

Code de la mutualité

Partie législative

Livre Ier : Règles générales applicables à l'ensemble des mutuelles, unions et fédérations.

Chapitre Ier : Objet des mutuelles, unions et fédérations.

Article L111-1

I.-Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du présent code à dater de leur immatriculation dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Ces statuts définissent leur objet social, leur champ d'activité et leurs modalités de fonctionnement, conformément aux dispositions du présent code.

Les mutuelles peuvent avoir pour objet :

1° De réaliser les opérations d'assurance suivantes :

- a) Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;
- b) Contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés ;
- c) Réaliser des opérations de protection juridique et d'assistance aux personnes ;
- d) Couvrir le risque de perte de revenus lié au chômage ;
- e) Apporter leur caution mutualiste aux engagements contractés par leurs membres participants en vue de l'acquisition, de la construction, de la location ou de l'amélioration de leur habitat ou de celui de leurs ayants droit ;

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 oeuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles ;

4° De participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles L. 211-3 à L. 211-7, L. 381-8, L. 381-9, L. 611-3, L. 712-6 à L. 712-8 du code de la sécurité sociale et des articles L. 723-2, L. 731-30 à L. 731-34, L. 741-23 et L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'Etat ou d'autres collectivités publiques.

Elles peuvent accepter les engagements mentionnés au 1° ci-dessus en réassurance.

Elles peuvent également, à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II pour la délivrance de ces engagements.

II.-Sous réserve des dispositions du III, une même mutuelle ne peut exercer à la fois une activité d'assurance définie au 1° ou aux deux derniers alinéas du I et une activité définie au 2° ou au 3° du I. En outre, une mutuelle exerçant une activité d'assurance ne peut contracter à la fois des engagements définis au b du 1° du I et des engagements définis aux c, d et e du 1° du I.

III.-Une mutuelle exerçant une activité d'assurance peut assurer la prévention des risques de dommages corporels, mettre en oeuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires et sociales dans la mesure où ces activités sont accessoires, et accessibles uniquement :

-à ses membres participants et à leurs ayants droit, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ;

-aux souscripteurs d'un contrat proposé par une entreprise relevant du code des assurances, par une institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale ou par une autre mutuelle d'assurance, et ayant passé une convention avec elle, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat passé avec ces souscripteurs.

Article L111-1-1

I.-La réassurance est l'activité d'un organisme, autre qu'un véhicule de titrisation mentionné à l'article L. 310-1-2 du code des assurances, qui consiste à accepter des risques d'assurance cédés soit par les mutuelles ou unions régies par le livre II du présent code, soit par les institutions de prévoyance régies par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, soit par une entreprise d'assurance ou par une entreprise de réassurance.

La réassurance financière limitée (dite " réassurance finie ") est la réassurance en vertu de laquelle la perte maximale potentielle du réassureur, découlant d'un transfert significatif à la fois des risques liés à la souscription et des risques liés à l'échéance des paiements, excède, à concurrence d'un montant important mais limité, les primes dues par la cédante sur toute la durée du contrat. Cette réassurance présente en outre l'une au moins des deux caractéristiques suivantes :

1° Elle prend en compte explicitement la valeur temporelle de l'argent ;

2° Elle prévoit un partage contractuel qui vise à lisser dans le temps les répercussions économiques du transfert du risque réassuré en vue d'atteindre un niveau déterminé de transfert de risque.

II.-Outre les mutuelles mentionnées au 1° de l'article L. 111-1 et unions exerçant la même activité, sont autorisées à exercer en France l'activité de réassurance les mutuelles et unions ayant la réassurance pour activité exclusive, dont le siège social est situé en France et qui sont agréées dans les conditions définies à l'article L. 211-7-2.

Article L111-2

Une union est une personne morale de droit privé à but non lucratif créée par plusieurs mutuelles ou unions.

L'union ainsi constituée peut accepter ultérieurement l'adhésion d'autres mutuelles ou d'autres unions, sur proposition des conseils d'administration approuvée par les assemblées générales de ces organismes.

Une personne physique ne peut bénéficier directement des prestations ou services proposés par une union sans être membre d'une mutuelle adhérent à l'union ou ayant passé une convention avec cette union.

Les unions peuvent exercer les missions visées au I de l'article L. 111-1, sous les réserves définies aux II et III du même article.

Article L111-3

Lorsque l'assemblée générale d'une mutuelle relevant du livre II du présent code décide de créer une autre mutuelle dans les conditions prévues à l'article L. 114-12 ou lorsque l'assemblée générale d'une union relevant du livre II du présent code décide de créer une union dans les mêmes conditions, le conseil d'administration de la personne morale fondatrice et celui de la mutuelle ou de l'union créée ne peuvent être composés des mêmes membres dans une proportion supérieure aux deux tiers.

Les commissaires aux comptes des deux organismes sont différents. Lorsqu'ils sont salariés ou associés au sein de personnes morales, celles-ci doivent être distinctes.

L'apport de la mutuelle ou de l'union fondatrice à la mutuelle ou à l'union qu'elle a créée ne peut excéder le montant de son patrimoine libre. L'engagement financier de la mutuelle ou de l'union fondatrice dans la mutuelle ou l'union qu'elle a créée est limité au montant de son apport. Lors de la création d'une mutuelle pratiquant exclusivement des opérations d'assurance ou de gestion de réalisations sanitaires, sociales et culturelles, cet apport est soumis à l'approbation de l'assemblée générale de la personne morale fondatrice.

Les transferts financiers de la mutuelle ou de l'union fondatrice au profit de la mutuelle ou de l'union qu'elle a créée ne peuvent remettre en cause les exigences de solvabilité définies à l'article L. 212-1.

Lorsque la cotisation afférente aux activités de la mutuelle ou de l'union ainsi créée est incluse dans la cotisation globale prélevée par la mutuelle ou l'union fondatrice, les statuts de cette dernière prévoient la part de cotisation qui est affectée à chacun des deux organismes.

Article L111-4

Lorsque deux ou plusieurs mutuelles ou unions régies par le livre II du présent code créent une union régie par le livre III, l'apport de chaque mutuelle ou union fondatrice dans l'union ainsi créée ne peut excéder son patrimoine libre et sa responsabilité est limitée au montant de cet apport. Ces apports sont soumis à l'approbation de l'assemblée générale de chaque mutuelle ou union fondatrice.

Les transferts financiers de chaque mutuelle ou union fondatrice au profit de l'union à la création de laquelle elle a participé ne peuvent remettre en cause les exigences de solvabilité définies à l'article L. 212-1.

Article L111-4-1

Les statuts d'une union peuvent prévoir l'ouverture de cette union à des organismes relevant des catégories suivantes :

1° Organismes régis par le titre 3 du livre 9 du code de la sécurité sociale ou par le II de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime ;

2° Sociétés d'assurance mutuelle et unions de sociétés d'assurance mutuelle relevant du code des assurances ainsi que les sociétés de groupe d'assurance mutuelle et les groupements d'assurance mutuelle définis respectivement aux articles L. 322-1-3 et L. 322-1-5 du code des assurances ;

3° Autres organismes d'assurance à forme mutuelle ou coopérative ou à gestion paritaire dont le siège est situé dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Dans un tel cas, l'union est dénommée union de groupe mutualiste.

Pour l'application du 3°, est considéré comme organisme d'assurance à gestion paritaire tout organisme assureur dont le conseil d'administration ou l'organe assimilé prend ses décisions par la voie de délibérations de représentants des employeurs et de représentants des salariés.

L'union de groupe mutualiste a pour objet de faciliter et de développer, en les coordonnant, les activités de ses membres qui demeurent, pour chacun d'entre eux, directement responsables de la garantie de leurs engagements. En aucun cas, les unions de groupe mutualiste ne peuvent pratiquer des opérations d'assurance ou de réassurance.

Les modalités de fonctionnement entre l'union de groupe mutualiste et les organismes visés au premier alinéa sont définies par une convention. Les organismes visés au premier alinéa ne peuvent adhérer à une union de groupe mutualiste que si leurs statuts en prévoient expressément la possibilité. L'union de groupe mutualiste ne peut exercer sur ses membres d'influence dominante au sens du 1° de l'article L. 356-1 du code des assurances ni établir de relations financières fortes et durables entre ses membres.

Les statuts de l'union de groupe mutualiste peuvent prévoir que les mutuelles et unions relevant du présent code disposent d'au moins la moitié des sièges à l'assemblée générale et au conseil d'administration.

Une union de groupe mutualiste peut être transformée en union mutualiste de groupe au sens de l'article L. 111-4-2 sans donner lieu à dissolution ni à création d'une personne morale nouvelle.

Les conditions de fonctionnement de l'union de groupe mutualiste sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L111-4-2

L'expression "unions mutualistes de groupe" désigne les entreprises qui ne sont pas des compagnies financières holding mixtes, au sens de l'article L. 517-4 du code monétaire et financier, et dont l'activité principale consiste :

1° A prendre et à gérer des participations, au sens du 10° de l'article L. 310-3 du code des assurances, dans des entreprises mentionnées aux articles L. 310-1 ou L. 310-1-1 du code des assurances, ou dans des entreprises d'assurance ou de réassurance dont le siège social est situé hors de France ;

2° Ou à nouer et à gérer des relations financières fortes et durables avec :

a) Des mutuelles ou unions régies par le livre II ;

b) Des institutions de prévoyance ou unions régies par le titre 3 du livre 9 du code de la sécurité sociale ;

c) Des sociétés d'assurance mutuelle régies par le code des assurances, ou entreprises d'assurance ou de réassurance à forme mutuelle ou coopérative ou à gestion paritaire ayant leur siège social dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

d) Des unions mutualistes de groupe définies au présent article, des sociétés de groupe d'assurance mutuelle définies à l'article L. 322-1-3 du code des assurances, ou des sociétés de groupe assurantiel de protection sociale définies à l'article L. 931-2-2 du code de la sécurité sociale.

L'union mutualiste de groupe doit exercer effectivement une influence dominante au moyen d'une coordination centralisée sur les décisions, y compris financières, des organismes affiliés.

L'union mutualiste de groupe doit compter au moins deux organismes affiliés dont l'un au moins est, soit une mutuelle ou union relevant du livre II, soit une union mutualiste de groupe.

Les mutuelles et unions relevant du présent code disposent d'au moins la moitié des sièges à l'assemblée générale et au conseil d'administration. Toute clause contraire des statuts entraîne la nullité de la constitution de l'union mutualiste de groupe.

Lorsque l'union mutualiste de groupe a, avec un organisme affilié, des relations financières fortes et durables qui ne résultent pas de participations au sens du 10° de l'article L. 310-3 du code des assurances, ces relations sont définies par une convention d'affiliation.

Un organisme ne peut s'affilier à une union mutualiste de groupe que si ses statuts en prévoient expressément la possibilité et qu'il n'est pas déjà affilié à une autre union mutualiste de groupe, à une société de groupe d'assurance définie à l'article L. 322-1-2 du code des assurances et à une société de groupe assurantiel de protection sociale définie à l'article L. 931-2-2 du code de la sécurité sociale.

La conclusion par un organisme d'une convention d'affiliation à une union mutualiste de groupe ou la résiliation de celle-ci font l'objet d'une déclaration préalable à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Celle-ci dispose d'un délai dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat à compter de la réception du dossier pour s'opposer à l'opération projetée si celle-ci apparaît contraire aux intérêts des assurés. Il en va de même lorsqu'un organisme fait l'objet d'une mesure d'exclusion de l'union mutualiste de groupe.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et précise les conditions de fonctionnement de ces unions mutualistes de groupe.

Article L111-4-3

I. - Des mutuelles ou unions régies par le livre III du présent code peuvent créer entre elles ou avec des mutuelles ou unions régies par le livre II une union régie par le livre III ayant pour objet de faciliter et de développer, en les coordonnant, des activités sanitaires, sociales et culturelles.

Cette union peut admettre parmi ses adhérents les organismes relevant des catégories suivantes :

- 1° Institutions de prévoyance ou unions régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ;
- 2° Sociétés d'assurance mutuelles relevant du code des assurances ;
- 3° Entreprises d'assurance ou de réassurance à forme mutuelle ou coopérative ou à gestion paritaire dont le siège social est situé dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- 4° Coopératives régies par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération ;
- 5° Associations régies par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ou, le cas échéant, par le code civil local applicable aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ;
- 6° Fondations régies par la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat.

II. - Chaque membre est tenu d'effectuer à l'union un apport en numéraire ou en nature, à la création de celle-ci ou lors de son adhésion.

Des apports complémentaires peuvent être réalisés en cours d'exercice.

La responsabilité de chaque membre est limitée au montant de son apport. L'apport d'une mutuelle ou union régie par le livre II du présent code ne peut excéder le montant de son patrimoine libre.

III. - L'assemblée générale est composée de tous les membres de l'union, représentés par au moins un de leurs dirigeants ou administrateurs.

Toutefois, les mutuelles et unions régies par le présent code disposent de la majorité des droits de vote à l'assemblée générale ainsi que des sièges au conseil d'administration. Toute clause contraire des statuts entraîne la nullité de la constitution de l'union.

