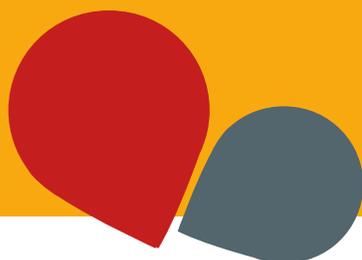




STATUTS ET REGLEMENT MUTUALISTE

DE LA MUTUELLE DU NICKEL
ET DIVERS





Statuts de la Mutuelle du Nickel et Divers

Modifiés le 17 juin 2011 et le 2 décembre 2022

Mutuelle relevant de la loi du pays n°2013-4 du 7 juin 2013
portant statut de la mutualité en Nouvelle-Calédonie

SOMMAIRE

Titre I : FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chapitre I : **FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE**

Chapitre II : **CONDITIONS D'ADMISSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION, D'EXCLUSION**

Titre II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I : **ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**

Chapitre II : **CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Chapitre III : **PRÉSIDENT ET BUREAU**

Chapitre IV : **ORGANISATION FINANCIÈRE**

Titre III : INFORMATION DES ADHÉRENTS

Titre IV : DISPOSITIONS DIVERSES

Chapitre I : FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1. Dénomination de la mutuelle

Il est établi en Nouvelle Calédonie une mutuelle dénommée « Mutuelle du Nickel et Divers » appelée plus communément « Mutuelle du Nickel » ou « MDN ». Personne morale de droit privé à but non lucratif, elle est soumise aux dispositions réglementaires applicables à la Mutualité en Nouvelle Calédonie.

ARTICLE 2. Siège de la mutuelle

Le siège de la mutuelle est situé 2 ter rue Berthelot à Nouméa en Nouvelle-Calédonie
Le siège de la mutuelle peut être transféré en tout autre lieu du territoire sur décision du Conseil d'administration ratifiée par l'Assemblée générale.

ARTICLE 3. Objet de la mutuelle

La mutuelle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Dans les conditions fixées par les présents statuts, elle a pour objet :

1° De réaliser des opérations d'assurance couvrant les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, de protection juridique et d'assistance aux personnes ;

2° D'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées ;

3° De mettre en œuvre une action sociale et de gérer des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles ; 4° La mutuelle a également pour objet de participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie, maternité en application des dispositions légales et réglementaires et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte des collectivités publiques.

La mutuelle peut exercer une activité d'intermédiation en assurance et présenter des garanties dont le risque est porté, totalement ou partiellement par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance ou de réassurance et déléguer la gestion de contrats collectifs.

ARTICLE 4. Règlement intérieur

Le cas échéant, un règlement intérieur, établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlement mutualiste. Le Conseil d'Administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la prochaine Assemblée Générale.

ARTICLE 5. Règlement mutualiste

Un règlement mutualiste adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

ARTICLE 6. Informatique et libertés

Les informations recueillies dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une gestion pour compte de tiers à des fins commerciales. Le membre participant, ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et/ou réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Chapitre II : CONDITIONS D'ADHESION, DE DÉMISSION, DE RADIATION, D'EXCLUSION

SECTION I: ADHÉSION

ARTICLE 7. Membres et ayants droit

La mutuelle se compose de membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires. Les membres participants sont les personnes physiques qui, en échange du paiement régulier de leur cotisation, bénéficient et/ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle.

Les membres honoraires sont, soit des personnes physiques qui paient une cotisation, font des dons ou ont rendu des services équivalents à la mutuelle, sans bénéficier de ses prestations, soit des personnes morales de tout secteur qui ont souscrit un contrat collectif obligatoire.

Peuvent adhérer à la mutuelle en tant que membres participants l'ensemble des salariés et retraités des entreprises sous contrat collectif, et ressortissants d'un régime obligatoire de protection sociale en vigueur en Nouvelle Calédonie.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont le conjoint marié ou pacsé, le concubin, les enfants naturels ou légitimes, ou toute autre personne légalement à leur charge.

ARTICLE 8. Adhésion

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 et qui font acte d'adhésion par la signature du bulletin d'adhésion ou la souscription d'un contrat collectif par un employeur, une personne morale ou un organisme mutualiste.

