-président, de trésorier et secrétaire général sont votées à main levée et à la majorité simple des membres du bureau présents.

Le bureau se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'association l'exige sur convocation du président. La convocation peut être verbale.

Il met en œuvre les décisions de l'assemblée générale et du conseil d'administration.

Les fonctions de membre du bureau sont gratuites.

ART. 16 : Attributions des membres du bureau

Les membres du bureau disposent individuellement des pouvoirs suivants :

Le président représente l'association dans tous les actes de la vie civile et est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il assure la gestion courante dans le cadre des décisions adoptées par les assemblées générales, conseil d'administration et bureau et veille à la régularité du fonctionnement de l'association, conformément aux statuts. Il préside les réunions du bureau, du conseil d'administration et

des assemblées générales. Il signe tous les actes ou délibérations. Les actions en justice sont engagées par le président, mandaté à cet effet par le conseil d'administration. Le président peut néanmoins agir sans mandat, à titre conservatoire, sous réserve de faire valider cette action par le conseil d'administration.

Avec l'autorisation préalable du conseil d'administration, le président peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs à un autre administrateur. Le secrétaire général est chargé de la correspondance et de la conservation des archives. Il établit ou fait établir les procès-verbaux des réunions du bureau, du conseil d'administration et de l'assemblée générale. Il est responsable de la tenue des registres légaux et réglementaires ainsi que du fichier des adhérents.

Le trésorier général établit ou fait établir les comptes de l'association et tient ou fait tenir les livres de comptabilité sous sa responsabilité.

Il est responsable des fonds et des titres de l'association. Il procède, sous le contrôle du président, aux paiements et à la réception de toutes sommes dues à un titre quelconque à l'association en accomplissant à cet effet toutes les formalités nécessaires.

Il établit ou fait établir le rapport annuel sur la situation financière de l'association et le présente devant l'assemblée générale.

Les missions attribuées au(x) vice-président(s) sont définies par le règlement intérieur ; notamment concernant l'éventualité d'une vacance de la présidence.

D'une façon générale, le règlement intérieur définit les règles de délégations au sein de l'association.

ART. 17 : Assemblée générale ordinaire

L'assemblée générale ordinaire se réunit au moins une fois par an.

L'assemblée générale est composée des délégués de section de vote de l'OMPN-assistance membres de l'association. Ils ont voix délibérative et votent à l'assemblée générale. Chaque délégué dispose d'une voix.

L'assemblée générale est convoquée par le président du conseil d'administration. La convocation est adressée par lettre simple à ses membres.

Les travaux de l'assemblée générale sont dirigés par le président du conseil d'administration.

L'assemblée générale ordinaire délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents à l'assemblée générale.

L'assemblée générale ordinaire entend les rapports du conseil d'administration sur la gestion, les activités, la situation morale de l'association et le rapport financier, ainsi que les rapports du commissaire aux comptes.

Elle approuve ou redresse les comptes de l'exercice et donne quitus aux membres du conseil d'administration et au trésorier général.

Sur proposition du conseil d'administration, elle fixe chaque année le montant de la cotisation.

Elle délibère sur les questions inscrites à l'ordre du jour à la majorité simple des votes exprimés.

Les votes ont lieu à main levée sauf si le président décide d'un vote à bulletin secret.

Les règles applicables aux modifications statutaires sont définies à l'article 22 des statuts.

Les délibérations de l'assemblée générale sont constatées sur des procès-verbaux, l'ordre du jour, le texte des délibérations et le résultat des votes. Ils sont signés par le président et le secrétaire général et retranscrits sur le registre de l'association.

ART. 18 : Assemblée générale extraordinaire

L'assemblée générale extraordinaire est seule compétente pour dissoudre l'association ou la fusionner avec un autre organisme. Elle est convoquée selon les mêmes modalités que celles fixées à l'article 17.

L'assemblée générale extraordinaire délibère sur les questions inscrites à son ordre du jour à la majorité des trois quarts des membres présents de l'association.

ART. 19 : Commissaire aux comptes

L'assemblée générale de l'association désigne un commissaire aux comptes pour une période de six exercices (article 224 de la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966).

Le commissaire aux comptes porte à la connaissance du conseil d'administration, les contrôles et vérifications auxquels il a procédé dans le cadre de ses attributions.

Il signale dans son rapport annuel, à l'assemblée générale ordinaire, les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

ART. 20 : Règlements intérieurs

Le conseil d'administration établit deux règlements intérieurs ayant chacun pour objet de préciser et compléter les règles de fonctionnement de l'association et les engagements existants entre :

- l'association et les adhérents à un contrat de la gamme historique et
- l'association et les adhérents à un contrat « solo », « couple » ou « famille ».

Ils sont présentés en assemblée pour information à l'exception :

- des articles relatifs aux modalités de remboursement des frais qui font l'objet d'une ratification en assemblée générale,
- de l'article relatif aux montants des cotisations soumis à l'approbation de l'assemblée générale.

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

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement dans le respect des dispositions mentionnées ci-dessus.

ART. 21 : Règlements d'actions sociales

Le conseil d'administration établit deux règlements d'actions sociales définissant les modalités des aides allouées et soumis à l'approbation de l'assemblée générale.