IV. - Les statuts de l'union peuvent prévoir que celle-ci dispose de pouvoirs lui permettant d'exercer un contrôle du fonctionnement, notamment dans le domaine financier, des activités sanitaires, sociales et culturelles de ses membres. Ces pouvoirs sont définis dans les statuts.

V. - Les conditions de fonctionnement de l'union sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L111-5

Une fédération est une personne morale de droit privé à but non lucratif créée par plusieurs mutuelles ou unions en vue de défendre leurs intérêts collectifs, moraux et matériels, d'en assurer la représentation et de faciliter leurs activités.

Les fédérations coordonnent ou mettent en oeuvre des actions d'information dans le domaine de la santé, notamment en matière de prévention, de lutte contre la toxicomanie, du bon usage des médicaments et de mise en place de réseaux de soins.

Les fédérations ne peuvent pas pratiquer directement des opérations d'assurance. Elles sont autorisées à pratiquer des opérations de réassurance portant sur les opérations mentionnées au 1° du I de l'article L. 111-1, dans des conditions prévues à l'article L. 111-4, au moyen d'unions consacrées à ces catégories d'opérations.

Les membres d'une fédération qui relèvent du livre II du présent code peuvent créer, dans les conditions prévues à l'article L. 111-4, une union chargée de gérer un système fédéral de garantie. Le système fédéral de garantie ainsi constitué fonctionne dans les conditions fixées à l'article L. 111-6 et est soumis au contrôle de la l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article L111-6

Les systèmes fédéraux de garantie mis en place conformément à l'article L. 111-5 sont agréés dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Les ressources des systèmes fédéraux de garantie sont définies par leurs statuts.

Une mutuelle ou union ne peut être membre de plus d'un système fédéral de garantie.

Sans préjudice des pouvoirs de contrôle conférés à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, les systèmes fédéraux veillent à l'application par leurs membres des dispositions législatives et réglementaires qui les régissent et exercent un contrôle administratif, technique et financier sur leur organisation et leur gestion.

Dans les conditions et limites définies par leur règlement, ils garantissent, en cas de défaillance, le paiement des prestations dues aux membres participants des mutuelles et unions qui leur sont affiliées. Sont toutefois exclues de cette garantie les opérations d'assistance et de protection juridique figurant au c du 1° du I de l'article L. 111-1.

Les systèmes fédéraux de garantie peuvent en outre intervenir à titre préventif auprès d'une mutuelle ou d'une union susceptible de ne plus répondre aux conditions de solvabilité mentionnées au 3° de l'article L. 212-1. Les interventions préventives du système fédéral de garantie prennent la forme de concours non remboursables.

Le système fédéral de garantie est subrogé dans les droits de l'organisme défaillant et de ses membres participants à concurrence du montant de toutes les sommes qu'il a versées.

Lorsqu'une mutuelle ou une union relevant du livre II du présent code cesse d'être membre d'un système fédéral de garantie, celui-ci en informe le ministre chargé de la mutualité et l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution qui s'assure de son adhésion directe au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1. Le système fédéral de garantie informe également le président du fonds mentionné à l'article L. 431-1.

Chapitre II : Principes mutualistes.

Article L112-1

Les mutuelles et les unions qui mènent des activités de prévention ou d'action sociale ou qui gèrent des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles ne peuvent moduler le montant des cotisations qu'en fonction du revenu ou de la durée d'appartenance à la mutuelle ou du régime de sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence ou du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants.

Les mutuelles et les unions exerçant une activité d'assurance sont soumises aux dispositions de l'alinéa précédent pour les opérations individuelles et collectives à adhésion facultative relatives au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Pour ces opérations, les mutuelles et les unions ne peuvent en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de leurs membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

Les mutuelles et les unions visées au présent article ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale.

Article L112-1-1

I.-Aucune différence de traitement en matière de cotisations et de prestations ne peut être fondée sur le sexe.

Les frais liés à la grossesse et à la maternité n'entraînent pas un traitement moins favorable des femmes en matière de cotisations et de prestations.

II.-Abrogé.

III.-Abrogé.

IV.-Abrogé.

Article L112-2

Les mutuelles, unions et fédérations sont tenues de mentionner dans leurs statuts, règlements et contrats, publicités ou tous autres documents qu'elles sont régies par les dispositions du présent code.

Il est interdit de donner toute appellation comportant les termes : "mutuel", "mutuelle", "mutualité" ou "mutualiste" à des organismes qui ne sont pas régis par les dispositions du présent code sous réserve des dispositions législatives, notamment du code des assurances, qui autorisent les entreprises d'assurance à utiliser le terme de "mutuelle". Dans ce cas, elles doivent obligatoirement lui associer celui d'assurance.

Il est également interdit à tout autre organisme de faire figurer dans ses statuts, contrats, documents et publicités toute mention susceptible de faire naître une confusion avec les mutuelles, unions et fédérations régies par le présent code.

Article L112-3

Les mutuelles qui gèrent des régimes obligatoires de sécurité sociale en application du code de la sécurité sociale et du code rural et de pêche maritime sont régies par le code de la mutualité, sous réserve des dispositions législatives, réglementaires et statutaires qui sont propres à la gestion de ces régimes.

Article L112-4

L'accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès est garanti dans les conditions fixées par les articles L. 1141-1 à L. 1141-3 du code de la santé publique ci-après reproduits :

" Art.L. 1141-1.-Les entreprises et organismes qui proposent une garantie des risques d'invalidité ou de décès ne doivent pas tenir compte des résultats de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne demandant à bénéficier de cette garantie, même si ceux-ci leur sont transmis par la personne concernée ou avec son accord. En outre, ils ne peuvent poser aucune question relative aux tests génétiques et à leurs résultats, ni demander à une personne de se soumettre à des tests génétiques avant que ne soit conclu le contrat et pendant toute la durée de celui-ci. "

" Art.L. 1141-2.-Une convention nationale relative à l'accès au crédit des personnes présentant, du fait de leur état de santé ou de leur handicap, un risque aggravé est conclue entre l'Etat, les organisations professionnelles représentant les établissements de crédit, les sociétés de financement, les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance ainsi que des organisations nationales représentant les malades et les usagers du système de santé agréées en vertu de l'article L. 1114-1 ou représentant les personnes handicapées. Cette convention a pour objet :

-de faciliter l'assurance des prêts demandés par les personnes présentant un risque aggravé en raison de leur état de santé ou d'un handicap ;

-d'assurer la prise en compte complète par les établissements de crédit ou les sociétés de financement des garanties alternatives à l'assurance ;

-de définir des modalités particulières d'information des demandeurs, d'instruction de leur dossier et de médiation.

Toute personne présentant, du fait de son état de santé ou de son handicap, un risque aggravé bénéficie de plein droit de cette convention. "

" Art.L. 1141-2-1.-La convention prévue à l'article L. 1141-2 définit notamment :

1° Les conditions d'âge des emprunteurs, l'objet, le montant et la durée des prêts ;

2° Les modalités d'information des demandeurs d'emprunt sur les dispositions relatives à l'accès au crédit et à l'assurance emprunteur ;

3° Les conditions dans lesquelles un demandeur d'emprunt peut se prévaloir, pendant un délai déterminé, d'une offre d'assurance, y compris pour un bien différent de celui visé par cette offre ;

4° La couverture des risques décès et invalidité, dans les cas où elle est requise ;

5° Les garanties de confidentialité des données à caractère personnel et de nature médicale ;

6° Un mécanisme de mutualisation, mis en oeuvre par les entreprises d'assurance, les mutuelles, les institutions de prévoyance, les établissements de crédit et les sociétés de financement, permettant, sous condition de ressources des demandeurs d'emprunt, de limiter le coût additionnel résultant du risque aggravé pour l'assurance décès et invalidité des crédits professionnels et des crédits destinés à l'acquisition de la résidence principale ;

7° Les dispositifs d'études et de recherche permettant de recueillir, d'analyser et de publier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité résultant des principales pathologies, en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque ;

8° La procédure d'instruction des demandes d'emprunt et les modalités selon lesquelles la personne est informée des motifs des refus d'assurance ;

9° Un dispositif de médiation entre, d'une part, les personnes présentant un risque aggravé de santé et, d'autre part, les organismes d'assurance, les établissements de crédit et les sociétés de financement ;

10° La composition et les modalités de fonctionnement d'une instance de suivi et de propositions associant les parties et chargée d'évaluer régulièrement la réalisation des objectifs et engagements de la convention. "

" Art.L. 1141-3.-La convention prévue à l'article L. 1141-2 est conclue pour une durée de trois ans.

La convention et ses avenants sont publiés au Journal officiel.

Pour celles de ses dispositions qui prévoient les conditions de collecte et d'utilisation ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale, la convention fait l'objet, préalablement à sa conclusion, d'une consultation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, qui donne un avis sur sa conformité à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A défaut d'accord, ou en cas de dénonciation, compromettant la mise en oeuvre ou la pérennité du dispositif conventionnel, les conditions de collecte et d'utilisation et les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale sont fixées dans les six mois par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Au cas où la convention ne serait pas signée par l'une des organisations professionnelles mentionnées à l'article L. 1141-2, un décret peut, après consultation des signataires de la convention et de l'organisation professionnelle non signataire, étendre son application aux entreprises et organismes représentés par l'organisation non signataire.

A défaut de prorogation ou de renouvellement de la convention ou en cas de dénonciation de la convention, les dispositions énumérées à l'article L. 1141-2-1 sont fixées dans les six mois par décret en Conseil d'Etat. Ce décret prend effet à la date d'expiration de la convention. "

Chapitre III : Création, fusion, scission et dissolution des mutuelles, unions et fédérations.

Article L113-1

Les mutuelles se constituent par la volonté de personnes physiques réunies en assemblée générale.

L'assemblée constitutive délibère à la majorité de ses membres, présents ou représentés. Elle adopte les statuts de la mutuelle. Elle nomme les membres du premier conseil d'administration et, pour un an, les premiers commissaires aux comptes prévus à l'article L. 114-38 qui doivent, les uns et les autres, accepter explicitement leurs fonctions. Cette acceptation doit être annexée au procès-verbal de l'assemblée.

Les unions et fédérations se constituent par la réunion en assemblée générale des représentants des personnes morales fondatrices. Les dispositions de l'alinéa précédent leur sont applicables.

Article L113-2

La fusion de plusieurs mutuelles, de plusieurs unions ou de plusieurs fédérations résulte de délibérations concordantes de leurs assemblées générales adoptées dans les conditions prévues au I de l'article L. 114-12.

Ces délibérations sont précédées de l'examen d'un rapport établi par un commissaire à la fusion désigné par le président du tribunal de grande instance. Le commissaire à la fusion se prononce sur les méthodes d'évaluation et sur la valeur de l'actif et du passif des organismes concernés et expose les conditions financières de la fusion. Pour l'exercice de sa mission, le commissaire à la fusion peut obtenir auprès de chacun de ces organismes communication de tous documents utiles et procéder aux vérifications nécessaires.

Les membres des organismes ayant fusionné acquièrent la qualité de membres de l'organisme résultant de la fusion.

Le groupement absorbant reçoit l'actif et est tenu d'acquitter le passif du groupement absorbé.

Article L113-3

La scission d'une mutuelle, union ou fédération est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions prévues au I de l'article L. 114-12. Cette délibération est précédée de l'examen d'un rapport établi par un commissaire à la scission désigné par le président du tribunal de grande instance. Le commissaire à la scission se prononce sur les méthodes d'évaluation et sur la valeur de l'actif et du passif des organismes concernés et expose les conditions financières de la scission. Pour l'exercice de sa mission, le commissaire à la scission peut obtenir auprès de chacun de ces organismes communication de tous documents utiles et procéder aux vérifications nécessaires.

Article L113-4

La dissolution d'une mutuelle, union ou fédération est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions prévues au I de l'article L. 114-12.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu, par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions prévues au I de l'article L. 114-12 à d'autres mutuelles, unions ou fédérations ou au fonds de solidarité et d'action mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 ou au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1. A défaut de dévolution, par l'assemblée générale ayant prononcé la dissolution, de l'excédent de l'actif net sur le passif, celui-ci est affecté au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1.

A défaut de réunion de l'assemblée générale durant deux années civiles consécutives, la dissolution peut être prononcée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, qui nomme un liquidateur. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1.

A défaut de décision de l'assemblée générale dans les cas de dissolution visés à l'article L. 212-16, l'excédent de l'actif net sur le passif est affecté au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1.

Chapitre IV : Fonctionnement des mutuelles, unions et fédérations : dispositions générales.

Section 1 : Adhésion, droits et obligations.

Article L114-1

Les statuts définissent les règles de participation des membres au fonctionnement de la mutuelle ou de l'union.

Les membres participants d'une mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit. Les conditions dans lesquelles une personne est considérée comme ayant droit d'un membre participant sont définies par les statuts.

Les mutuelles peuvent admettre des membres honoraires, personnes physiques, qui versent des cotisations, des contributions, leur font des dons ou leur ont rendu des services équivalents dans des conditions définies par les statuts sans bénéficier de leurs prestations.