Sauf dérogations prévues au contrat collectif, l'adhésion d'un membre participant emporte obligatoirement l'adhésion de l'ensemble de ses ayants droit tels que définis à l'article 7.

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

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

ARTICLE 9. Droit d'adhésion

Lors de son adhésion, chaque membre participant et honoraire paie un droit d'adhésion dans les conditions définies par le règlement mutualiste ou, le cas échéant, dans le contrat collectif.

SECTION II : DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 10. Démission

Sous réserve des modes de résiliation prévus par un contrat collectif obligatoire, la démission est donnée par écrit dans les conditions fixées au règlement mutualiste. Elle entraîne la renonciation par l'adhérent à la totalité des prestations servies par la mutuelle et la perte de sa qualité d'adhérent, dans les conditions et formes prévues par le règlement mutualiste.

ARTICLE 11. Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission dans les conditions fixées au règlement mutualiste.

Sont également radiés, dans les conditions fixées au règlement mutualiste, les membres qui n'ont pas payé leur cotisation.

ARTICLE 12. Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement préjudice aux intérêts de la mutuelle. Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le conseil d'administration.

ARTICLE 13. Effets de la démission, de la radiation et de l'exclusion

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet 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. La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

Chapitre 1: ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I : COMPOSITION, ÉLECTIONS

ARTICLE 14. Sections de la mutuelle

Tous les membres de la mutuelle sont répartis en sections. L'étendue et/ou la composition des sections sont fixées par le conseil d'administration selon les dispositions prévues au règlement intérieur.

ARTICLE 15. Composition de l'assemblée générale

L'assemblée générale est composée des délégués des sections.

ARTICLE 16. Élection des délégués

Les membres participants de chaque section élisent parmi eux le ou les délégués à l'assemblée générale de la mutuelle.

Les délégués sont élus pour quatre ans.

Les élections des délégués ont lieu à bulletins secrets suivant le mode de scrutin plurinominal à la majorité simple.

Il est procédé à l'élection des délégués par correspondance dans chaque section. La perte de la qualité de membre entraîne celle de la qualité de délégué.

ARTICLE 17. Nombre de délégués

Le nombre de délégués élus est fonction du nombre de membres participants dans chaque section. Chaque tranche entière de 200 membres donne droit à un délégué. Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

ARTICLE 18. Délégués empêchés

Le délégué empêché peut voter par procuration. Un délégué ne peut recueillir plus de deux procurations.

SECTION II : RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 19. Convocation annuelle obligatoire

Le président du conseil d'administration convoque l'assemblée générale. Il la réunit au moins une fois par an en présentiel. En cas de circonstances exceptionnelles, le Président peut décider de rendre possible la réunion de l'Assemblée générale par visioconférence.

ARTICLE 20. Autres convocations

L'assemblée générale peut également être convoquée par le président du conseil d'administration à la demande :

1. de la majorité des administrateurs composant le conseil,
2. du quart des membres participants.

ARTICLE 21. Modalités de convocation

L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion.

ARTICLE 22. Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée générale est fixé par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations.

Toute question dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'assemblée générale par un quart au moins des délégués est obligatoirement soumise à l'assemblée générale. L'assemblée délibère uniquement sur des questions inscrites à l'ordre du jour.

Elle peut, en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par les textes sur la mutualité en Nouvelle Calédonie.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière. Il en est de même des décisions prises par l'assemblée sur des questions qui n'ont pas été préalablement inscrites à l'ordre du jour.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale signé par le président.

ARTICLE 23. Compétences

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

L'assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

- les modifications des statuts, des règlements,
- les activités exercées, les acquisitions et les emprunts,
- l'existence et le montant des droits d'adhésion,
- les montants ou les taux de cotisations, les prestations,
- l'adhésion à une union ou à une fédération, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la mutuelle ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union,
- le rapport moral du conseil d'administration
- le rapport financier et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration,
- le montant du fonds d'établissement,
- la nomination des commissaires aux comptes,
- les délégations de pouvoirs prévues à l'article 26 des présents statuts.

ARTICLE 24. Modalités de vote

Les votes ont lieu à main levée sauf disposition contraire ou exprimée par un quart au moins des délégués présents et représentés.