TITRE V – MODIFICATION DES STATUTS – DISSOLUTION – DÉCLARATIONS

ART. 22 : Modification des statuts

Les statuts peuvent être modifiés par l'assemblée générale ordinaire sur la proposition du conseil d'administration.

Les modifications statutaires sont adoptées à la majorité simple des votes exprimés.

Sous réserve des règles précitées, les modifications statutaires sont adoptées en assemblée générale ordinaire réunie conformément aux règles définies à l'article 17 des statuts.

ART. 23 : Dissolution

En cas de dissolution, l'actif net, s'il y a lieu, est entièrement reversé à la mutuelle Orphelinat Mutualiste de la Police Nationale-assistance inscrite sous le n° 442 750 303 à Paris, régie par le Code de la mutualité, reconnue d'utilité publique par le décret du 20 juin 1925 et dont le siège social est situé 44, rue Roger Salengro – 94120 Fontenay-sous-Bois.

ART. 24 : Déclarations

Le président ou le représentant de l'association mandaté à cet effet, doit faire connaître dans les trois mois à la préfecture du département ou à la sous-préfecture de l'arrondissement où l'association a son siège, tout changement nécessitant une déclaration, tels les changements dans la direction ou l'administration de l'association.

Tout porteur d'un original peut procéder aux déclarations et publications rendues nécessaires par l'adoption des présents statuts.

Règlement intérieur des offres « solo », « couple » et « famille »

Approuvé en conseil d'administration les 2 et 3 décembre 2020

SOMMAIRE

ART. 1 : Objet du règlement intérieur

TITRE I^{er} : ADHÉSION

ART. 2 : Adhésion

ART. 3 : Conditions d'adhésion

TITRE II : ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

ART. 4 : Membres des assemblées générales

ART. 5 : Consultation des procès-verbaux des assemblées générales

TITRE III : ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION

Section 1 : Organisation générale

ART. 6 : Réunions du conseil d'administration

ART. 7 : Commissions internes

ART. 8 : Nomination d'un directeur salarié

ART. 9 : Délégations de pouvoir au directeur

Section 2 : Statuts des administrateurs

ART. 10 : Indemnités versées aux administrateurs

ART. 11 : Remboursement des frais des administrateurs

ART. 12 : Situations et comportements interdits aux administrateurs

ART. 13 : Obligations des administrateurs

ART. 14 : Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du conseil d'administration

ART. 15 : Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

ART. 16 : Conventions interdites

ART. 17 : Responsabilité civile des administrateurs

ART. 18 : Attribution des vice-présidents

Section 3 : Cotisations

ART. 19 : Annualité des cotisations

ART. 20 : Recouvrement des cotisations

ART. 21 : Modalités de paiement des cotisations

ART. 22 : Appel à cotisation

ART. 23 : Date d'échéance de paiement des cotisations

ART. 24 : Modification des montants des cotisations

ART. 25 : Montants des cotisations

TITRE IV : GESTION COURANTE

Section 1 : Sections locales

ART. 26 : Définition des sections locales

ART. 27 : Comité de section locale

ART. 28 : Rôle du correspondant de section locale

Section 2 : Communication

ART. 29 : La réunion régionale d'information

ART. 30 : Communication avec les médias

ART. 31 : Communication interne

Section 3 : Modalités de remboursement des frais

ART. 32 : Indemnités de sujétion

ART. 33 : Indemnités de défraiement

ART. 34 : Procédure pour les missions

ART. 35 : Remboursement (ordre de mission)

ART. 36 : Déplacements

ART. 37 : En voiture personnelle

ART. 38 : En voiture administrative ou du siège

ART. 39 : En véhicule de location

ART. 40 : Par le train

ART. 41 : En avion

ART. 42 : Stages

ART. 43 : Restauration et hôtels

ART. 44 : Barème

ART. 45 : Stages intra-entreprise

ART. 46 : Stages internes à l'association

ART. 47 : Réunions régionales d'information et assemblée générale

ART. 48 : Conseil d'administration

ART. 49 : Obligations du président et du bureau national

TITRE V : PROTECTION DES REPRÉSENTANTS DE L'ASSOCIATION

ART. 50 : Assurance

ART. 51 : Utilisation des données à caractère personnel

ART. 52 : Utilisation des données à caractère personnel

Préambule

Il est créé un règlement intérieur dénommé « Règlement intérieur de l'offre « solo », « couple » et « famille » » afin de définir le fonctionnement de l'Association Les Œuvres d'Orphéopolis et les engagements existants entre celle-ci et les adhérents à un contrat « solo », « couple » ou « famille » distincts des contrats de la gamme « historique » relevant d'un autre règlement intérieur.

ART. 1 : Objet du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est établi conformément aux articles 14, 16 et 20 des statuts de l'association. Il détermine les conditions d'application de ces derniers pour ce qui relève du fonctionnement de l'association hors actions sociales qui font l'objet d'un règlement interne spécifique. Il est établi par le conseil d'administration et est communiqué pour information en assemblée générale.

Il s'applique à tous les membres qui sont tenus de s'y conformer, au même titre que les statuts.

Le conseil d'administration peut apporter et approuver toute modification utile au bon fonctionnement de l'association. Ces modifications sont portées à la connaissance des membres présents en assemblée générale.