Les unions, à l'exception des unions régies par le livre II et des unions mentionnées à l'article L. 111-4-2, peuvent admettre des membres honoraires, personnes morales, qui versent des cotisations, des contributions, leur font des dons ou leur ont rendu des services équivalents, sans bénéficier de leurs prestations.

Les mutuelles et les unions régies par le livre II peuvent admettre des membres honoraires, personnes morales souscrivant des contrats collectifs.

Les règlements définissent le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle ou l'union en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Les règlements sont adoptés par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

Toute personne qui souhaite être membre d'une mutuelle fait acte d'adhésion, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements de la mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement. Tous actes ou délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chacun des adhérents.

Par dérogation aux alinéas précédents, les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle ou l'union. Un décret en Conseil d'Etat détermine les mentions que doivent impérativement comporter les règlements et contrats collectifs.

Article L114-2

A leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants des mutuelles sans l'intervention de leur représentant légal.

Sauf, refus exprès de leur part, les ayants droit mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 114-1, de plus de seize ans, sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle ou de l'union.

Article L114-3

Les membres des mutuelles et des unions sont dispensés, sauf demande de leur part, du paiement de leurs cotisations à une mutuelle ou à une union par l'effet de l'adhésion de leur mutuelle à cette union durant les périodes d'activité du service national. De ce fait, ils ne peuvent prétendre, sauf disposition contraire des statuts ou des règlements, aux avantages accordés par la mutuelle ou l'union. Ils en bénéficient de plein droit, sans obligation de stage ni droit d'entrée, dès la fin de leur service national dès lors qu'à partir de cette date ils s'acquittent des obligations qui leur incombent.

Section 2 : Statuts.

Article L114-4

Les statuts des mutuelles et des unions déterminent :

1° L'objet, le siège, la dénomination et, pour les organismes relevant du livre II, les branches d'assurance garanties directement ou acceptées en réassurance ;

2° Les conditions et les modes d'adhésion, de radiation et d'exclusion des membres participants et des membres honoraires ainsi que les conditions dans lesquelles une personne est considérée comme ayant droit d'un membre participant ;

3° Le cas échéant, l'existence d'un droit d'adhésion versé par chacun des membres, dont le montant, déterminé par l'assemblée générale, est dédié au fonds d'établissement ;

4° Le montant du fonds d'établissement ;

5° La composition du conseil d'administration, le mode d'élection de ses membres dans les conditions prévues à l'article L. 114-16, la limite d'âge qui s'impose à tout ou partie d'entre eux dans les conditions définies à l'article L. 114-22, la durée de leur mandat, les conditions de vote et de présence, les conditions dans lesquelles certaines attributions peuvent leur être confiées, ainsi que les conditions dans lesquelles les postes d'administrateur devenus vacants par décès ou démission ou perte de qualité d'adhérent ou par cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier sont pourvus jusqu'à la prochaine assemblée générale ;

6° Les conditions et les modalités du vote à l'assemblée générale et du droit pour les membres de s'y faire représenter ainsi que l'organisation en collèges, le cas échéant ;

7° Les conditions dans lesquelles les pouvoirs sont délégués aux dirigeants salariés ;

8° Les fonctions que peuvent remplir les membres du conseil d'administration ;

9° La représentation de la mutuelle ou de l'union pour les actes de la vie civile et les actions en justice ;

10° Les conditions de dissolution volontaire de la mutuelle ou de l'union ainsi que de sa liquidation.

Article L114-5

Les statuts des fédérations déterminent :

1° L'objet, le siège et la dénomination de la fédération ainsi que la durée ;

2° Les conditions et les modes d'adhésion, de radiation et d'exclusion de ses membres ;

3° L'existence d'un droit d'adhésion ;

4° Les modalités de fixation des cotisations ;

5° La composition du conseil d'administration, le mode d'élection de ses membres dans les conditions prévues à l'article L. 114-16, la limite d'âge qui s'impose à tout ou partie d'entre eux dans les conditions définies à l'article L. 114-22, la durée de leur mandat, les conditions de vote et de présence, les conditions dans lesquelles certaines attributions peuvent leur être confiées, ainsi que les conditions dans lesquelles les postes d'administrateur devenus vacants par décès ou démission ou perte de qualité d'adhérent ou par cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier sont pourvus jusqu'à la prochaine assemblée générale ;

6° Les modalités de composition de l'assemblée générale, les conditions de vote ainsi que les modalités selon lesquelles les membres peuvent s'y faire représenter ;

7° Les conditions dans lesquelles les pouvoirs sont délégués aux dirigeants salariés ;

8° La représentation de la fédération pour les actes de la vie civile et les actions en justice ;

9° Les conditions de dissolution volontaire de la fédération ainsi que de sa liquidation.

Section 3 : Assemblée générale.

Article L114-6

L'assemblée générale des mutuelles est constituée des membres honoraires et des membres participants de la mutuelle.

Toutefois, les statuts peuvent prévoir qu'elle est constituée de délégués élus par des sections locales organisées par la mutuelle. Les délégués peuvent être répartis en plusieurs collèges définis par les statuts.

Dans le cas où la mutuelle, dont l'assemblée générale est composée de délégués, réalise des opérations collectives visées à l'article L. 221-2, les statuts peuvent prévoir la désignation de délégués représentant les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs en tant que membres honoraires et de délégués représentant leurs salariés membres participants.

Chaque membre d'une mutuelle dispose d'une voix à l'assemblée générale. Pour les assemblées générales constituées de délégués des sections, les statuts peuvent prévoir que chaque délégué élu par la section dispose d'une seule voix à l'assemblée générale, ou que le délégué unique élu par la section dispose, dans les votes à l'assemblée générale, d'un nombre de voix égal au nombre de membres de la section.

Article L114-7

L'assemblée générale des unions est constituée, dans des conditions déterminées par leurs statuts, par la réunion des délégués des mutuelles ou des unions adhérentes et de leurs membres honoraires.

L'assemblée générale des fédérations est constituée, dans les conditions déterminées par leurs statuts, par la réunion des délégués des mutuelles ou des unions adhérentes.

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale d'une mutuelle, d'une union ou d'une fédération s'imposent à l'organisme et à ses membres sous réserve de leur conformité aux dispositions du présent code.

Les modifications des montants de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents.

Article L114-8

I.-Les membres des mutuelles, unions et fédérations se réunissent en assemblée générale au moins une fois par an, sur convocation du président du conseil d'administration. A défaut d'une telle convocation, le président du tribunal de grande instance, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de l'organisme, enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- 1° La majorité des administrateurs composant le conseil ;
- 2° Les commissaires aux comptes ;
- 3° L'Autorité de contrôle prudentiel, d'office ou à la demande d'un membre participant ;

4° Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel , à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;

5° Les liquidateurs.

A défaut d'une telle convocation, le président du tribunal de grande instance, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de l'organisme, enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

II.-La convocation des assemblées générales est faite dans les conditions et délais fixés par décret.

III.-L'ordre du jour de l'assemblée est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les membres participants ou les délégués, selon la composition de l'assemblée générale, peuvent, dans des conditions déterminées par décret, requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution.

L'assemblée ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend, en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le présent code.

Article L114-9

L'assemblée générale de la mutuelle ou de l'union procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation. Par dérogation à l'article L. 114-18, l'assemblée générale peut procéder directement à l'élection du président de la mutuelle ou de l'union.

Elle statue sur :

- a) Les modifications des statuts ;
- b) Les activités exercées ;
- c) Le montant des droits d'adhésion, lorsqu'ils sont prévus par les statuts ; ce montant ne peut varier que dans des limites fixées par décret ; en tout état de cause, il est fixé une fois par an et est le même pour toutes les adhésions de l'exercice ;
- d) Les montants ou taux de cotisations, dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 ;
- e) Les prestations offertes, dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 ;
- f) L'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la mutuelle ou de l'union, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 ;
- g) Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
- h) L'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 ;
- i) Le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;

- j) Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- k) Les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- l) Le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 ;
- m) Le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39 ;
- n) Le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-3 ;
- o) Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2.

Article L114-10

L'assemblée générale de la fédération procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 114-18, l'assemblée générale peut procéder directement à l'élection du président de la fédération.

Elle statue sur :

- les activités exercées ;
- le montant des droits d'adhésion lorsqu'ils sont prévus par les statuts ;
- les prestations offertes à leurs membres ;
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées mentionné à l'article L. 114-34.

L'assemblée générale de la fédération statue sur l'émission de titres participatifs mentionnés à l'article L. 114-44, ainsi que sur l'émission d'obligations et de titres subordonnés mentionnés à l'article L. 114-45.

Elle statue sur la création des unions prévues aux articles L. 111-4 et L. 111-5.

Elle statue sur les modifications des statuts et sur le rapport de gestion présenté par le conseil d'administration ainsi que sur les comptes annuels et sur toutes les questions relatives aux comptes annuels.

Elle statue sur la scission, la fusion avec une autre fédération ou la dissolution de la fédération.

Article L114-11

Pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, l'assemblée générale des mutuelles, unions et fédérations peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable que pour un an.

Article L114-12

I.-Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, la délégation de pouvoir prévue à l'article L. 114-11, les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale des mutuelles, unions et fédérations ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal à la moitié du total des membres.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, représente au moins le quart du total des membres. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des membres présents et représentés ou des suffrages exprimés, selon les modalités fixées par les statuts.

II.-Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées au I du présent article, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal au quart du total des membres.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement quel que soit le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L. 114-13.

Exception faite des modifications statutaires qui sont adoptées à la majorité des deux tiers des membres, les décisions sont adoptées à la majorité simple des membres, ou des suffrages exprimés, selon les modalités fixées par les statuts.

Article L114-13

Tout membre de l'assemblée générale autre que les délégués peut voter par procuration ou par correspondance selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

Les statuts peuvent, dans les conditions qu'ils définissent, autoriser les délégués à voter par procuration.

Article L114-14

La liste et les modalités de mise à disposition des documents dont les membres composant l'assemblée générale doivent disposer avant celle-ci sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

A défaut de communication des documents prévus à l'alinéa précédent, le président du tribunal de grande instance, statuant en référé, peut enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de les communiquer ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette communication et, le cas échéant, de reporter la date de l'assemblée générale.

Article L114-15

Les comptes annuels sont communiqués par les mutuelles, unions et fédérations à toute personne qui en fait la demande, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Lorsqu'une mutuelle, une union ou une fédération refuse communication en tout ou partie des documents demandés au titre de l'alinéa précédent, le président du tribunal de grande instance statuant en référé peut, à la demande de la personne concernée, ordonner à la mutuelle, union ou fédération, sous astreinte, de lui communiquer ces documents.

Section 4 : Conseil d'administration.

Article L114-16

Les mutuelles sont administrées par un conseil d'administration composé d'administrateurs élus à bulletin secret par les membres de l'assemblée générale dans les conditions fixées par les statuts, parmi les membres participants âgés de dix-huit ans révolus et les membres honoraires. Les membres participants représentent au moins les deux tiers du conseil d'administration.

Les administrateurs des unions sont élus parmi les délégués et les membres honoraires siégeant à l'assemblée générale. Les délégués des organismes adhérents représentent au moins les deux tiers du conseil d'administration.

Les administrateurs des fédérations sont élus parmi les délégués siégeant à l'assemblée générale.

Le conseil d'administration d'une mutuelle, union ou fédération 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. Toute élection ou nomination intervenant en méconnaissance de ces dispositions est nulle.

Le nombre de membres du conseil d'administration est fixé par les statuts. Il ne peut toutefois être inférieur à dix. 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. A défaut de convocation, les dispositions prévues au I de l'article L. 114-8 s'appliquent.

La durée des fonctions d'administrateur fixée par les statuts ne peut être supérieure à six ans. Cette fonction est renouvelable sauf stipulation statutaire contraire.

Dans les mutuelles, unions et fédérations employant au moins cinquante salariés, deux représentants de ceux-ci, élus dans les conditions fixées par les statuts, assistent avec voix consultative aux séances du conseil d'administration.

Article L114-17

Le conseil d'administration détermine les orientations de l'organisme et 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 l'organisme. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte :

- a) Des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du code de commerce ;
- b) De la liste des organismes avec lesquels la mutuelle ou l'union constitue un groupe au sens de l'article L. 212-7 ;
- c) De l'ensemble des sommes versées en application de l'article L. 114-26 ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'assemblée générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versées à chaque administrateur ;
- d) De l'ensemble des rémunérations versées aux dirigeants salariés ;
- e) De la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle, union ou fédération ;
- f) Des transferts financiers entre mutuelles et unions ;
- g) Pour les mutuelles ou leurs unions relevant du livre II, le montant et les modalités de répartition pour l'année écoulée de la participation aux excédents ;
- h) Des informations mentionnées au cinquième alinéa de l'article L. 225-102-1 du code de commerce lorsque les conditions prévues au sixième alinéa du même article sont remplies. Ces informations font l'objet d'une vérification par un organisme tiers indépendant, dans les conditions prévues au même article. Les mutuelles, unions ou fédérations qui font partie d'un groupe, au sens de l'article L. 212-7 du présent code, ne sont pas tenues de publier ces informations lorsque celles-ci sont publiées dans le rapport de gestion du groupe de manière détaillée et individualisée par mutuelle, union ou fédération, et que ces mutuelles, unions ou fédérations indiquent comment y accéder dans leur propre rapport de gestion.