24-1. Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le montant des droits d'adhésion ou du fonds d'établissement, les montants ou taux

de cotisations, la délégation de pouvoirs prévue à l'article 26 des présents statuts, les prestations offertes, l'adhésion à une union ou à une fédération, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la mutuelle ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents et représentés 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 délégués présents et représentés est au moins égal au quart du total des délégués.

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

24-2. Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité moindres

Lorsqu'elle se prononce sur des attributions autres que celles visées au paragraphe ci-dessus, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents et représentés 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 délégués présents et représentés.

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

ARTICLE 25. Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses adhérents, sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et aux textes qui régissent la mutualité en Nouvelle Calédonie.

ARTICLE 26. Délégation de pouvoir

L'assemblée peut déléguer ses pouvoirs de détermination des montants ou taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation est valable pour un an seulement.

Chapitre 2 : CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I : COMPOSITION, ÉLECTIONS

ARTICLE 27. Composition

La mutuelle est administrée par un conseil composé de 20 membres :

- Seize membres élus à bulletin secret par l'assemblée générale
- Quatre membres désignés par les quatre principales entreprises adhérentes

ARTICLE 28. Candidatures

Les déclarations de candidature doivent être adressées ou déposées contre reçu au siège de la mutuelle, huit jours au moins avant l'assemblée générale.

ARTICLE 29. Conditions d'éligibilité.

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

- être membres participants et âgés de 18 ans révolus,
- jouir de leurs droits civils et civiques et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pénale,

ARTICLE 30. Modalité de l'élection

Les membres du conseil sont élus à bulletins secrets, ou à main levée avec l'accord de l'ensemble des délégués présents, par l'ensemble des délégués de l'assemblée générale au scrutin plurinominal à la majorité simple. En cas d'égalité de voix, l'élection est acquise au plus âgé.

ARTICLE 31. Durée du mandat

Les membres du conseil sont élus pour quatre ans. Leur fonction expire à l'issue de l'assemblée générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Ils sont révocables à tout moment par l'assemblée générale.

Les administrateurs cessent leur fonction lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions fixées aux présents statuts, lorsqu'ils présentent leur démission ou sont révoqués.

ARTICLE 32. Renouvellement

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

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

ARTICLE 33. Vacance

Il est pourvu provisoirement par le conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par la prochaine assemblée générale. Si la nomination faite par le conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables. L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur. Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

SECTION II : RÉUNIONS

Le conseil d'administration se réunit en présentiel sur convocation du président et au moins 3 fois par an. En cas de circonstances exceptionnelles, le Président peut décider de rendre possible la réunion du Conseil par visioconférence.

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

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par la moitié des membres du conseil.

ARTICLE 35. Délibérations

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents, en cas d'égalité la voix du Président compte double.

Le conseil d'administration vote obligatoirement à bulletins secrets pour l'élection des membres du bureau, ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

ARTICLE 36. Sanctions

Les membres du conseil d'administration peuvent être révoqués par l'assemblée générale en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

SECTION III : ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 37. Compétences

Le conseil d'administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle.

À la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport financier qu'il présente à l'assemblée générale, dans lequel il rend compte notamment des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion.

Il établit un rapport moral qu'il soumet à l'assemblée générale.

Le conseil d'administration élit les représentants de la mutuelle dans les instances dirigeantes des organismes auxquels elle adhère. Il peut, conformément à l'article 38 alinéa 1, déléguer cette compétence au bureau en tout ou partie. Si tel est le cas, il est informé des nominations lors du conseil d'administration qui suit.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles en Nouvelle Calédonie et celles qui ne sont pas expressément réservées à l'assemblée générale.

ARTICLE 38. Délégations

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

Le conseil peut consentir au directeur les délégations de pouvoir nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et sous son contrôle, le fonctionnement de la mutuelle. Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces délégations.

SECTION IV : STATUT DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 39. Indemnités versées

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées par les textes régissant la mutualité en Nouvelle Calédonie.

ARTICLE 40. Remboursement de frais

La mutuelle rembourse sur justificatifs aux administrateurs les frais de déplacement, de représentation et de séjour exposés dans l'intérêt de la mutuelle, dans les conditions fixées par l'assemblée générale.