TITRE I^{ER} – ADHÉSION

ART. 2 : Adhésion

Les membres âgés de plus de 18 ans et moins de 66 ans, des groupes 1 à 3 définis à l'article 6 des statuts peuvent adhérer à l'offre « solo », « couple » et « famille » à partir du 1^{er} janvier 2021.

Au dernier jour des 65 ans de l'adhérent, le contrat s'achève automatiquement, sans qu'il soit besoin d'un délai de prévenance de l'adhérent ou de l'association.

ART. 3 : Conditions d'adhésion

Le dossier d'adhésion est composé :

- d'un bulletin d'adhésion comportant l'autorisation de précompte, ou l'autorisation de prélèvement ou de paiement par chèque ;
- d'un relevé d'identité bancaire ou postal ou similaire en cas de prélèvement.

Le dossier doit être transmis à l'association dûment complété et signé, faute de quoi il ne pourra pas être pris en compte.

L'adhésion prend effet sous réserve de la transmission du dossier d'adhésion complet et du règlement de la 1^{ère} cotisation, le jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, pour une durée de 1 an, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La qualité de membre participant est reconnue après paiement de la première fraction de la cotisation. En cas de paiement de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la qualité de membre participant est reconnue rétroactivement au jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat d'adhésion.

À défaut de paiement par le membre participant de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la date d'ouverture des droits aux services sera reportée à la date de paiement effectif de cette première échéance. Elle est reconduite d'année en année par tacite reconduction.

Le conseil d'administration est souverain pour admettre, refuser toute admission. Il délègue au président ce pouvoir d'engagement ou de refus. En cas de rejet celui-ci n'est pas tenu d'en donner les raisons. Il peut prendre toutes sanctions envers toute personne qui aura fait des déclarations inexactes.

La réadhésion

La réadhésion ou la réadmission à l'association est soumise à l'approbation de la commission de réadhésion et de réadmission organisée avec l'OMPN-a et l'OMPN-p. La réadhésion ou la réadmission prend effet, après l'approbation de la commission et sous réserve de la transmission du dossier complet et du paiement de la 1^{ère} cotisation, le jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, pour une durée de 1 an, sauf dénonciation par l'une ou l'autre

des parties, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La qualité de membre participant est reconnue après paiement de la première fraction de la cotisation. En cas de paiement de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la qualité de membre participant est reconnue rétroactivement au jour ouvré qui suit la date mentionnée sur le certificat d'adhésion.

À défaut de paiement par le membre participant de la première échéance dans un délai de 30 jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion, la date d'ouverture des droits aux services sera reportée à la date de paiement effectif de cette première échéance.

TITRE II – ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

ART. 4 : Membres des assemblées générales

En raison du nombre important de membres, ceux-ci sont représentés aux assemblées générales par les délégués des sections de vote de l'OMPN-assistance.

Chaque membre de l'association est rattaché, sauf avis contraire, à la section de vote dont dépend son lieu de travail, son affectation administrative ou son domicile selon sa situation.

ART. 5 : Consultation des procès-verbaux des assemblées générales

Tout membre a le droit de consulter au siège social de l'association, les registres de présence et des procès-verbaux des assemblées générales. Une demande écrite doit être adressée, à cet effet, au président qui fixe le jour et l'heure auxquels ces registres pourront être consultés en sa présence ou celle d'un de ses représentants.

Aucun document, registre ou pièce de comptabilité, ne peut être emporté du siège.

TITRE III – ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION

Section 1 : Organisation générale

ART. 6 : Réunions du conseil d'administration

Il est institué un registre des présences au conseil d'administration de l'association. Ce registre est signé par les administrateurs.

ART. 7 : Commissions internes

Le conseil d'administration de l'association les Œuvres d'Orphéopolis peut créer diverses commissions auxquelles il peut confier, sous sa responsabilité et son contrôle, l'exécution de certaines missions, l'analyse de certains sujets, la préparation ou l'application de certains de ses travaux. Ces commissions seront obligatoirement présidées par un administrateur de l'association, pouvant être le président de l'association.

Dans tous les cas, les commissions doivent rendre compte au conseil d'administration de l'exécution de leurs décisions et orientations.

Sont ainsi créées la commission sociale et la commission de réadhésion et de réadmission, ainsi que leur composition et les modalités de fonctionnement de leurs réunions tant techniques que plénières.

Un règlement spécifique à chaque commission est adopté par le conseil d'administration.

Le conseil peut allouer à ces commissions un budget leur permettant de mener à bien les missions qui leur sont confiées.

Les délégations de pouvoir accordées par le conseil d'administration aux commissions ne peuvent l'exonérer de ses responsabilités et attributions.

Chaque commission établit des comptes rendus de ses travaux, qui sont présentés lors des réunions du conseil d'administration. Ces comptes rendus peuvent faire l'objet d'annexes aux procès-verbaux du conseil.

Les commissions sont composées de membres du conseil d'administration, dont les compétences dans le domaine délégué sont reconnues, ou qui ont suivi les formations proposées par la mutuelle.

Le Président est membre de droit de toutes ces commissions.

Des salariés de la mutuelle, et éventuellement des experts extérieurs dont les compétences sont reconnues dans le champ d'intervention de chacune des commissions, peuvent être invités à titre consultatif.