Le conseil d'administration établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, lorsque la mutuelle, l'union ou la fédération fait partie d'un groupe au sens de l'article L. 212-7, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'assemblée générale.

Il établit également, lorsque la mutuelle ou l'union relève du livre II, le rapport de solvabilité visé à l'article L. 212-3 et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, visé à l'article L. 212-6.

Le conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du conseil d'administration ou au dirigeant.

Article L114-17-1

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 823-19 du code de commerce, le comité spécialisé dont sont dotées les mutuelles régies par le livre II du présent code peut comprendre deux membres au plus qui ne font pas partie du conseil d'administration mais qui sont désignés par lui à raison de leurs compétences.

Article L114-18

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique. Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci, dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle ou de l'union et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président est nommé pour une durée qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible. Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Les statuts définissent la procédure applicable en cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président du conseil d'administration ou de cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier. A défaut de mention dans les statuts, le conseil d'administration peut, dans cette dernière hypothèse, procéder, jusqu'à la prochaine assemblée générale, à des nominations à titre provisoire, sans préjudice des règles fixées à l'article L. 114-16 du présent code.

Article L114-19

Dans les organismes nommant un ou plusieurs dirigeants salariés, le conseil d'administration nomme ceux-ci et fixe leur rémunération. Ces dirigeants assistent à chaque réunion du conseil d'administration. Ils sont révocables à tout moment par le conseil d'administration.

A l'égard des tiers, la mutuelle ou l'union est engagée même par les actes du président du conseil d'administration ou des dirigeants salariés qui ne relèvent pas de son objet, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances.

Article L114-20

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Le conseil d'administration ne délibère que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

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.

Sauf lorsque le conseil d'administration est réuni pour procéder aux opérations mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 114-17 et sauf disposition contraire des statuts, le règlement intérieur peut prévoir que sont réputés présents les administrateurs qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Les statuts peuvent limiter la nature des décisions pouvant être prises lors d'une réunion tenue dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du présent article et prévoir un droit d'opposition au profit d'un nombre déterminé d'administrateurs.

Section 5 : Dispositions relatives aux fonctions d'administrateur et de dirigeant salarié.

Article L114-21

I.-Nul ne peut directement ou indirectement administrer ou diriger un organisme mutualiste :

1° S'il a fait l'objet depuis moins de dix ans d'une condamnation définitive pour crime ;

2° S'il a fait l'objet depuis moins de dix ans d'une condamnation définitive à une peine d'au moins trois mois d'emprisonnement sans sursis pour :

a) L'un des délits prévus aux articles 432-11, 433-1, 433-2, 433-3, 441-1 du code pénal, L. 152-6 du code du travail et L. 443-2 du code de commerce ;

b) Vol, escroquerie, abus de confiance ;

c) L'un des délits prévus par des lois spéciales et punis des peines prévues en matière d'escroquerie, d'abus de confiance ou prévus par la loi n° 83-628 du 12 juillet 1983 relative aux jeux de hasard ;

d) Soustractions commises par dépositaires publics, extorsion de fonds ou valeurs, banqueroute ;

e) L'un des délits prévus à l'article L. 313-5 du code de la consommation, aux articles L. 353-1, L. 353-4 et L. 573-8 du code monétaire et financier ;

f) Recel des choses provenant des crimes ou délits visés ci-dessus ou des choses qui en sont le produit ;

g) L'un des délits prévus aux articles 75 et 77 de la loi n° 84-46 du 24 janvier 1984 relative à l'activité et au contrôle des établissements de crédit et aux articles L. 571-3 à L. 571-9 et L. 571-14 et L. 571-16 du code monétaire et financier ;

h) L'un des délits prévus aux articles 222-34 à 222-41 du code pénal et 415 du code des douanes ;

i) L'un des délits prévus aux articles L. 163-2 à L. 163-8, L. 163-11 et L. 163-12 du code monétaire et financier ;

j) L'un des délits à la législation ou à la réglementation relative aux institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, aux entreprises régies par le code des assurances et aux mutuelles, unions et fédérations régies par le présent code ;

3° Si une mesure définitive de faillite personnelle ou une autre mesure définitive d'interdiction prévue aux articles L. 625-1 à L. 653-11 du code de commerce ou, dans le régime antérieur, à l'article 108 de la loi n° 67-563 du 13 juillet 1967 sur le règlement judiciaire, la liquidation des biens, la faillite personnelle et les banqueroutes a été prononcée à son égard ou s'il a été déclaré pour une décision définitive de moins de dix ans en état de faillite par une juridiction étrangère quand le jugement déclaratif a été déclaré exécutoire en France, et s'il n'a pas été réhabilité ;

4° S'il a fait l'objet d'une mesure de destitution de fonction d'officier ministériel en vertu d'une décision judiciaire définitive de moins de dix ans ; la juridiction qui a prononcé la destitution peut, à la demande de l'officier ministériel destitué, soit le relever de l'incapacité précitée, soit réduire la durée de l'incapacité ;

5° S'il a fait l'objet depuis moins de dix ans d'une condamnation définitive prononcée par une juridiction étrangère et passée en force de chose jugée, constituant d'après la loi française une condamnation pour l'un des crimes ou délits mentionnés au présent article.

Le tribunal correctionnel du domicile du condamné apprécie à la requête du ministère public la régularité et la légalité de cette décision et statue en chambre du conseil, l'intéressé dûment appelé, sur l'application en France de l'interdiction.

II.-Les dispositions du I du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui bénéficient d'une dispense d'inscription de la condamnation au bulletin n° 2 du casier judiciaire ou d'une réhabilitation.

III.-Les personnes exerçant l'une des activités mentionnées au I du présent article doivent cesser leur activité dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la décision de justice est devenue définitive.

Lorsque l'autorité administrative compétente en matière d'agrément est amenée à se prononcer sur l'honorabilité, la compétence et l'expérience de dirigeants et d'administrateurs qui exercent également ces mêmes fonctions au sein d'entités autres que celles mentionnées au premier alinéa et appartenant au même groupe au sens de l'article L. 212-7-1, elle consulte les autorités compétentes au titre de ces autres entités. Elle communique à ces autorités les informations utiles à l'exercice de leurs missions.

IV.-Les membres du conseil d'administration des mutuelles et unions visées au 3° du B du I de l'article L. 612-2 du code monétaire et financier disposent de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience nécessaires.

La compétence des intéressés est appréciée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution à partir de leur formation et de leur expérience de façon proportionnée à leurs attributions, notamment celles exercées en tant que président d'un conseil ou d'un comité. L'autorité tient compte également, dans l'appréciation portée sur chaque personne, de la compétence, de l'expérience et des attributions des autres membres de l'organe auquel elle appartient. Lorsque des mandats ont été antérieurement exercés, la compétence est présumée à raison de l'expérience acquise. Pour les nouveaux membres, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tient compte des formations dont ils pourront bénéficier tout au long de leur mandat.

V.-Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.

Article L114-22

Les statuts doivent prévoir une limite d'âge à l'exercice des fonctions d'administrateur, qui ne peut être supérieure à soixante-dix ans. Cette limite peut s'appliquer à tous les administrateurs ou à une partie d'entre eux qui ne saurait être inférieure aux deux tiers des membres du conseil d'administration.

Un décret en Conseil d'Etat prévoit des exceptions aux dispositions du premier alinéa lorsque la mutuelle pratique les opérations mentionnées à l'article L. 222-2 ou est constituée majoritairement de retraités.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. Toutefois, lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Article L114-23

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

II.-Le président du conseil d'administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur, dont au plus deux mandats de président du conseil d'administration d'une fédération ou d'une union ou d'une mutuelle. Dans le décompte des mandats de président, 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.

III.-Dans le décompte des mandats mentionnés aux I et II 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.

III bis.-Dans le décompte des mandats mentionnés aux I et II, 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. 212-7.

III ter.-Dans le décompte des mandats mentionnés aux I et II, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les fédérations définies à l'article L. 111-5 et les unions qui ne relèvent ni du livre II ni du livre III, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

IV.-Toute personne qui, lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec les dispositions des I et II 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.

Article L114-24

Les employeurs privés ou, pour les agents publics, l'autorité hiérarchique autorisent leurs salariés ou agents, membres d'un conseil d'administration d'une mutuelle, union ou fédération, à se rendre et à participer aux

séances de ce conseil ou de ses commissions. Le salarié doit informer, selon le cas, l'employeur ou l'autorité hiérarchique de la séance dès qu'il en a connaissance.

Le temps passé hors du cadre du travail pendant les heures de travail par les administrateurs salariés ou agents publics, pour l'exercice de leurs fonctions mutualistes, est assimilé à une durée de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés, du droit aux prestations d'assurances sociales et aux prestations familiales ainsi qu'au regard de tous les droits que le salarié ou agent public tient du fait de son ancienneté dans l'entreprise.

Ces absences n'entraînent aucune diminution de leurs rémunérations et des avantages afférents.

Tout salarié ou agent public non titulaire, élu président du conseil d'administration ou auquel des attributions permanentes sont confiées au sein d'une mutuelle, union ou fédération, et qui, pour l'exercice de telles fonctions, doit cesser toute activité professionnelle, bénéficie des dispositions des articles L. 122-24-2 et L. 122-24-3 du code du travail.

Le licenciement par l'employeur d'un salarié exerçant le mandat d'administrateur ou ayant cessé son mandat depuis moins de six mois est soumis à la procédure prévue par l'article L. 412-18 du code du travail. Il en est de même du licenciement des candidats aux mandats d'administrateur pendant une durée de trois mois à compter de la date de l'envoi de la liste des candidatures adressée par la mutuelle, union ou fédération à ses membres.

Lorsque des attributions permanentes leur ont été confiées, les fonctionnaires peuvent être placés, sur leur demande, en position de détachement ou de mise à disposition pour exercer les fonctions de membre du conseil d'administration d'une mutuelle, union ou fédération.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article.

Article L114-25

Les mutuelles, unions et fédérations proposent à leurs administrateurs, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation à la gestion.

Article L114-26

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Cependant, lorsque l'importance de l'organisme le nécessite, l'assemblée générale peut décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées. Les cas et conditions de cette indemnisation, notamment le seuil d'activité à partir duquel elle peut être allouée, sont définis par décret en Conseil d'Etat.

L'organisme rembourse à l'employeur les rémunérations maintenues, pour permettre aux administrateurs salariés d'exercer leurs fonctions pendant le temps de travail, ainsi que les avantages et les charges y afférents.

Une convention conclue entre l'organisme, d'une part, et l'employeur, d'autre part, fixe les conditions de ce remboursement. Dans le cas où l'employeur ne maintient pas la rémunération, l'organisme peut verser au président et à l'administrateur ayant des attributions permanentes une somme d'un montant égal au montant brut du dernier salaire perçu.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleurs indépendants ont droit à des indemnités correspondant à la perte de leurs gains, dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Les mutuelles, unions et fédérations remboursent également aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour, dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Le présent article est applicable aux agents publics dans les conditions fixées par les dispositions statutaires ou réglementaires qui les régissent.

Les fonctions de membre du conseil d'administration d'une mutuelle, union ou fédération, ouvrant droit aux indemnités visées au deuxième alinéa du présent article ne constituent ni des activités professionnelles procurant des revenus au sens de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, ni une activité privée lucrative au sens de l'article 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Article L114-27

Les indemnités versées pour l'exercice de leurs fonctions aux administrateurs ont le caractère de rémunération au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Article L114-28

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

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle, union ou fédération qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

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

La nullité des nominations intervenues en méconnaissance des deux alinéas précédents n'entraîne pas celle des délibérations auxquelles l'administrateur irrégulièrement nommé a pris part.

Article L114-29

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

Si plusieurs administrateurs ont coopéré aux mêmes faits, le tribunal détermine la part contributive de chacun dans la réparation du dommage.

L'action en responsabilité contre les administrateurs, à titre individuel ou collectif, se prescrit par trois ans, à compter du fait dommageable ou, s'il a été dissimulé, de sa révélation.

Article L114-30

Avant sa nomination, la personne pressentie pour exercer les fonctions de dirigeant est tenue de déclarer l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'elle entend conserver. Le conseil d'administration se prononce sur la compatibilité des fonctions de dirigeant avec la poursuite de l'exercice de ces activités ou fonctions. Ultérieurement, il se prononce également sur les autres activités ou fonctions que le dirigeant entend exercer.

Article L114-31

Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations des unions et des mutuelles ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou à un dirigeant salarié.

Article L114-32

Toute convention intervenant entre une mutuelle, une union ou une fédération et l'un de ses administrateurs ou dirigeants salariés 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. La décision du conseil d'administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du conseil d'administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

Il en est de même des conventions auxquelles un administrateur ou un dirigeant salarié est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle, union ou fédération, par personne interposée, ainsi

que des conventions intervenant entre la mutuelle, l'union ou la fédération et toute personne morale de droit privé si l'un des administrateurs, dirigeant salarié de la mutuelle, union ou fédération 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 conventions intervenant entre un administrateur ou un dirigeant salarié d'une mutuelle, union ou fédération et l'une des personnes morales appartenant au même groupe au sens de l'article L. 212-7 sont soumises aux dispositions du premier alinéa.