ARTICLE 41. Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de prendre ou de conserver un intérêt direct ou indirect dans une entreprise ayant traité avec la mutuelle ou un marché passé avec celle-ci.

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toute rémunération ou avantages autres que ceux prévus aux deux articles précédents.

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

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque l'administrateur peut en bénéficier aux mêmes conditions que celles offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions de prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs.

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

Les anciens membres du conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat. Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

ARTICLE 42. Obligations

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'administrateur qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard.

ARTICLE 43. Responsabilité

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 ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

Chapitre 3 : PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION I : ÉLECTIONS, COMPOSITION, RÉUNIONS DU BUREAU

ARTICLE 44. Composition, élections

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un bureau composé de

- un président, un vice-président,
- un secrétaire, un secrétaire adjoint
- un trésorier, un trésorier adjoint.

Le bureau est élu à bulletins secrets, ou à main levée avec l'accord de l'ensemble des administrateurs, pour quatre ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au dernier quart de renouvellement. Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions d'un membre du bureau et procéder à son remplacement.

ARTICLE 45. Réunions et délibérations

Le bureau se réunit sur convocation du président. Il ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

ARTICLE 46. Terme du mandat de président

Le conseil d'administration peut à tout moment révoquer le président.

En cas de décès, démission, révocation ou de perte de qualité d'adhérent du président, le vice-président, ou à défaut l'administrateur le plus âgé, assure la suppléance et convoque dans le délai maximum d'un mois une réunion du conseil d'administration afin d'élire un nouveau président.

SECTION II : ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU

ARTICLE 47. Attributions du président

Le président représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'agir en justice ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Il convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il organise et dirige

ses travaux dont il rend compte à l'assemblée générale.

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 engage les recettes et les dépenses.

Le président est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle, à confier au directeur de la mutuelle ou à des salariés l'exécution de certaines missions qui lui incombent, et à leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 48. Attributions du vice-président

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

ARTICLE 49. Attributions du secrétaire

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

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

Le secrétaire est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle, à confier au directeur de la mutuelle ou à des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et à leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 50. Attributions du trésorier

Le trésorier effectue les opérations financières de la mutuelle et veille au suivi et à la tenue de 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 et du bureau, à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et les valeurs. Il prépare et soumet au conseil d'administration :

- les comptes annuels et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- le rapport sur la situation financière de la mutuelle.

Le trésorier adjoint seconde le trésorier en cas d'empêchement de celui-ci ; il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Le trésorier est autorisé, sous sa responsabilité et son contrôle, à confier au directeur de la mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et à leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

ARTICLE 50 BIS : Attributions du bureau

Outre les attributions de chacun des membres le composant, le bureau :

- En cas de délégation du conseil d'administration élit les représentants de la mutuelle dans les instances dirigeantes des organismes auxquels elle adhère et en informe le conseil d'administration,
- Donne les directives au trésorier, en lien avec celles du conseil d'administration pour que celui-ci procède à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et les valeurs,

- Prépare les travaux soumis au conseil d'administration et à l'assemblée générale,
- Contribue à la gestion des affaires courantes.

Chapitre 4 : ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION I. : PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 51. Produits

Les produits de la mutuelle comprennent :

- 1°- les droits d'adhésion et les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
- 2°- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- 3°- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- 4°- plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

ARTICLE 52. Charges

Les charges comprennent :

- 1°- les diverses prestations servies aux membres participants,
- 2°- les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
- 3°- les cotisations aux unions et fédérations,
- 4°- les dotations aux provisions techniques nécessaires à l'équilibre à long terme de la mutuelle
- 5°- le cas échéant, les versements au système fédéral de garantie et/ou au fonds de garantie
- 6°- plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement et non interdites par la loi.

ARTICLE 53. Paiement des dépenses

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

SECTION II : MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS. RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

ARTICLE 54. Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 50 Millions de Francs Pacifiques. Son montant peut être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'assemblée générale dans les conditions de l'article 24-I des statuts, sur proposition du conseil d'administration.

ARTICLE 55. Placements et retraits des fonds

Les placements et retraits des fonds sont effectués dans les conditions prévues par les dispositions légales en vigueur.

ARTICLE 56. Fonds de réserve

Les provisions techniques et les marges de solvabilité sont constituées conformément à la législation en vigueur.