La décision de présence d'experts extérieurs est de la compétence du conseil d'administration.

Les commissions sociales sont les instances d'étude des demandes d'aides présentées à l'association. Elles rendent compte périodiquement au conseil d'administration de leur activité respective.

ART. 8 : Nomination d'un directeur salarié

Le recrutement d'un directeur salarié et les conditions appliquées relèvent des attributions du président du conseil d'administration. Il ne peut être licencié par le président qu'avec l'accord du conseil d'administration à la majorité des présents.

ART. 9 : Délégations de pouvoir au directeur

Les missions confiées au directeur salarié sont proposées par le président de l'association et votées en conseil d'administration à la majorité des présents.

Section 2 : Statut des administrateurs

ART. 10 : Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

ART. 11 : Remboursement des frais des administrateurs

L'association rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour comme développé aux articles 32 et suivants.

ART. 12 : Situations et comportements interdits aux administrateurs

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par l'association ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus par les statuts et le présent règlement.

Les anciens membres du conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de l'association qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec l'association et autre organisme appartenant au même groupe. Il leur est aussi interdit d'utiliser leur titre en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

ART. 13 : Obligations des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi, des statuts et du présent règlement intérieur. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

ART. 14 : Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du conseil d'administration

Sous réserve des dispositions de l'article 22.21 des présents statuts, toute convention intervenant entre l'association et l'un de ses administrateurs ou son directeur, 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 le directeur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec l'association par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre l'association et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, 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 ou le directeur général et toute personne morale appartenant au même groupe que l'association.

ART. 15 : Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre l'association et l'un de ses administrateurs ou son directeur, 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 au commissaire

aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'assemblée générale.

ART. 16 : Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs et au directeur de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de l'association 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 l'association à l'ensemble des membres au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Cette interdiction ne s'applique pas au directeur lorsque celui-ci est susceptible d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de l'association. 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 et du directeur.

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

ART. 17 : Responsabilité civile des administrateurs

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

ART. 18 : Attributions des vice-présidents

En cas d'empêchement du président, la présidence est assurée par le premier vice-président.

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

En cas de vacance du président, le premier vice-président peut remplacer provisoirement le président dans l'attente de l'élection d'un nouveau président. Il peut, également, remplacer le secrétaire général et le trésorier général dans les mêmes conditions.

Les vice-présidents ont en charge notamment les différentes commissions sociales prévues au règlement d'actions sociales.

Section 3 : Cotisations

ART. 19 : Annualité des cotisations

Les membres s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle fixée par l'assemblée générale de l'association.

Pour les adhésions en cours d'année, la cotisation est calculée au prorata du nombre de mois de la date d'adhésion au 31 décembre de l'année considérée, sachant que la cotisation afférente au mois de l'adhésion est due dans sa totalité.

ART. 20 : Recouvrement des cotisations

Les cotisations de l'association sont recouvrées par la mutuelle OMPN-p. Le montant des cotisations est détaillé à l'article 25 du présent règlement intérieur.

ART. 21 : Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations s'acquittent :

- soit par précompte mensuel du douzième du montant de la cotisation annuelle sur le traitement ou sur la pension, quand le précompte est possible ;
- soit par prélèvement bancaire ou postal automatique mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel ;
- soit par paiement annuel, semestriel ou trimestriel auprès du siège administratif de l'association à la suite d'appel à cotisation.

ART. 22 : Appel à cotisation

Pour tous les membres appelés hors précompte, l'appel à cotisation est effectué par le siège administratif au cours du 1er trimestre civil de l'année par un courrier ordinaire. La cotisation appelée est payable en début de période trimestrielle, semestrielle ou annuelle (terme à

échoir). Le défaut de réception de l'avis ne dispense pas le membre de l'obligation de régler sa cotisation. Il doit, dans cette hypothèse contacter l'association.

ART. 23 : Date d'échéance de paiement des cotisations

La date d'échéance annuelle du paiement des cotisations est le 30 juin de l'année au titre de laquelle la cotisation est due pour une cotisation payée annuellement. Pour les membres qui effectuent un paiement fractionné par semestre, la date d'échéance des cotisations dues pour le premier semestre est fixée au 31 mars et celle pour le 2^e semestre est fixée au 30 septembre de l'année.

Pour les cotisations précomptées ou prélevées mensuellement, la date d'échéance est fixée au dernier jour du mois suivant.

Pour les membres qui effectuent un paiement fractionné par trimestre, la date d'échéance des cotisations est fixée au dernier jour du trimestre concerné.

Pour les membres du groupe 1 qui deviennent retraités en cours d'année, la date d'échéance de leur nouvelle cotisation (établie au prorata du nombre de mois) est fixée à six mois après la date de leur départ effectif à la retraite.

ART. 24 : Modification des montants des cotisations

Les modifications des montants des cotisations sont notifiées à chaque membre par courrier, par la voie du Magazine d'Orphéopolis, sur l'espace adhérent du site internet d'Orphéopolis, par mail, ou par l'envoi d'un exemplaire du présent règlement intérieur modifié, adressé à la dernière adresse postale ou électronique connue.