Lorsque le conseil d'administration d'une mutuelle, union ou fédération est composé, pour plus du tiers de ses membres, d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés issus d'une seule personne morale de droit privé ne relevant pas des dispositions du présent code, les conventions intervenant entre cette personne morale et un administrateur ou un dirigeant salarié de la mutuelle, union ou fédération sont soumises aux dispositions du premier alinéa.

Article L114-33

Les dispositions de l'article L. 114-32 ne sont pas applicables aux conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, définies par décret en Conseil d'Etat.

Toutefois, ces conventions sont communiquées par l'intéressé 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 par l'assemblée générale dans des conditions fixées par décret.

Article L114-34

L'administrateur ou le dirigeant salarié intéressé est tenu d'informer le conseil d'administration de la mutuelle, union ou fédération dès qu'il a connaissance d'une convention à laquelle l'article L. 114-32 est applicable. Le dirigeant intéressé, lorsqu'il s'agit d'un administrateur, ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

Le président du conseil d'administration donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Les commissaires aux comptes présentent, sur ces conventions, un rapport spécial à l'assemblée générale sur lequel celle-ci statue. Le ou les intéressés ne prennent pas part au vote.

Article L114-35

Sans préjudice de la responsabilité de l'administrateur ou du dirigeant salarié intéressé, les conventions mentionnées à l'article L. 114-32 et conclues sans autorisation préalable du conseil d'administration peuvent être annulées si elles ont eu des conséquences dommageables pour l'organisme.

L'action en nullité se prescrit par trois ans à compter de la date de la convention. Toutefois, si la convention a été dissimulée, le point de départ du délai de la prescription est reporté au jour où elle a été révélée.

La nullité peut être couverte par un vote de l'assemblée générale intervenant sur rapport spécial des commissaires aux comptes exposant les circonstances en raison desquelles la procédure d'autorisation n'a pas été suivie. Le ou les intéressés ne prennent pas part au vote.

Article L114-36

Les conventions approuvées par le conseil d'administration, y compris lorsqu'elles ont été désapprouvées par l'assemblée générale, produisent leurs effets à l'égard des tiers, sauf lorsqu'elles sont annulées dans le cas de fraude.

Même en l'absence de fraude, les conséquences préjudiciables à la mutuelle, l'union ou la fédération des conventions désapprouvées par l'assemblée générale peuvent être mises à la charge de l'administrateur et éventuellement des autres membres du conseil d'administration ou d'un dirigeant salarié.

Article L114-37

Il est interdit aux administrateurs et aux dirigeants salariés de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle, union ou fédération 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 et de dirigeant salarié, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle, l'union ou la fédération à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en oeuvre. Cette interdiction ne s'applique pas aux dirigeants salariés lorsque ceux-ci sont susceptibles d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la mutuelle, l'union ou la fédération. 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 dirigeants.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes mentionnées au présent article ainsi qu'à toute personne interposée.

Section 6 : Dispositions financières et comptables.

Article L114-38

Les mutuelles et unions régies par le livre II ou, lorsqu'elles dépassent un volume d'activité fixé par décret, celles régies par le livre III, ainsi que les fédérations, sont tenues de nommer 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 les commissaires aux comptes à toute assemblée générale.

Les dispositions des articles L. 822-9 à L. 822-18 du code de commerce sont applicables aux commissaires aux comptes contrôlant les mutuelles, unions et fédérations sous réserve des dispositions du présent code.

Les honoraires des commissaires aux comptes sont à la charge de la mutuelle, de l'union ou de la fédération. Le montant des honoraires est fixé d'un commun accord entre le commissaire aux comptes et la mutuelle, union ou fédération, eu égard à l'importance du travail nécessaire à l'accomplissement de la mission légale de contrôle.

Le président du tribunal de grande instance du lieu du siège social de la mutuelle, union ou fédération statuant en référé est compétent pour connaître de tout litige tenant à la fixation du montant des honoraires des commissaires aux comptes.

Les commissaires aux comptes peuvent, en outre, recevoir des rémunérations de la mutuelle, union ou fédération pour des missions temporaires, d'objet limité, et entrant dans le cadre de leurs fonctions, dès lors que ces missions leur sont confiées par l'organisme à la demande d'une autorité publique.

Article L114-39

Le commissaire aux comptes joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par une mutuelle ou union régie par le livre II au bénéfice d'une mutuelle ou union régie par le livre III.

Article L114-40

Lorsque le commissaire aux comptes informe le président du tribunal de grande instance, en application de l'article L. 612-3 du code de commerce, il informe en même temps l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article L114-41

Un tiers des membres de la mutuelle peut exercer les droits prévus aux articles L. 823-6, L. 225-31, L. 225-232, L. 823-7 du code de commerce.

Article L114-42

I.-Lorsque le comité d'entreprise ou, s'il n'est pas constitué, les délégués du personnel ont connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante la situation économique de la mutuelle, union ou fédération, ils peuvent demander à un dirigeant salarié, dans les conditions définies aux articles L. 422-4 et L. 432-5 du code du travail, de leur fournir des explications.

Le dirigeant est tenu d'en informer le président.

Si le comité d'entreprise ou, à défaut, les délégués du personnel n'ont pu obtenir de réponse suffisante du dirigeant ou si celui-ci confirme le caractère préoccupant de la situation, ils établissent un rapport.

Le rapport est transmis au dirigeant et aux commissaires aux comptes. Le dirigeant est tenu de le remettre au président. Le conseil d'administration doit en être saisi dès qu'il est appelé à se réunir.

II.-Le comité d'entreprise ou à défaut les délégués du personnel communiquent au président de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, tout fait révélant la cessation des paiements de l'organisme.

III.-Les informations concernant la mutuelle, union ou fédération communiquées en application du présent article ont par nature un caractère confidentiel. Toute personne qui y a accès en application de ce même article est tenue à leur égard à une obligation de discrétion.

Article L114-43

Les mutuelles et unions ainsi que les fédérations peuvent recevoir des dons et legs mobiliers et immobiliers.

Article L114-44

Les mutuelles, les unions et les fédérations, à l'exception de celles qui ont souscrit une convention conforme aux dispositions de l'article L. 211-5, peuvent émettre des titres participatifs dans les conditions prévues par les articles L. 228-36 et L. 228-37 du code de commerce.

Pour l'application de ces dispositions, les mots : "assemblée d'actionnaires ou de porteurs de parts" désignent, pour les mutuelles, l'assemblée générale des membres participants et honoraires.

En ce qui concerne leur rémunération, la partie variable de ces titres participatifs ne peut être calculée par référence à un critère représentatif du volume d'activité de la mutuelle, union ou fédération émettrice.

Les mutuelles, les unions et les fédérations peuvent également bénéficier de prêts participatifs consentis par les organismes mentionnés à l'article 313-3 du code monétaire et financier, dans les conditions fixées par le paragraphe 2 de la section 2 du chapitre III du titre Ier du livre III du code monétaire et financier.

Article L114-45

Les mutuelles, les unions et les fédérations peuvent émettre des obligations et des titres subordonnés dans les conditions prévues par les articles L. 228-1 à L. 228-97 du code de commerce.

Article L114-45-1

Les conditions d'émission, notamment le contrôle exercé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, des titres mentionnés aux articles L. 114-44 et L. 114-45 émis par les mutuelles et unions soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application du 3° du B du I de l'article L. 612-2 du code monétaire et financier sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L114-46

Les plans comptables des mutuelles, des unions et des fédérations sont adoptés, après avis du conseil supérieur de la mutualité, par l'Autorité des normes comptables conformément aux dispositions de l'article 1er de la loi n° 98-261 du 6 avril 1998 portant réforme de la réglementation comptable et adaptation du régime de la publicité foncière.

Section 7 : Peines.

Article L114-47

Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende :

1° Le fait, pour tout administrateur d'une mutuelle, union ou fédération régie par le présent code, d'accepter, d'exercer ou de conserver les fonctions d'administrateur en violation des obligations prévues à l'article L. 114-28 ;

2° Le fait, pour tout président, administrateur et dirigeant salarié d'une mutuelle, union ou fédération régie par le présent code, de méconnaître l'une des interdictions visées à l'article L. 114-21 ;

3° Le fait, pour tout administrateur ou dirigeant salarié d'une mutuelle ou union régie par le présent code, de recevoir, à quelque titre que ce soit, une rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations desdits organismes ;

4° Le fait, pour tout président ou dirigeant salarié d'une mutuelle ou union régie par les livres II et III du présent code, de méconnaître l'une des dispositions des articles L. 116-1 à L. 116-4.

Article L114-48

Est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende :

1° Le fait, pour tout président, administrateur ou dirigeant salarié d'une mutuelle, union ou fédération régie par le présent code, de présenter à l'assemblée générale des comptes annuels ne donnant pas, pour chaque exercice, une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice, de la situation financière et du patrimoine, à l'expiration de cette période, en vue de dissimuler la véritable situation de l'organisme ;

2° Le fait, pour tout président, administrateur ou dirigeant salarié d'une mutuelle ou union faisant partie d'un groupe au sens de l'article L. 212-7, de publier ou présenter à l'assemblée générale des comptes consolidés ou combinés donnant, pour chaque exercice, une image manifestement infidèle des éléments significatifs, pour l'ensemble du groupe, du résultat des opérations de l'exercice, de la situation financière et de la consistance des actifs et des passifs, à l'expiration de cette période, en vue de dissimuler la véritable situation de l'ensemble du groupe.

Article L114-49

Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende :

1° Le fait, pour tout président, administrateur ou dirigeant salarié d'une mutuelle, union ou fédération régie par le présent code, de ne pas établir pour chaque exercice, des comptes annuels et un rapport de gestion ;

2° Le fait, pour tout président, administrateur ou dirigeant salarié d'une mutuelle ou union faisant partie d'un groupe au sens de l'article L. 212-7, de ne pas établir, pour chaque exercice, des comptes consolidés ou combinés et un rapport de gestion du groupe, sous réserve des dérogations prévues au même article.

Article L114-50

Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende :

1° Le fait, pour tout président, administrateur ou dirigeant salarié d'une mutuelle, union ou fédération régie par le présent code, de ne pas soumettre à l'assemblée générale les comptes annuels, les comptes consolidés et le rapport de gestion ;

2° Le fait, pour tout président, administrateur ou dirigeant salarié d'une mutuelle ou union faisant partie d'un groupe au sens de l'article L. 212-7, de ne pas soumettre à l'assemblée générale les comptes combinés et un rapport de gestion du groupe, sous réserve des dérogations prévues au même article.

Article L114-51

I. - Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait pour tout président, administrateur ou dirigeant salarié d'une mutuelle, union ou fédération régie par le présent code, de ne

pas provoquer la désignation de commissaires aux comptes ou de ne pas les convoquer à toute assemblée générale.

II. - Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende le fait pour toute personne, soit en son nom personnel, soit à titre d'associé dans une société de commissaires aux comptes, d'accepter, d'exercer ou de conserver les fonctions de commissaire aux comptes, nonobstant les incompatibilités légales.

III. - Est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende le fait pour tout commissaire aux comptes de donner ou confirmer soit en son nom personnel, soit à titre d'associé dans une société de commissaires aux comptes, des informations mensongères sur la situation d'une mutuelle, union ou fédération régie par le présent code ou de ne pas révéler au procureur de la République les faits délictueux dont il a eu connaissance.

Les articles 226-13 et 226-14 du code pénal relatifs au secret professionnel sont applicables aux commissaires aux comptes.

IV. - Est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende le fait pour tout président, administrateur, dirigeant salarié ou toute personne au service de la mutuelle, de l'union ou de la fédération régie par le présent code, de mettre obstacle aux vérifications ou contrôles des commissaires aux comptes ou de leur refuser la communication sur place de toutes les pièces utiles à l'exercice de leur mission et notamment de tous contrats, livres, documents comptables et registres de procès-verbaux.

Article L114-52

Les dispositions des articles L. 114-48 à L. 114-51 visant le président, les administrateurs ou le dirigeant salarié de la mutuelle, union ou fédération régie par le présent code, sont applicables à toute personne qui, directement ou par personne interposée, aura, en fait, exercé la direction, l'administration ou la gestion desdits organismes sous couvert ou aux lieu et place de leurs représentants légaux.

Article L114-53

Est puni de 30 000 euros d'amende le fait, pour quiconque, d'utiliser frauduleusement toute appellation comportant les termes :

"mutuel", "mutuelle", "mutualité" ou "mutualiste" en violation des interdictions de l'article L. 112-2.

Article L114-54

Les personnes physiques coupables de l'un des délits prévus au présent livre encourent également les peines complémentaires suivantes :

1° L'interdiction des droits civiques, civils et de famille, suivant les modalités prévues par l'article 131-26 du code pénal ;

2° L'interdiction, suivant les modalités prévues par l'article 131-27 du code pénal, d'exercer une fonction publique ou d'exercer l'activité professionnelle ou sociale dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise, pour une durée de cinq ans au plus ;

3° L'affichage ou la diffusion de la décision prononcée dans les conditions prévues par l'article 131-35 du code pénal.