SECTION III : COMMISSAIRES AUX COMPTES

ARTICLE 57. Commissaires aux comptes

Un commissaire aux comptes et un suppléant sont nommés par l'assemblée générale pour 6 ans.

Le président convoque le commissaire aux comptes au conseil d'administration qui arrête les comptes annuels et à toutes les assemblées générales.

Le commissaire aux comptes :

- certifie le rapport financier établi par le conseil d'administration et présenté à l'assemblée générale,
- certifie les comptes annuels et le cas échéant les comptes consolidés ou combinés établis par le conseil d'administration,
- établit et présente à l'assemblée générale le rapport spécial relatif aux conventions réglementées mentionné
- porte à la connaissance du conseil d'administration les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions,
- signale dans son rapport annuel les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il aurait relevées au cours de l'accomplissement de sa mission,
- plus généralement, effectue toutes les opérations entrant dans le cadre de ses attributions.

TITRE III : INFORMATION DES ADHÉRENTS

ARTICLE 58

Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts et du règlement mutuel. Les modifications statutaires sont portées à sa connaissance.

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.

ARTICLE 59. Dissolution 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 24-1 des statuts.

L'assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les administrateurs.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des administrateurs. Les liquidateurs effectuent les opérations conformément aux dispositions des textes régissant la mutualité en Nouvelle Calédonie. 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 24-1 des statuts à l'Union des Sociétés Mutualistes de Nouvelle Calédonie ou à d'autres organismes mutualistes.

ARTICLE 60. Fonds de secours social

Il peut être constitué, dans les comptes de la mutuelle, un fonds de secours social destiné à venir en aide aux adhérents et à leur famille à l'occasion d'événements exceptionnels liés à la maladie ou l'accident.

Ce fonds est alimenté à partir des capitaux propres non affectés à la couverture des engagements mutualistes et son montant est fixé par le conseil d'administration sans pouvoir excéder 0,50 % des cotisations encaissées de l'exercice précédent.

ARTICLE 61. Interprétation

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

Règlement Mutualiste de la Mutuelle du Nickel et divers

Modifiés le 17 juin 2011 et le 2 décembre 2022

Mutuelle relevant de la loi du pays n°2013-4 du 7 juin 2013
portant statut de la mutualité en Nouvelle-Calédonie

SOMMAIRE

TITRE I :

ORGANISATION ET OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

TITRE II :

PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT D'ADHESION

TITRE III :

ADHESION DES MEMBRES PARTICIPANTS

TITRE IV :

TERMES DE LA GARANTIE

TITRE V :

PRESTATIONS

TITRE VI :

COTISATIONS

TITRE VII :

INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

TITRE I : ORGANISATION ET OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

Article 1 : Organisation et objet du Règlement Mutualiste

Le présent Règlement Mutualiste complète les statuts et définit les règles suivant lesquelles la Mutuelle garantit aux personnes participantes et à leurs ayants droit couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire ou un contrat d'adhésion volontaire pour les retraités, le remboursement des frais médicaux engagés en cas de maladie. Il précise les prestations et les cotisations définies respectivement au titre V et VI du présent règlement.

TITRE II : PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT D'ADHESION

Article 2 : Prise d'effet et durée d'un contrat d'adhésion

Le contrat d'adhésion prend effet à la date indiquée aux conditions particulières du contrat collectif ou à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

Il est souscrit pour une durée indéterminée et se renouvelle annuellement sauf dénonciation signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 3 mois avant l'échéance principale du 31 décembre.

Article 3 : Résiliation d'un contrat d'adhésion

Le contrat d'adhésion peut être résilié :

- à la demande du souscripteur à chaque échéance annuelle et dans les conditions prévues à l'article 2 ci-dessus.
- à la demande de la Mutuelle en cas de défaut de paiement des cotisations et dans les conditions prévues à l'article 18 ci-après.

Article 4 : Révision d'un contrat d'adhésion

Les dispositions du présent règlement sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la Cafat, notamment des bases et taux de remboursement de cet organisme, en vigueur à la date d'effet du contrat d'adhésion. En cas de changement de la législation ou de la réglementation suscitée, la Mutuelle conserve la possibilité de proposer un aménagement des garanties et/ou des cotisations à compter du premier jour du mois suivant la date d'effet de ce changement.