Sauf stipulation contraire explicite lors de la notification, les modifications des montants des cotisations prennent effet le 1^{er} janvier qui suit l'assemblée générale qui les a décidées.

ART. 25 : Montants des cotisations

Les cotisations s'entendent impôts et taxes éventuels compris.

Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant des cotisations.

Le montant des cotisations varie en fonction du groupe d'appartenance du membre conformément au tableau ci-dessous.

Montants annuels des cotisations :

Offre choisie	Cotisations Les Œuvres en euros	Cotisations OMPN-a en euros	Cotisations OMPN-p en euros	Cotisations MDS en euros	Cotisations totales en euros
Solo	4,50	28,00	24,90	2,00	59,40
Couple	4,50	28,00	94,50	2,00	129,00
Famille	6,10	28,00	287,78	2,00	323,88

En sus des droits conférés par les présents statuts et le règlement intérieur, le paiement desdites cotisations ouvre également droit à l'ensemble des prestations servis aux adhérents de l'OMPN- a et l'OMPN-p.

ART. 26 : Changement d'offre de contrats (offres solo, couple et famille)

L'adhérent peut changer d'offre de contrats sur demande.

- Passage à un niveau de couverture supérieur :

Le passage d'une offre à une autre peut être demandé à tout moment. Le changement d'offre prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle.

- Passage à un niveau de couverture inférieur :

o Cas général :

Le passage d'une offre à une autre peut être demandé au plus tard le 31 octobre de chaque année. Le changement d'offre prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle.

Un délai de stage sera appliqué si des prestations non comprises dans l'offre nouvellement souscrite, ont été activées préalablement à la demande de changement d'offre.

Ce délai est de 6 mois pour l'ensemble des passages à une offre inférieure, à l'exception du passage d'une offre famille à une offre solo, dont le délai de stage de 12 mois.

o Demande motivée :

Dans le cas où la demande est motivée par un changement de situation matrimoniale (divorce, séparation, décès du conjoint), de retraite ou de

cessation définitive d'activité, la Mutuelle pourra discrétionnairement et sans qu'il soit besoin de justifier sa décision :

- accepter les demandes transmises au-delà du 31 octobre ,
- et/ou autoriser la prise d'effet du changement d'offre, au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle.

TITRE IV – GESTION COURANTE

Section 1 : Sections locales

ART. 27 : Définition des sections locales

Pour assurer une gestion sociale de proximité et encourager la vie associative, des sections locales sont créées. Ces sections locales correspondent aux sections locales mises en place sur l'OMPN-assistance.

ART. 28 : Comité de section locale

Chaque section locale peut être représentée par un ou plusieurs correspondants. Ces correspondants sont ceux en place sur l'OMPN-assistance et membres de l'association.

ART. 29 : Rôle du correspondant de section locale

Le correspondant :

- assume la responsabilité du fonctionnement de la section locale en application des statuts, du règlement intérieur.
- intervient en coordination avec le délégué de la section de vote correspondante de l'OMPN-assistance et de l'animateur de région de l'OMPN-assistance.

Le correspondant assure le lien et l'information sur sa section locale de tout sujet concernant l'activité de l'association.

Section 2 : Communication

ART. 30 : La réunion régionale d'information

La réunion régionale d'information a pour but l'information des correspondants des sections locales d'une région et des délégués de cette région siégeant à l'assemblée générale de l'association.

ART. 31 : Communication avec les médias

La communication des élus avec les médias s'effectue dans le cadre strict défini par la politique de communication arrêtée par le conseil d'administration.

ART. 32 : Communication interne

L'approbation de son président.

Les bulletins d'information diffusés dans les sections par les délégués ou correspondants sont soumis, avant publication, à l'approbation du président.

Section 3 : Modalités de remboursement des frais

ART. 33 : Indemnités de sujétion

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

ART. 34 : Indemnités de défraiement

L'association rembourse aux administrateurs leurs frais de déplacement et de séjour dans les limites fixées plus loin.

ART. 35 : Procédure pour les missions

Toutes les missions doivent faire l'objet d'un projet et d'un ordre de mission précisant tant l'objet que le coût prévisible de la mission, soumis pour approbation au président via le premier vice-président et sous couvert du trésorier général. Aucune mission ne peut être engagée sans autorisation préalable.

L'accord d'une mission urgente d'un administrateur doit être demandé par tout moyen de communication, à un membre du bureau, dans l'ordre chronologique suivant : 1^o) vice-président ; 2^o) président ; 3^o) secrétaire général ; 4^o) trésorier général.

Pour les autres élus, l'accord d'une mission urgente doit suivre la même procédure.

Le refus d'une mission interdit, ipso facto, sa réalisation.

ART. 36 : Remboursement (ordre de mission)

Les missions font l'objet d'un ordre de mission et d'un compte-rendu de mission adressés au premier vice-président. Après vérification de la conformité des diligences accomplies, il transmet l'ordre de mission au trésorier général pour remboursement.

Lorsque la procédure a été suivie, le remboursement des frais est alors effectué.

à charge de payer l'hôtel, la restauration (déjeuner et dîner) et les frais annexes (à savoir taxi, RATP, parking), les élus sont indemnisés aux frais réels sur présentation des justificatifs sans que le montant du remboursement ne puisse excéder les sommes figurant au barème de l'article 43 du présent règlement.