Article L114-55

Les personnes morales déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal, des infractions définies dans le présent livre encourent, outre l'amende suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal, les peines prévues par l'article 131-39 du même code.

L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 du code pénal porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

Chapitre V : Règles particulières à certaines mutuelles, unions et fédérations à caractère professionnel.

Section 1 : Mutuelles et sections de mutuelles d'entreprises ou interentreprises.

Article L115-1

Les mutuelles d'entreprises sont des mutuelles qui exercent leur activité dans l'intérêt des salariés d'une entreprise déterminée et de leurs familles ou des anciens salariés et de leurs familles. Les mutuelles interentreprises peuvent constituer des sections d'entreprise.

Elles ne perdent pas leur qualité de mutuelles d'entreprises lorsque des dispositions législatives ou réglementaires les conduisent à garantir des personnes non salariées de l'entreprise.

Elles peuvent constituer des sections dans les différents établissements de l'entreprise.

Elles sont soumises au contrôle du comité d'entreprise dans les conditions prévues à l'article L. 432-8 du code du travail, sans qu'il puisse s'opposer à leurs décisions.

Article L115-2

Les administrateurs peuvent, s'ils y ont été autorisés par délibération spéciale de l'assemblée générale, prendre ou conserver un intérêt direct ou indirect dans l'entreprise au sein de laquelle la mutuelle est constituée.

Le procès-verbal de cette délibération est communiqué à l'autorité administrative.

Article L115-3

Les dispositions des articles L. 115-1 et L. 115-2 sont applicables aux mutuelles interentreprises lorsque les entreprises au sein desquelles la mutuelle est constituée sont dotées d'un comité interentreprises.

Section 2 : Sections de mutuelles à caractère professionnel ou interprofessionnel.

Article L115-4

I. - Les statuts des mutuelles à caractère professionnel ou interprofessionnel peuvent prévoir la constitution de sections groupant les membres participants et honoraires appartenant à une même entreprise, à une même branche d'activité ou à un même secteur géographique.

Ces sections sont instituées par décision du conseil d'administration.

Chaque section est administrée par une commission de gestion spéciale à laquelle le conseil d'administration de la mutuelle peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs. Cette commission est composée de membres désignés ou élus par le conseil d'administration selon des modalités fixées par les statuts parmi les membres participants et honoraires appartenant à la section et présidée par le président du conseil d'administration de la mutuelle ou son délégué.

Les règles de fonctionnement de la section font l'objet d'un règlement établi par le conseil d'administration de la mutuelle lorsque la section ne verse à ses membres aucune prestation propre et n'exige le versement d'aucune cotisation spécifique.

Si la section souhaite assurer à ses membres le versement de prestations propres, en contrepartie de cotisations particulières, le règlement doit être adopté par l'assemblée générale.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au membre participant ou honoraire.

II. - Lorsque l'engagement réciproque du membre participant et de la mutuelle ou de l'union ne résulte pas de la signature d'un bulletin d'adhésion, mais de la souscription d'un contrat collectif, toute modification de celui-ci est constatée par un avenant signé des parties.

Section 3 : Mutuelles des militaires.

Article L115-5

Les dispositions du présent code s'appliquent aux mutuelles constituées dans les armées, sous réserve des dispositions qui font l'objet des articles L. 115-6 à L. 115-8.

Article L115-6

Par dérogation à l'article L. 114-18, le président du conseil d'administration et le premier vice-président des mutuelles constituées dans les armées sont désignés et révoqués par l'autorité administrative.

Article L115-8

Un commissaire aux comptes est désigné par l'autorité administrative.

Chapitre VI : Dispositions relatives aux activités d'intermédiation en assurance et en réassurance

Article L116-1

Sous réserve que la mutuelle ou l'union continue de pratiquer à titre principal les activités conformes à son objet social, et lorsqu'elle y est autorisée par ses statuts, la mutuelle ou l'union peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.

Toutefois, les mutuelles et les unions régies par les dispositions du livre III du présent code ne peuvent présenter, à titre accessoire, que des garanties en rapport avec leur activité ou relevant des opérations d'assurance mentionnées au 1° du I de l'article L. 111-1 dont le risque est porté par une mutuelle ou une union régie par les dispositions du livre II du présent code.

Article L116-2

Lorsqu'elles y sont autorisées par leurs statuts, les mutuelles et les unions régies par le livre II du présent code peuvent recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance. Les dispositions du livre III et du livre V du code des assurances relatives aux intermédiaires sont applicables aux intermédiaires des mutuelles et des unions.

Article L116-3

Lorsque l'intermédiaire a été désigné par une personne morale souscriptrice, la mutuelle ou l'union informe cette dernière du montant et du destinataire de la rémunération versée.

La mutuelle ou l'union ne peut déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion d'un contrat collectif que si ses statuts l'y autorisent. L'assemblée générale définit les principes que doivent respecter ces délégations de gestion. Le délégué rend compte chaque année de sa gestion au conseil d'administration de la mutuelle ou de l'union.

Article L116-4

Le conseil d'administration établit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 116-1 à L. 116-3.

Article L116-5

Les mutuelles et unions proposant les opérations mentionnées à l'article L. 223-1 établissent des conventions avec les intermédiaires mentionnés à l'article L. 116-2.

Ces conventions prévoient notamment :

1° Les conditions dans lesquelles l'intermédiaire mentionné à l'article L. 116-2 est tenu de soumettre à la mutuelle ou l'union les documents à caractère publicitaire, préalablement à leur diffusion, afin de vérifier leur conformité à l'opération d'assurance ou de capitalisation et, le cas échéant, à la notice, à la note ou à la fiche d'information ;

2° Les conditions dans lesquelles sont mises à disposition de l'intermédiaire par la mutuelle ou l'union les informations nécessaires à l'appréciation de l'ensemble des caractéristiques de l'opération d'assurance.

Livre II : Mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance, de réassurance et de capitalisation.

Titre Ier : Règles de fonctionnement applicables aux mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation.

Chapitre Ier : Champ d'application et conditions d'activité.

Article L211-5

Pour l'application du dernier alinéa du I de l'article L. 111-1, les mutuelles ou les unions concluent avec les organismes qui se substituent à elles une convention de substitution, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les opérations faites en application de la convention de substitution sont considérées, au regard des dispositions du présent livre, comme des opérations directes de la mutuelle ou de l'union qui s'est substituée à l'organisme concerné.

Les organismes qui ont le projet de se substituer à d'autres ne peuvent conclure une telle convention qu'au plus tôt deux mois après avoir informé de ce projet l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Les organismes qui se sont substitués à d'autres sont tenus d'informer l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution au plus tard deux mois avant la modification de la convention et au plus tard six mois avant sa résiliation.

A compter de l'entrée en vigueur de la convention, les mutuelles et unions auxquelles un autre organisme s'est substitué ne sont pas soumises aux dispositions des articles L. 212-1, L. 212-3 et L. 212-15 à L. 212-22.

Elles sont également dispensées de nommer un commissaire aux comptes lorsque la mutuelle ou l'union avec laquelle elles ont passé convention établit leurs comptes annuels. Dans ce cas, le commissaire aux comptes de l'organisme qui s'est substitué à elles certifie les comptes annuels.

Toute modification ou résiliation de la convention de substitution est soumise à l'autorisation préalable de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Au plus tard deux mois avant l'expiration de la convention de substitution, les mutuelles et les unions sont tenues de justifier auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution :

- a) Soit qu'elles ont prolongé la convention ou qu'elles en ont conclu une nouvelle ;
- b) Soit qu'elles ont obtenu un agrément pour exercer à nouveau les activités au titre desquelles elles avaient obtenu une dispense d'agrément, ou pour lesquelles a été constatée la caducité de l'agrément dont elles disposaient ;
- c) Soit enfin qu'elles ont obtenu l'autorisation de transférer leur portefeuille dans les conditions prévues à l'article L. 212-11.

Si elles ne peuvent apporter l'une des justifications mentionnées aux a et b ci-dessus, elles ne peuvent passer de nouveaux contrats ou en renouveler, à compter de la date de l'expiration de la convention. A compter de cette même date, elles sont passibles des mesures prévues aux articles L. 612-33 et L. 612-34 et des sanctions prévues à l'article L. 612-39 du code monétaire et financier.

Article L211-7

Les mutuelles et unions soumises aux dispositions du présent livre ne peuvent commencer leurs opérations qu'après avoir obtenu un agrément délivré par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, après avis du Conseil supérieur de la mutualité mentionné à l'article L. 411-1.

L'agrément est accordé, sur demande de la mutuelle ou de l'union, pour les opérations d'une ou plusieurs branches ou sous-branches d'activité. La mutuelle ou l'union ne peut pratiquer que les opérations pour lesquelles elle est agréée.

Les dispositions du présent article s'appliquent en cas d'extension de l'activité de l'organisme ou de modification substantielle de ses conditions d'exercice.

Les opérations d'acceptation en réassurance ne sont pas soumises à l'agrément.

Avant l'octroi d'un agrément à une mutuelle ou union régie par le livre II du présent code qui est :

- a) Soit un organisme subordonné à un organisme assureur ou de réassurance agréé dans un autre Etat membre ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- b) Soit un organisme subordonné à l'organisme de référence d'un organisme assureur ou de réassurance agréé dans un autre Etat membre ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- c) Soit un organisme contrôlé par une personne, physique ou morale, qui contrôle également un organisme assureur ou de réassurance agréé dans un autre Etat membre ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, les autorités compétentes de l'autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen concerné sont consultées.

Article L211-7-1

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution se prononce sur une demande d'agrément présentée par une mutuelle ou union qui est soit :

- a) Un organisme subordonné à un établissement de crédit agréé ou à une entreprise d'investissement agréée dans un Etat membre ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- b) Un organisme subordonné à l'organisme de référence d'une entreprise d'investissement agréée ou à un établissement de crédit agréé dans un Etat membre ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- c) Contrôlée par une personne, physique ou morale, qui contrôle également une entreprise d'investissement agréée ou un établissement de crédit agréé dans un Etat membre ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, elle consulte l'autorité chargée de la surveillance des établissements de crédit ou des entreprises d'investissement.

Article L211-7-2

I.-Les mutuelles et unions mentionnées au II de l'article L. 111-1-1, qui ont pour activité exclusive la réassurance et dont le siège social est situé en France, ne peuvent commencer leurs opérations qu'après avoir obtenu un agrément délivré par l'autorité administrative, après avis du Conseil supérieur de la mutualité.

Elles ne peuvent pratiquer que les opérations pour lesquelles elles sont agréées.

L'agrément est accordé sur demande de la mutuelle ou de l'union pour la réassurance des opérations relevant soit du b du 1° du I, soit des a, c, d et e du 1° du I de l'article L. 111-1, soit pour la réassurance de l'ensemble de ces opérations.

II.-Avant l'octroi d'un agrément à une mutuelle ou union ayant pour activité exclusive la réassurance, qui est :

1° Soit un organisme subordonné à un organisme assureur ou de réassurance agréé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

2° Soit un organisme subordonné à l'organisme de référence d'un organisme assureur ou de réassurance agréé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

3° Soit un organisme contrôlé par une personne, physique ou morale, qui contrôle également un organisme assureur ou de réassurance agréé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen,

l'autorité administrative consulte les autorités compétentes de l'autre Etat membre de la Communauté européenne ou de l'autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen concerné.

Article L211-8

Pour accorder l'agrément prévu à l'article L. 211-7 ou L. 211-7-2, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution s'assure que les éléments du programme d'activité établi selon les principes définis par arrêté du ministre chargé de la mutualité sont adaptés à la nature des activités que l'organisme se propose d'exercer.

Elle s'assure également que les moyens administratifs, notamment d'encadrement, et les moyens techniques et financiers dont la mise en oeuvre est proposée sont compatibles avec le programme d'activité de la mutuelle ou de l'union.

Elle vérifie le respect des règles relatives à l'éligibilité des administrateurs édictées par le présent code.

Elle vérifie l'honorabilité, la compétence et l'expérience des membres du conseil d'administration et des dirigeants salariés mentionnés à l'article L. 114-19, dans les conditions définies à l'article L. 114-21. Elle prend en compte le niveau et les modalités de constitution de son fonds de garantie.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution refuse l'agrément lorsque l'organisme ne satisfait pas aux obligations législatives et réglementaires, notamment prudentielles, prévues par le présent code ou lorsque les caractéristiques du projet ou la qualité des dirigeants lui paraissent de nature à mettre en péril la capacité de l'organisme à respecter ses engagements à l'égard des membres participants.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution refuse l'agrément, lorsque l'exercice de la mission de surveillance de la mutuelle ou de l'union est susceptible d'être entravé, soit par l'existence de relations de contrôle direct ou indirect entre l'organisme requérant et d'autres personnes physiques ou morales, soit par des dispositions législatives, réglementaires ou administratives d'un Etat qui n'est ni membre de la Communauté européenne ni partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et dont relèvent une ou plusieurs de ces personnes.