TITRE III : ADHESION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Article 5 : Membres participants

Pour l'application du présent règlement, il faut entendre par membre participant : l'ensemble du personnel salarié du souscripteur ou l'ensemble d'une ou de plusieurs catégories de personnels de celui-ci définies aux conditions particulières du contrat

collectif et, les salariés retraités de ces entreprises.

Article 6 : Modalités d'adhésion

Adhèrent en qualité de membres participants, les salariés appartenant au personnel ou à la catégorie de personnel du souscripteur au profit duquel est souscrit le contrat collectif obligatoire, les retraités volontaires :

- à la date d'effet du contrat collectif obligatoire, lorsqu'ils sont présents à cette date,
- à la date d'embauche si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat collectif obligatoire.
- à la date d'effet mentionné sur le bulletin d'adhésion pour les retraités (correspondant en principe la date de mise à la retraite)

Au bulletin d'adhésion rempli et signé, sont joints une photocopie de la carte d'affiliation aux régimes obligatoires du membre participant et de chacun de ses ayants droit, un relevé d'identité bancaire ou postal.

Article 7 : Bénéficiaires

On entend par bénéficiaires :

- Les membres participants,
- Leur conjoint (marié ou pacsé) ou concubin au sens de la Cafat,
- Les enfants célibataires de moins de 18 ans ou jusqu'à 26 ans s'ils poursuivent leurs études en Nouvelle Calédonie, à charge.
- Quel que soit leur âge, les enfants atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité et de percevoir un salaire imposable.
- Les ascendants « à charge » fiscalement vivant sous le même toit du membre participant et sur présentation des pièces justificatives.

Article 8 : Droit d'entrée

Sauf autres dispositions prévues aux conditions particulières, un droit d'entrée par bénéficiaire, fixé par les instances de la Mutuelle est perçu à l'adhésion de chaque membre participant et ayants droit. Ces droits d'entrée sont à la charge du souscripteur et réglés sur présentation d'un état des nouvelles adhésions enregistrées chaque mois par la mutuelle pour les entreprises.

Article 9 : Adhésion tardive et interruption de contrat

Les anciens salariés et leurs ayants droit qui demandent leur adhésion en dehors des délais prévus pour le maintien de la couverture définis à l'article 10-1 et 10-2 du présent règlement devront s'acquitter à nouveau d'un droit d'entrée par bénéficiaire tel que fixé par les instances de la Mutuelle, en plus de régulariser les cotisations dues, pour pouvoir prétendre de nouveau aux prestations de la Mutuelle, à compter de la date de paiement des arriérés de cotisation.

Au-delà d'un an d'interruption de contrat, tout ancien membre participants et ses ayants droit devront s'acquitter d'un droit d'entrée forfaitaire de 100.000 francs et se verront appliquer un délai de carence de trois mois avant de pouvoir prétendre de nouveau aux prestations de la Mutuelle.

Article 10 : Conditions de maintien de la couverture

10-1 : Anciens salariés

Tout salarié cesse d'être couvert dès le jour où il n'appartient plus au personnel ou à la catégorie de personnel au profit duquel est souscrit le contrat collectif obligatoire. Néanmoins, en cas de départ en cours de mois la cotisation étant due pour le mois entier, le bénéficiaire continue à être couvert jusqu'au terme du mois considéré.

Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou d'une pension de retraite, ont la possibilité d'adhérer ainsi que leurs ayants droits, aux conditions en vigueur, à une garantie proposée par la Mutuelle sans condition de délai probatoire ni droit d'entrée, s'ils en font la demande au plus tard dans les trois mois suivant la date de rupture de leur contrat de travail et après régularisation des cotisations.

A titre temporaire, un ancien adhérent salarié couvert par le RUAMM, peut continuer à adhérer dans la limite de un an en tant qu'adhérent volontaire ainsi que ses ayants droits sans condition de délai probatoire ni droit d'entrée, s'il fait sa demande dans le mois qui suit sa fin de contrat.

10-2 : Ayants droit d'un salarié décédé

En cas de décès du membre participant, ses ayants droit ont la possibilité d'adhérer, aux conditions en vigueur, à une garantie proposée par la Mutuelle sans condition de délai probatoire ni droit d'entrée s'ils en font la demande dans les trois mois, au plus tard, suivant la date de décès.