Les dépenses concernant les collations et rafraîchissements conviviaux ne sont pas considérées comme des frais annexes et par conséquent ne donnent pas lieu à remboursement (sauf cas exceptionnel motivé, après accord préalable du premier vice-président).

Le refus ou l'absence d'autorisation d'une mission n'autorise pas l' élu à prétendre au remboursement.

ART. 37 : Déplacements

Les frais de déplacement des élus sont calculés en fonction du moyen de transport utilisé et de la distance parcourue (ville à ville).

Le choix du moyen de transport doit être déterminé dans un souci d'économie pour l'association.

En dernier ressort, la décision appartient au trésorier général. Le remboursement s'effectuera sur la base du moyen de transport choisi par le décisionnaire.

ART. 38 : En voiture personnelle

L'indemnité de déplacement avec une voiture personnelle est de 0,40 euros du kilomètre. à cette indemnité kilométrique s'ajoutent les frais de péage et de parking sur présentation des justificatifs.

En raison du coût important de ce mode d'indemnisation, le covoiturage, même partiel, doit être pratiqué systématiquement, chaque fois qu'il est possible ; seul le propriétaire du véhicule utilisé est indemnisé.

ART. 39 : En voiture administrative ou du siège

L' élu qui se déplace avec une voiture administrative ou du siège ne peut prétendre qu'au remboursement des frais de carburant, de péage et de parking sur présentation des justificatifs.

ART. 40 : En véhicule de location

Les déplacements en véhicule de location, après accord préalable du président ou du trésorier général, sont remboursés selon les frais réels sur justificatif (facture).

ART. 41 : Par le train

Les déplacements par le train s'effectuent en 2e classe. Ils sont remboursés selon les frais réels sur justificatif (fourniture du billet).

ART. 42 : En avion

Les déplacements en avion en classe économique, après accord préalable et obligatoire du président de l'association ou du trésorier général, sont remboursés selon les frais réels sur justificatif (fourniture du billet).

ART. 43 : Stages

Les frais de déplacement sont remboursés conformément aux articles 32 et suivants du présent règlement.

ART. 44 : Restauration et hôtels

Les frais de restauration des déjeuners pris au restaurant d'entreprise à Val-de-Fontenay par les membres du conseil d'administration sont pris en charge dans la limite de 10 euros par jour travaillé.

Cette même limite s'applique à l'ensemble des élus en mission au siège social et indemnisés aux frais réels pour les déjeuners pris au restaurant d'entreprise à Val-de-Fontenay.

À titre exceptionnel, si une réunion formelle avec des personnes extérieures à l'association, commencée le matin, se termine après 14 heures (fermeture du restaurant d'entreprise), l'association peut rembourser aux frais réels, dans la limite de 22 euros, les frais de restauration de déjeuner du ou des administrateurs directement concernés.

ART. 45 : Barème

a) L'indemnité maximum versée pour une nuitée est de 95 euros, hors déplacement à Fontenay-sous-Bois ou à Paris visé par l'alinéa suivant. Ce montant maximum peut être porté à 100 euros dès lors que le montant total de la soirée (nuitée plus dîner) n'excède pas 125 euros.

b) L'indemnité maximum versée pour une nuitée occasionnée lors d'une mission au siège social à Fontenay-sous-Bois ou à Paris est de 140 euros ttc (hors taxe de séjour).

c) L'indemnité maximum pour un déjeuner est de 22 euros.

d) L'indemnité maximum pour un dîner est de 30 euros.

ART. 46 : Stages intra-entreprise

À charge de payer les frais d'hôtel, la restauration et les frais annexes, l' élu qui participe à un stage intra-entreprise est indemnisé aux frais réels sur présentation des justificatifs sans que le montant du remboursement ne puisse excéder les sommes figurant au barème de l'article 44 du présent règlement.

ART. 47 : Stages internes à l'association

Pour les stages internes les frais d'hôtellerie et de restauration sont pris directement en charge par l'association aussi bien pour les stagiaires que pour les élus formateurs ou encadrants.

ART. 48 : Réunions régionales d'information et assemblée générale

Lors des réunions régionales d'information, l'ensemble des délégués et correspondants est pris directement en charge par l'association aux frais réels.

Les éventuelles dépenses de restauration occasionnées lors du déplacement leur sont remboursées aux frais réels sur justificatifs sans que le montant du remboursement ne puisse excéder les sommes figurant au barème de l'article 44 du présent règlement.

Lors des assemblées générales, l'ensemble des délégués présents est pris directement en charge par l'association aux frais réels.

Les éventuelles dépenses de restauration occasionnées lors du déplacement leur sont remboursées aux frais réels sur justificatifs sans que le montant du remboursement ne puisse excéder les sommes figurant au barème de l'article 44 du présent règlement.

ART. 49 : Conseil d'administration

Lors des conseils d'administration, à charge de payer l'hôtel, la restauration et les frais annexes, les administrateurs sont indemnisés aux frais réels sur justificatifs sans que le montant du remboursement ne puisse excéder les sommes figurant au barème de l'article 44 du présent règlement.