L'arrêté mentionné au premier alinéa fixe la liste des documents à produire à l'appui d'une demande d'agrément.

Article L211-9

L'agrément prévu à l'article L. 211-7 et à l'article L. 211-7-2 peut être retiré par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution qui l'a délivré lorsque la mutuelle ou l'union :

- a) Renonce expressément à l'agrément, n'en fait pas usage dans un délai d'un an ou a cessé d'exercer son activité pendant une période de six mois ;
- b) Ne satisfait plus aux conditions d'agrément définies à l'article L. 211-8.

Article L211-10

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent chapitre, et notamment :

1° Les conditions dans lesquelles une mutuelle ou une union qui a conclu une convention de substitution conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 211-5 en informe ses membres et peut procéder à sa résiliation ou à son renouvellement ;

2° Les conditions dans lesquelles l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution délivre l'agrément en application de l'article L. 211-8 et peut le retirer conformément à l'article L. 211-9 ;

3° Les exigences supplémentaires qu'il convient d'instaurer pour l'application des dispositions du présent chapitre aux mutuelles et aux unions pratiquant à la fois des opérations mentionnées aux a et b du 1° du I de l'article L. 111-1, en vue notamment d'assurer une gestion distincte, pour la protection des intérêts de leurs membres participants et bénéficiaires, de chacune des deux catégories d'opérations ;

4° Les conditions du contrôle interne des mutuelles et unions régies par les dispositions du présent livre.

Article L211-11

Les mutuelles et unions régies par le présent code qui réalisent des opérations relatives aux remboursements de frais de soins doivent faire figurer dans les documents de communication à leurs adhérents ou destinés à faire leur publicité les conditions de prise en charge, de façon simple et normalisée, chiffrée en euros, pour les frais de soins parmi les plus courants ou pour ceux pour lesquels le reste à charge est le plus important, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Chapitre II : Fonctionnement.

Section 1 : Régime financier et comptable.

Article L212-1

Les mutuelles et les unions relevant du présent livre :

1° Constituent des provisions techniques dont le niveau leur permet d'assurer le règlement intégral de leurs engagements ; ces provisions techniques figurent au nombre des engagements réglementés mentionnés au 2° ci-dessous ;

2° Détiennent des actifs d'un montant au moins équivalent aux engagements réglementés, dont les mutuelles et les unions doivent à tout moment justifier une évaluation ;

3° Disposent, à tout moment, d'une marge de solvabilité.

Les actifs permettant aux mutuelles et unions relevant du présent livre d'exercer des activités accessoires définies au III de l'article L. 111-1 ne peuvent excéder le montant de leur patrimoine libre. Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'exercice de ces activités et détermine les règles prudentielles, comptables et financières auxquelles elles sont soumises. Il fixe notamment :

a) Les règles de provisionnement applicables aux prestations servies dans le cadre des réalisations sanitaires et sociales ;

b) La part maximale que les prestations servies dans le cadre des réalisations sanitaires et sociales aux personnes qui ne sont pas adhérentes à la mutuelle peut représenter dans l'activité de cet organisme ;

c) Les conditions dans lesquelles la mutuelle est protégée contre les risques d'exploitation des réalisations sanitaires et sociales ;

d) Les règles comptables spécifiques qui lui sont imposées.

Un décret en Conseil d'Etat précise les règles spécifiques relatives au montant du fonds de garantie des mutuelles qui répondent à des conditions particulières. Ces conditions portent notamment sur la nature et le volume des activités des mutuelles, ainsi que sur leurs dispositions statutaires.

Article L212-3-1

Sont exemptées des obligations mentionnées à l'article L. 823-19 du code de commerce :

1° Les personnes et entités contrôlées au sens de l'article L. 233-16 du même code lorsque la personne ou l'entité qui les contrôle s'est volontairement dotée d'un comité spécialisé au sens et selon les modalités de l'article L. 823-19 dudit code ;

2° Les personnes et entités liées a# un organisme de référence au sens du 1° de l'article L. 212-7-1 du présent code lorsque l'organisme de référence est lui-même soumis a# ces obligations ou s'est volontairement doté d'un comité spécialisé au sens et selon les modalités de l'article L. 823-19 du code de commerce.

Article L212-3

Le rapport de solvabilité établi par le conseil d'administration conformément à l'article L. 114-17 expose les conditions dans lesquelles l'organisme garantit, par la constitution des provisions techniques suffisantes dont les modalités de calcul et les hypothèses retenues sont explicitées et justifiées, les engagements qu'il prend à l'égard des membres participants, de leurs ayants droit ou des organismes réassurés, rappelle les orientations retenues en matière de placements, présente et analyse les résultats obtenus et indique si la marge de solvabilité est constituée conformément à la réglementation applicable. Le rapport de solvabilité contient obligatoirement une analyse des conditions dans lesquelles l'organisme est en mesure, à moyen et long terme, de faire face à l'ensemble de ses engagements.

Ce rapport est communiqué aux commissaires aux comptes, ainsi qu'à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article L212-4

Lorsque les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature accordés par une mutuelle ou une union régie par les dispositions du présent livre au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union régie par le livre III font l'objet de réserves de la part du commissaire aux comptes dans le document mentionné à l'article L. 114-39, le commissaire aux comptes établit un rapport spécial qui est transmis à la commission mentionnée à l'article L. 510-1.

Article L212-5

Les mutuelles et les unions font participer, dans des conditions fixées par décret, leurs membres participants et les bénéficiaires désignés aux excédents techniques et financiers des opérations dépendant de la durée de la vie humaine qu'elles réalisent.

Article L212-7-2

Les mutuelles ou unions régies par les dispositions du présent livre et apparentées à au moins un autre organisme assureur ou à une compagnie financière holding mixte au sens de l'article L. 517-4 du code monétaire et financier ou subordonnées à un organisme ayant une activité économique font l'objet d'une surveillance complémentaire de leur situation financière par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

La surveillance complémentaire tient compte des organismes qui sont apparentés à la mutuelle ou à l'union. L'Autorité peut toutefois décider d'exclure un organisme apparenté de la surveillance complémentaire si elle

estime que sa prise en compte présenterait un intérêt négligeable ou serait contraire aux objectifs de cette surveillance.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment :

- les données et informations nécessaires à l'exercice de la surveillance complémentaire ;
- les règles prudentielles applicables dans le cadre de la surveillance complémentaire.

Article L212-6

L'état relatif aux plus-values latentes, annexé aux comptes des organismes, retrace la valeur comptable et la valeur de réalisation de l'ensemble des placements figurant à leur actif.

Cet état indique, en outre, la quote-part des placements correspondant à des engagements pris envers les membres participants telle qu'elle serait constatée en cas de transfert de portefeuille. Les dispositions du présent alinéa ne s'appliquent pas aux opérations mentionnées aux a, c, d et e du 1° du I de l'article L. 111-1.

Article L212-7-2-1

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut demander aux organismes soumis à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 212-7-2 les données ou informations nécessaires à l'exercice de cette surveillance, qui sont détenues par leurs organismes apparentés. Si ces derniers organismes ne fournissent pas ces données et informations, l'Autorité peut leur demander directement.

Les organismes soumis à une surveillance complémentaire et dont le siège social est situé en France transmettent les données ou informations nécessaires à leurs organismes apparentés ayant leur siège social dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen pour l'exercice de la surveillance complémentaire par les autorités compétentes de cet Etat.

II.-L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut procéder à la vérification sur place des informations nécessaires à la surveillance complémentaire instituée aux articles L. 334-3 du code des assurances, L. 212-7-2 du présent code ou L. 933-3 du code de la sécurité sociale, auprès de l'entreprise d'assurance, de la mutuelle ou de l'union, de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance et de leurs organismes apparentés.

Lorsque, dans le cadre de la surveillance complémentaire, l'Autorité souhaite vérifier des informations utiles à l'exercice de sa surveillance concernant un organisme situé dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, elle demande aux autorités compétentes de cet Etat qu'il soit procédé à cette vérification.

Article L212-7-3

Les mutuelles et unions soumises à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 212-7-2 demandent à leurs organismes apparentés les données ou informations nécessaires à l'exercice de cette surveillance. Les organismes apparentés sont tenus de procéder à cette transmission.

Les mutuelles et unions soumises à une surveillance complémentaire transmettent les données ou informations nécessaires à leurs organismes apparentés ayant leur siège social dans un Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen pour l'exercice de la surveillance complémentaire par les autorités compétentes de cet Etat.

Article L212-7-4

Les mutuelles et unions relevant du présent livre appartenant à un conglomérat financier au sens de l'article L. 517-3 du code monétaire et financier font l'objet d'une surveillance complémentaire dans les conditions prévues par le chapitre VII du titre Ier du livre V du code monétaire et financier et par le chapitre III du titre III du livre VI du même code, sans préjudice des règles sectorielles qui leur sont applicables.

Article L212-7-4-1

I.-Lorsqu'une compagnie financière holding mixte au sens de l'article L. 517-4 du code monétaire et financier relève de dispositions équivalentes au titre de la surveillance complémentaire de groupe au sens de l'article L. 212-7-2 et au titre de la surveillance complémentaire de conglomérat financier mentionnée à l'article L. 212-7-4 du même code, notamment en ce qui concerne la surveillance fondée sur le risque, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut, après consultation des autres autorités compétentes concernées au sens de l'article L. 517-2 du code monétaire et financier, n'appliquer que les articles L. 517-6 et L. 517-8 du même code.

II.-Lorsqu'une compagnie financière holding mixte au sens de l'article L. 517-4 du code monétaire et financier relève de dispositions équivalentes au titre de la surveillance consolidée au sens de l'article L. 613-20-1 du code monétaire et financier et au titre de la surveillance complémentaire de groupe au sens de l'article L. 212-7-2, notamment en ce qui concerne la surveillance fondée sur le risque, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut, en accord avec l'autorité compétente en charge de la surveillance consolidée du groupe bancaire, n'appliquer à une compagnie financière holding mixte que les dispositions applicables au secteur le plus important déterminé conformément à l'article L. 517-3 du code monétaire et financier.

III.-Les décisions prises en application du I et du II sont portées à la connaissance de l'Autorité bancaire européenne et de l'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article L212-7

I.-Constituent un groupe les mutuelles ou unions qui forment entre elles ou avec des institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime ou avec des entreprises d'assurance relevant du code des assurances ou de réassurance, un ensemble correspondant à l'un des cas suivants :

1° Ces organismes ont soit une direction commune, soit des services communs assez étendus pour engendrer une politique commerciale, technique ou financière commune ;

2° Ces organismes ont entre eux des liens de réassurance importants et durables ;

3° Ces organismes détiennent directement ou indirectement une fraction du capital d'une ou plusieurs entreprises régies par le code des assurances leur permettant de participer à leur contrôle.

II.-Les mutuelles et unions appartenant à un groupe au sens du 3° du I ci-dessus établissent et publient des comptes consolidés dans les conditions définies par un règlement de l'Autorité des normes comptables.

Ces comptes sont certifiés par les commissaires aux comptes dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 823-9 du code de commerce.

III.-Lorsque deux ou plusieurs mutuelles ou unions appartiennent à un groupe, l'une de ces entités établit et publie des comptes combinés. Un décret détermine celle de ces entités sur laquelle pèse cette obligation. Les comptes combinés sont constitués par agrégation de l'ensemble des comptes des entités concernées, établis s'il y a lieu sur une base consolidée dans des conditions définies par un règlement de l'Autorité des normes comptables.

Les comptes mentionnés au présent article sont certifiés par les commissaires aux comptes dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 823-9 du code de commerce.