10-3 : Résiliation du contrat collectif obligatoire

La résiliation, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la cessation des garanties pour tous les membres participants et tous leurs ayants droit.

10-4 Modalités d'accès aux contrats optionnels des anciens salariés

Pour les cas d'adhésions tardives mentionnées à l'article 9 et pour les adhésions prévues au présent article, le conseil d'administration détermine par délibération, les conditions d'adhésions aux différents contrats existants.

Article 11 : Prestations garanties

Sous réserve d'une éventuelle période probatoire, les prestations sont servies dès la date d'effet de l'adhésion à condition que la date des soins ou de survenance de l'évènement soient postérieures à la prise d'effet de l'adhésion. Ne sont pas pris en charge les séjours en établissement hospitalier dont la date d'entrée se situe avant la date d'effet de l'adhésion.

Les prestations garanties sont servies conformément à celles définies dans le tableau des prestations remis aux adhérents. Elles sont limitées aux frais réellement engagés, en

tenant compte de l'intervention du régime obligatoire, qu'elle soit effective ou non, et éventuellement de tout autre régime complémentaire.

a) Dépenses ouvrant droit aux prestations :

Les actes médicaux et prescriptions médicales ou chirurgicales du petit et moyen risque remboursés par la Cafat :

- Hospitalisation médicale
- Hospitalisation chirurgicale
- Médecine : Consultations, visites et soins dispensés par des médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers et auxiliaires médicaux, radiographie, analyses et frais de laboratoires, pharmacie.

Tous les actes expressément mentionnés dans le tableau des prestations de la mutuelle annexés au présent règlement.

b) Exclusions

Ne peuvent donner lieu à prise en charge par la mutuelle les dépenses suivantes :

- Les actes non pris en charge par la Cafat ou hors nomenclature, sauf ceux expressément mentionnés dans le descriptif détaillé des prestations de la mutuelle.
- D'une façon générale, la mutuelle ne prend pas en charge les soins consécutifs à des blessures reçues au cours d'une rixe ou d'une émeute, de faits de guerre, des mutilations volontaires, des accidents scolaires, sportifs ou de la route, des blessures ou maladie indemnisées à 100% en vertu de la législation Cafat (les accidents du travail et les maladies professionnelles, la longue maladie, la maternité, le gros risque...).

Article 11bis – Accès aux réalisations sanitaires et sociales

Tous les bénéficiaires de la Mutuelle du Nickel ont également accès aux œuvres sociales de la mutuelle dont les règlements intérieurs sont annexés au présent règlement mutualiste.

Article 12 - Base de remboursement des prestations

La Mutuelle garantit le versement, en complément des remboursements du régime obligatoire Cafat, des prestations définies au tableau des prestations.

Les actes et prescriptions médicales ou chirurgicales antérieurs à l'adhésion ou dont la date de première proposition, de prescription ou d'exécution se situe avant la date d'effet de l'adhésion, ne peuvent donner lieu à remboursement par la Mutuelle.

En cas de départ en cours de mois la cotisation est due pour le mois entier en contrepartie de quoi le bénéficiaire continue à être couvert jusqu'au terme du mois considéré. Les prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Cafat à la date des soins.

Les pourcentages indiqués au tableau des prestations sont exprimés par rapport aux tarifs de la Cafat et s'entendent hors prestations de cet organisme.

Article 13 - Règlement des prestations

Le règlement des prestations s'effectue sur la base des feuilles maladie transmises à la Mutuelle. A défaut les prestations dues par la Mutuelle sont réglées sur présentation de

l'original du décompte du régime obligatoire et, le cas échéant, des justificatifs des frais réels engagés.

Pour l'optique, les prothèses dentaires et auditives, les prestations sont versées au vu de la facture détaillée et acquittée.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Pour être recevable toute réclamation portant sur des prestations accordées ou refusées doit être présentée dans un délai de trois mois à compter du paiement ou du refus de paiement des dites prestations.