ART. 50 : Obligations du président et du bureau national

De par leurs fonctions, le président et les membres du bureau national ont des obligations notamment celles de rencontrer des personnalités et de les convier, le cas échéant, à des repas de travail.

Dans ce cadre, il pourra être dérogé aux montants des indemnités de repas (déjeuner et dîner) prévues à l'article 44 ci-dessus ; après acceptation du projet de mission par le secrétaire général et le trésorier général ; à condition de rester dans des limites décentes.

TITRE V – PROTECTION DES REPRÉSENTANTS DE L'ASSOCIATION

ART. 51 : Assurance

Une assurance spécifique aux déplacements de l'assemblée générale est souscrite par l'association au bénéfice des membres.

Conformément à la convention passée entre l'association et un cabinet d'assurances, les représentants exerçant leurs responsabilités dans un champ d'activités régionales, nationales ou de sections, bénéficient d'une couverture des risques d'accident dès lors qu'ils fournissent la preuve que celui-ci s'est bien produit pendant l'exercice de leur activité associative.

Les demandes de reconnaissance de l'imputation des accidents sont à adresser au président de l'association.

ART. 52 : Utilisation des données à caractère personnel

L'Association Les Œuvres d'Orphéopolis, dans le cadre de son activité, s'engage à assurer la protection, la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel de ses membres participants et de ses membres honoraires et ce dans le respect du Règlement de l'Union Européenne 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données dit « RGPD ») et de la loi modifiée n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

L'Association ne traite des données à caractère personnel que pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, en particulier : l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, la gestion du contentieux, ou à des fins statistiques.

Les données collectées sont nécessaires à l'accomplissement des points mentionnés ci-dessus. Celles-ci sont conservées pour la durée nécessaire à l'accomplissement des finalités mentionnées ci-dessus telles que prescrites par la loi applicable. Les données collectées sont destinées aux services internes d'Orphéopolis, à ses éventuels sous-traitants participant à la gestion des aides ainsi qu'à ses prestataires de services informatiques.

Les membres participants disposent à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement ou de limitation ou d'opposition et de portabilité de leurs données à caractère personnel ainsi que du droit d'organiser des directives après leur mort. Ils disposent également du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles.

Le Délégué à la Protection des Données de l'Association Les Œuvres d'Orphéopolis peut être contacté par courriel à l'adresse dpo@orpheopolis.fr, ou par courrier à l'adresse DPO Orphéopolis, 44, rue Roger Salengro – 94 126 Fontenay-sous-Bois, Cedex.

Règlement d'actions sociales

Actualisé en assemblée générale les 13 et 14 octobre 2020

SOMMAIRE

TITRE I^{er} : LES BÉNÉFICIAIRES

ART. 1 : Catégories de bénéficiaires

TITRE II : LES AIDES SOCIALES

Section 1 : Les aides financières

ART. 2 : L'aide sociale exceptionnelle (ASE)

ART. 3 : Le prêt social

ART. 4 : L'aide aux obsèques

Section 2 : L'accueil dans les villages de l'OMPN-assistance

ART. 5 : Admission dans les villages d'enfants

ART. 6 : Frais de pension, de scolarité et de voyage

ART. 7 : Dossier d'admission dans les villages d'enfants et résidences estudiantines

ART. 8 : Instruction de la demande

Section 3 : Les centres de vacances et les loisirs

ART. 9 : Les centres de vacances pour enfants

ART. 10 : Les loisirs

Section 4 : Dispositions communes

ART. 11 : Attribution des aides

ART. 12 : Enveloppes budgétaires annuelles

ART. 13 : Modification des montants des aides

TITRE I^{er} – LES BÉNÉFICIAIRES

ART. 1 : Catégories de bénéficiaires

1 - Les bénéficiaires des aides sont les membres de l'association et leurs ayants droit.

TITRE II – LES AIDES SOCIALES

Section 1 : Les aides financières

ART. 2 : L'aide sociale exceptionnelle

2 - L'aide sociale exceptionnelle est une aide non remboursable d'un montant maximum de 1 500 euros attribuée pour les cas de détresse. Elle est accordée prioritairement aux familles membres en difficulté ayant des enfants à charge et ensuite aux autres adhérents.

3 - L'aide est attribuée par la commission sociale en charge de cette activité.

Les décisions de la commission sociale sont collégiales et souveraines.

ART. 3 : Le prêt social

4 - Les membres confrontés à des difficultés imprévues peuvent solliciter l'octroi d'un prêt social sans intérêt d'un montant maximum de 1 500 euros sur une durée maximum de trente-six mois incluant trois mois de différé de remboursement.

5 - La commission sociale constituée à cet effet a en charge de statuer sur l'éligibilité de la demande. Ses décisions sont collégiales et souveraines.

6 - L'octroi définitif est subordonné à l'accord de l'établissement financier en charge d'attribuer le prêt et d'en assurer son recouvrement. Les intérêts de ce prêt et frais de gestion y afférent sont pris en charge par l'association au titre des actions sociales et versés à l'établissement financier ayant accordé le prêt.

Le prêt est remboursable par anticipation en cas de démission ou de radiation du membre.