Article 14 : Cas particulier des ayants-droit en double affiliation

Lorsque l'ayant droit d'un membre participant d'une mutuelle bénéficie d'une couverture complémentaire santé couvrant le même risque que celui pour lequel le membre participant adhère à une mutuelle, il peut être dispensé, sur demande du membre participant, de l'obligation d'adhésion à la couverture complémentaire santé de ce dernier. Le membre participant doit justifier que ses ayants droit disposent d'une couverture complémentaire santé au moment de la demande de dispense.

Article 15 : Subrogation

Le bénéfice des prestations donne à la Mutuelle, dans la limite des dépenses qu'elle a exposées, subrogation en vue d'engager tout recours à l'encontre de tout tiers responsable.

TITRE VI : COTISATIONS

Article 16 : Cotisations

La cotisation est fixée au contrat d'adhésion. Sauf disposition exceptionnelle prise par l'Assemblée Générale de la Mutuelle, elle est révisable à chaque échéance annuelle.

Article 17 : Conditions de paiement

Le souscripteur s'engage à verser, à terme échu et avant le 10 du mois suivant, les cotisations mensuelles relatives à ses employés dues à la Mutuelle au titre du contrat collectif obligatoire. La cotisation des retraités volontaires est payable d'avance par prélèvement, chèque ou espèces à l'année, ou bien, obligatoirement par prélèvements bancaires automatiques au mois.

Article 18 : Défaut de paiement

A défaut de paiement des cotisations dans les délais prévus et après mise en demeure par lettre recommandée avec accusé réception, non suivi d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi, la garantie est suspendue.

Faute de paiement dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette même lettre, le contrat est résilié automatiquement sans pour autant libérer le souscripteur des cotisations dues jusqu'à ce jour.

Article 19 : États à fournir

Le souscripteur doit adresser à la Mutuelle les pièces suivantes:

A la souscription : un état nominatif de l'ensemble des salariés accompagné, pour chaque intéressé, d'un bulletin d'adhésion dûment complété, d'un relevé d'identité bancaire ou postal et d'une photocopie de la carte d'assuré social des personnes à assurer.

En cours d'année : le ou les états rectificatifs précisant les entrées sorties des personnes participantes ainsi que les modifications éventuelles de leur situation de famille.

A chaque renouvellement du contrat collectif obligatoire : un état récapitulatif des personnes assurées.

Article 20 : Caution sur contrat collectif obligatoire

Une caution représentant un mois de cotisations patronale et salariale est versée par le souscripteur à la date d'effet du contrat. Elle est restituée au terme du contrat en cas de résiliation par le souscripteur telle que défini aux articles 2 et 3 du présent règlement mutualiste. En cas de défaut de paiement la caution peut être conservée par la mutuelle

Article 21 : Maîtrise de l'évolution des cotisations et provision pour risque croissant

Au maximum tous les 10 ans la Mutuelle fera appel à un actuariaire pour estimer le montant d'une provision pour risque croissant laquelle a pour objet de combler les écarts générationnels liés à une cotisation unique. Chaque année et à concurrence du montant total du risque calculée par l'étude actuarielle, la mutuelle peut être amenée à doter cette provision si son activité le permet. En cas de déficit de l'activité complémentaire santé, la mutuelle se réserve néanmoins le droit de ne pas doter cette provision. Auquel cas elle s'oblige à revoir le montant des cotisations dans l'année qui suit, afin de permettre de doter à nouveau la provision.

La Mutuelle peut par ailleurs reprendre une partie de la provision lorsque le cout des prestations des cotisants volontaires est supérieur à celui des actifs ou en cas de déficit de l'activité de la complémentaire santé.

Le Conseil d'Administration, par délibération, détermine les règles de délimitations des dotations et de reprises conformément au présent article.

TITRE VII : INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Article 22 : Information

Le souscripteur s'engage à remettre à ses employés garantis par le présent contrat collectif obligatoire, une notice d'information détaillée fournie par la Mutuelle, qui définit notamment les garanties prévues par le contrat collectif obligatoire et les modalités d'application.

Le souscripteur doit également informer préalablement et par écrit ses employés de toute modification des garanties.



2 ter rue Berthelot – BP 776 – 98845 NOUMEA CEDEX – Tél (687) 26 60 40

Mutuelle relevant de la loi du pays n°2013-4 du 7 juin 2013 portant statut de la mutualité en Nouvelle-Calédonie