ART. 4 : L'aide aux obsèques

7 - L'aide sociale aux obsèques est une aide non remboursable d'un montant maximum de 1 000 euros attribuée aux familles en difficulté de membres retraités de l'association ou lors du décès d'un enfant d'un membre de l'association et âgé de moins de douze ans ou qui était handicapé à charge et pour toute déclaration d'un enfant mort né.

8 - L'aide est attribuée par la commission sociale en charge de cette activité en cas de décès du membre, de son (sa) conjoint(e), concu-

bin(e) ou partenaire pacsé(e) ou de l'un de ses enfants à charge.

Les décisions de la commission sociale sont collégiales et souveraines.

Section 2 : L'accueil dans les villages de l'OMPN-assistance

ART. 5 : Admission dans les villages d'enfants

9 - À la demande des parents, tuteurs ou de l'autorité légale s'y substituant, et lorsque leur condition morale ou matérielle le nécessitera, des enfants rencontrant des difficultés, ayants droit de membre de l'association et ne relevant pas d'un placement en établissements spécialisés de droit commun, pourront être admis dans les villages de l'OMPN-assistance selon les places disponibles.

10 - Une convention établie entre l'OMPN-assistance et l'association en définit les modalités d'accueil et de participation financière.

11 - Les enfants dont l'accueil deviendrait incompatible avec le bon fonctionnement des villages et sur décision de la commission d'exclusion du village de l'OMPN-assistance, pourront être rendus à leurs parents ou tuteurs, et conseillés éventuellement pour une orientation vers des établissements spécialisés.

ART. 6 : Frais de pension, de scolarité et de voyage

12 - Les enfants accueillis doivent s'acquitter des frais annexes de scolarité et de trousseau ainsi que des frais de voyage pour se rendre tant dans le village que vers leur lieu de résidence, qui restent à la charge des familles.

13 - Les prix de pension et de scolarité sont définis par le conseil d'administration de l'association selon le quotient familial.

ART. 7 : Dossier d'admission dans les villages d'enfants et résidences estudiantines

14 - Pour les admissions dans les villages d'enfants, les parents ou tuteurs devront fournir :

- une demande d'admission écrite adressée à l'association,
- une photocopie du livret de famille,
- un certificat de scolarité mentionnant l'orientation scolaire,
- un certificat médical attestant que l'enfant n'est atteint d'aucune maladie contagieuse et qu'il peut vivre en collectivité,
- les certificats de vaccinations de l'enfant,
- un certificat de situation dentaire en cas de traitement en cours,
- une déclaration, dans tous les cas, des ressources de la famille ainsi que des charges lui incombant,
- la photocopie de la carte d'assuré social en cours de validité ouvrant les droits,
- quatre autorisations de paiement de prestations à un tiers délégué, non datées et signées par l'assuré ayant l'enfant à charge,

- une attestation d'adhésion à une mutuelle complémentaire santé couvrant l'enfant ; tout changement ultérieur à l'inscription devra faire l'objet d'une communication à la direction du village d'enfants,
- une attestation d'assurance de responsabilité civile,
- un relevé d'identité bancaire ou postal avec autorisation de prélèvement.

15 - Pour les résidences estudiantines :

- une demande d'admission écrite adressée à l'association,
- une photocopie du livret de famille,
- un certificat d'inscription confirmant la poursuite des études,
- une déclaration, dans tous les cas, des ressources de la famille ainsi que des charges lui incombant,
- une attestation d'assurance de responsabilité civile.

ART. 8 : Instruction de la demande

16 - La demande d'accueil dans les villages de l'OMPN-assistance est étudiée par la commission sociale de l'association.

Ses décisions sont collégiales et souveraines.

L'accord définitif est de la compétence de la commission d'admission siégeant au sein du village de l'OMPN-assistance.

Section 3 : Les centres de vacances et les loisirs

ART. 9 : Les centres de vacances pour enfants

17 - Des centres de vacances sont ouverts aux enfants des membres de l'association. Les modalités de participation financières sont définies par le conseil d'administration.

ART. 10 : Les loisirs

18 - Les membres de l'association peuvent bénéficier :

- de tarifs privilégiés grâce aux conventions de partenariat passées avec des organismes de tourisme et de vacances,
- d'offres de locations de biens détenus par l'OMPN-assistance, l'OMPN-prévoyance ou l'association.

Section 4 : Dispositions communes

ART. 11 : Attribution des aides

19 - La possibilité de se voir attribuer des aides de l'association prend effet à la date indiquée sur le courrier de confirmation de l'enregistrement de l'adhésion ou réadmission adressé par l'association pour les nouveaux membres.

ART. 12 : Enveloppes budgétaires annuelles

20 - Annuellement, le conseil d'administration de l'association propose à l'assemblée générale le vote d'un budget global pour les aides mentionnées au présent règlement.

ART. 13 : Modification des montants des aides

21 - Les modifications des montants des aides sont notifiées à chaque membre par la voie du Magazine d'Orphéopolis ou par l'envoi d'un exemplaire des présents règlements adressé au dernier domicile connu.

22 - Sauf stipulation contraire explicite lors de la notification, les modifications des montants des aides prennent effet le 1^{er} janvier qui suit l'assemblée générale qui les a décidées.

**44, rue Roger Salengro
94126 Fontenay-sous-Bois Cedex
Téléphone 01 49 74 22 22**

www.orpheopolis.fr