Article L212-7-1

Pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la solvabilité des mutuelles et unions soumises au livre II, à la surveillance complémentaire instituée à l'article L. 212-7-2 et à la surveillance complémentaire des conglomérats financiers :

1° L'expression : " organisme de référence " désigne un organisme ayant une activité économique qui contrôle de manière exclusive un autre organisme au sens du II de l'article L. 233-16 du code de commerce ou qui exerce une influence dominante sur un autre organisme ayant une activité économique à raison de l'existence de liens de solidarité importants et durables résultant d'engagements financiers ou de dirigeants ou de services communs. Ce second organisme est dénommé " organisme subordonné ". Tout organisme subordonné d'un organisme subordonné est considéré comme subordonné à l'organisme de référence ;

2° L'expression : " participation " désigne le fait de détenir, directement ou indirectement, au moins 20 % des droits de vote ou du capital d'une société, ou un ensemble de droits dans le capital d'une société, qui, en créant un lien durable avec celle-ci, est destiné à contribuer à l'activité de ladite société ;

3° L'expression : " organisme participant " désigne un organisme de référence au sens du 1° du présent article ou un organisme qui détient une participation dans un organisme ou un organisme lié à un autre organisme par des organes d'administration, de direction ou de surveillance composés en majorité des mêmes personnes ;

4° L'expression " organisme affilié " désigne un organisme qui est soit subordonné soit un autre organisme dans lequel une participation est détenue, soit un organisme lié à un autre organisme par une relation précisée au 7° du présent article ;

5° L'expression : " organisme apparenté " désigne tout organisme affilié, participant ou affilié d'un organisme participant d'un organisme ;

6° L'expression : " organisme assureur " désigne toute mutuelle ou union relevant du présent livre, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou par l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime, ou entreprise d'assurance ou de réassurance régie par le code des assurances, ainsi que les entreprises d'assurance et de réassurance dont le siège est situé hors de France ;

7° L'expression " groupe financier " désigne un ensemble d'organismes composé d'un organisme de référence, de ses organismes subordonnés et des entités dans lesquelles l'organisme de référence ou ses organismes subordonnés détiennent des participations, ainsi que des entités liées de telle sorte que leurs organes d'administration, de direction ou de surveillance sont composés en majorité des mêmes personnes ou qu'elles sont placées sous une direction unique en vertu d'un contrat ou de clauses statutaires. Les établissements affiliés à un réseau et l'organe central au sens de l'article L. 511-31 du code monétaire et financier sont considérés comme faisant partie d'un même groupe pour l'application du présent chapitre. Il en est de même pour les entités appartenant à des groupes coopératifs régis par les dispositions similaires dans la législation qui leur est applicable ;

8° Abrogé

9° Abrogé

10° Abrogé

11° L'expression " autorité compétente " désigne toute autorité nationale d'un Etat membre ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen dotée, par une disposition législative ou réglementaire, du pouvoir de surveiller, individuellement ou à l'échelle du groupe, l'une ou plusieurs des catégories d'entités réglementées suivantes :

- a) Les entreprises d'assurances ;
- b) Les mutuelles ;
- c) Les institutions de prévoyance ;
- d) Les entreprises de réassurance ;
- e) Les établissements de crédit ;
- f) Les entreprises d'investissement ;

12° Abrogé

13° L'expression " règles sectorielles " désigne les règles concernant la surveillance prudentielle des entités réglementées et les règles concernant la surveillance complémentaire instituée à l'article L. 212-7-2 du présent code.

Section 3 : Fusion, scission, dissolution, redressement judiciaire, liquidation.

Article L212-11

Les mutuelles et unions ainsi que leurs succursales peuvent être autorisées, dans les conditions définies au présent article, à transférer tout ou partie de leur portefeuille d'opérations, avec ses droits et obligations et couvrant des risques ou des engagements situés sur le territoire d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, à une ou plusieurs des mutuelles ou unions régies par le présent code, à une ou plusieurs des institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale ou l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime, et à une ou plusieurs des entreprises d'assurance régies par le code des assurances ou dont l'Etat d'origine est membre de la

Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Elles peuvent également être autorisées à effectuer ces transferts auprès des succursales des organismes visés ci-dessus et établies sur le territoire d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Elles peuvent également être autorisées à effectuer ces transferts auprès d'entreprises d'assurance dont le siège est établi dans un Etat qui n'est pas partie à l'accord sur l'Espace économique européen mais dont la succursale est établie et agréée dans l'Etat du risque ou de l'engagement, membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Dans tous les cas, le nouvel assureur doit respecter les garanties concernant les activités transférées, telles que la mutuelle ou l'union les avaient établies.

L'assemblée générale de la mutuelle ou de l'union est obligatoirement appelée à se prononcer sur la demande de transfert dans les conditions de l'article L. 114-12.

La demande de transfert est portée à la connaissance des créanciers par un avis publié au Journal officiel de la République française, qui leur impartit un délai de deux mois pour présenter leurs observations. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution approuve le transfert s'il lui apparaît que le transfert ne préjudicie pas aux intérêts des créanciers, des adhérents, des membres participants, de leurs ayants droit et des bénéficiaires.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution n'approuve le transfert que si l'entreprise cessionnaire dispose, compte tenu du transfert, de la marge de solvabilité nécessaire. Toutefois, lorsque l'Etat d'origine de l'entreprise cessionnaire est partie à l'accord sur l'Espace économique européen, cette approbation est prise après avis des autorités de contrôle de cet Etat.

Lorsque les risques ou les engagements transférés sont situés dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution recueille préalablement l'avis de l'autorité de contrôle de l'Etat du risque ou de l'engagement.

Pour les transferts de portefeuilles d'opérations relevant du b du 1° du I de l'article L. 111-1, cette approbation est en outre fondée sur les données de l'état sur les plus-values latentes prévu à l'article L. 212-6.

L'approbation rend le transfert opposable aux membres participants ainsi qu'aux créanciers à partir de la date de publication de l'approbation mentionnée au quatrième alinéa du présent article. Les membres participants ont la faculté de résilier leur adhésion dans le délai d'un mois suivant la date de cette publication. Toutefois, cette faculté de résiliation ne leur est pas offerte lorsque l'affiliation à la mutuelle ou à l'union est obligatoire en vertu d'une convention ou d'un accord collectif, d'un accord ratifié par référendum ou d'une décision unilatérale de l'employeur, sauf modification de la convention, de l'accord ou de la décision unilatérale.

Article L212-11-1

Les mutuelles et unions ainsi que leurs succursales exerçant une activité de réassurance peuvent être autorisées, dans les conditions définies au présent article, à transférer tout ou partie de leur portefeuille de contrats ou de sinistres à payer à une ou plusieurs mutuelles ou unions régies par le présent code, à une ou plusieurs institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale ou l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime et à une ou plusieurs entreprises de réassurance ou d'assurance ayant leur siège social en France, dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou à leurs succursales établies sur le territoire de l'Espace économique européen.

L'autorité administrative n'approuve le transfert sollicité que si les autorités compétentes de l'Etat où le cessionnaire a son siège social attestent que celui-ci possède, compte tenu du transfert, la marge de solvabilité nécessaire.

La mutuelle, l'union ou la succursale qui transfère son portefeuille en informe les organismes réassurés.

Article L212-12

Lorsque les opérations de fusion ou de scission comportent des transferts de portefeuille dans les conditions prévues à l'article L. 212-11, elles sont menées conformément à la procédure définie au même article.

Article L212-13

Lorsque les opérations de fusion ou de scission ne comportent pas de transfert de portefeuille de contrats réalisé dans les conditions prévues à l'article L. 212-11, les mutuelles et les unions régies par le présent livre sont tenues de produire à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution une déclaration accompagnée de tous les documents utiles exposant les buts et les modalités de l'opération projetée un mois avant sa réalisation définitive. Durant ce délai, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut s'opposer à l'opération si elle juge qu'elle n'est pas conforme à l'intérêt des membres participants et bénéficiaires ou des créanciers ou qu'elle a pour conséquence de diminuer la valeur de réalisation des placements correspondant à des engagements pris envers les membres participants et bénéficiaires déterminés conformément aux dispositions de l'article L. 212-6 ; elle peut également demander des documents complémentaires nécessaires à l'appréciation de l'opération ; dans ce dernier cas, le délai d'un mois pendant lequel l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut s'opposer à la poursuite de l'opération court de la date de production des documents demandés et la réalisation définitive de l'opération ne peut intervenir avant l'expiration de ce même délai.

Article L212-14

La dissolution volontaire comporte, pour la mutuelle ou pour l'union, l'engagement de ne plus réaliser, pour l'ensemble des agréments qui lui avaient été accordés, de nouvelles opérations.

La mutuelle ou l'union en informe immédiatement l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Dans le mois de la décision constatant la caducité de l'agrément, la mutuelle ou l'union soumet à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution un programme de liquidation précisant notamment les délais prévisibles et les conditions financières de la liquidation ainsi que les moyens en personnel et matériels mis en œuvre pour la gestion des engagements résiduels.

Lorsque la gestion des engagements résiduels est déléguée à un tiers, le projet de contrat de délégation et un dossier décrivant la qualité du délégataire et de ses dirigeants, son organisation, sa situation financière et les moyens mis en œuvre sont communiqués à l'Autorité qui peut, ainsi qu'il est dit à l'article L. 612-26, réaliser tous contrôles sur pièces et sur place du délégataire, jusqu'à liquidation intégrale des engagements.

Si l'Autorité estime que le programme de liquidation qui lui est présenté n'est pas conforme aux intérêts des membres participants de la mutuelle ou des membres de l'union, elle ne l'approuve pas et peut demander la présentation d'un nouveau programme, dans les délais et conditions qu'elle prescrit. En l'absence de

programme de liquidation ou lorsque la mutuelle ou l'union ne respecte pas le programme approuvé, l'Autorité prend toutes mesures conservatoires ou de sanction qu'elle juge nécessaires.

En cas de liquidation d'une mutuelle ou union de réassurance agréée dans les conditions prévues à l'article L. 211-7-2, les engagements résultant des contrats souscrits par l'intermédiaire d'une succursale ou en libre prestation de services sont exécutés de la même façon que les engagements résultant des autres contrats de réassurance de cet organisme.

Article L212-15

Par dérogation aux articles L. 631-4, L. 631-5, L. 640-4 et L. 640-5 du code de commerce, une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire ne peut être ouverte à l'égard des mutuelles et unions mentionnées à l'article L. 211-7 qu'à la requête de la commission mentionnée à l'article L. 510-1 ; le tribunal peut également se saisir d'office ou, après avis conforme de la commission, être saisi d'une demande d'ouverture de cette procédure par le procureur de la République.

Le président du tribunal ne peut être saisi d'une demande d'ouverture d'une procédure de conciliation instituée par l'article L. 611-4 du code de commerce ou d'une procédure de sauvegarde visée à l'article L. 620-1 du même code, à l'égard d'une mutuelle ou d'une union mentionnée à l'article L. 211-7, qu'après avis conforme de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article L212-15-1

Les procédures de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires instituées par les titres II, III et IV du livre VI du code de commerce ne peuvent être ouvertes à l'égard d'une mutuelle ou d'une union mentionnée au I de l'article L. 211-7-2 du présent code qu'après avis de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Le président du tribunal ne peut être saisi d'une demande d'ouverture de la procédure de conciliation instituée par le chapitre Ier du titre Ier du livre VI du code de commerce à l'égard d'une mutuelle ou d'une union mentionnée au I de l'article L. 211-7-2 du présent code qu'après avis de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités selon lesquelles sont donnés les avis prévus aux premier et deuxième alinéas du présent article.

Article L212-16

La décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, prononçant le retrait total de l'agrément, emporte de plein droit, à dater de sa publication au Journal officiel, la dissolution de la personne morale. Dans ce cas, la liquidation judiciaire est ouverte à la requête de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. La liquidation est régie par le chapitre II du titre II du livre VI du code de commerce, sous réserve des dispositions du présent chapitre.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution désigne un liquidateur, chargé de la vérification des créances d'assurance ainsi que de l'inventaire des actifs directement liés aux passifs, tels que les créances à l'égard des membres participants, des cédantes, des réassureurs et des coassureurs.

Le tribunal désigne parallèlement en tant que liquidateur, lors du jugement d'ouverture, un ou plusieurs mandataires de justice, qui peuvent être choisis en dehors de la liste des mandataires judiciaires. Ce liquidateur est chargé de l'inventaire des autres actifs et des opérations de liquidation.

Le tribunal désigne par la même décision un juge-commissaire chargé de contrôler les opérations de liquidation ; ce juge est assisté, dans l'exercice de sa mission, par un ou plusieurs commissaires désignés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article L212-17

Le juge-commissaire peut à tout moment faire effectuer des vérifications sur pièces et sur place par les commissaires.

Article L212-18

En cas d'ouverture d'une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire à l'égard d'une mutuelle ou d'une union, les membres participants et les bénéficiaires de garanties ainsi que le fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 sont, sans préjudice des articles L. 221-1, L. 221-2 et L. 221-3 ni des obligations contractuelles, dispensés de la déclaration de créances prévue à l'article L. 621-43 du code de commerce.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article.

Article L212-19

Le liquidateur procède, s'il y a lieu, à la restitution par préférence des cotisations versées par les personnes ayant exercé leur droit à renonciation en application de l'article L. 223-8.

Article L212-20

En cas de retrait de l'agrément accordé à une mutuelle ou une union, les garanties relatives aux a, c, d et e du 1° du I de l'article L. 111-1 conclues en application des dispositions du titre II du présent livre cessent de plein droit d'avoir effet le quarantième jour à midi, à compter de la publication au Journal officiel de la décision prononçant ce retrait. Les cotisations échues avant la date de la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution prononçant le retrait d'agrément, et non payées à cette date, sont dues en totalité à la mutuelle ou à l'union mais elles ne sont définitivement acquises à celle-ci que proportionnellement à la période garantie jusqu'au jour de la résiliation. Pour celles des garanties qui sont permanentes ou qui ont été reconduites, tacitement ou non, entre la date de la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ou de l'Autorité de contrôle prononçant le retrait d'agrément et la date de résiliation de plein droit des garanties souscrites en application du titre II du présent livre, les cotisations ne sont dues que proportionnellement à la durée de la période garantie.

Article L212-21

Après la publication au Journal officiel de la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution prononçant le retrait de l'agrément accordé à une mutuelle ou une union, les garanties souscrites par l'organisme relevant du b du 1° du I de l'article L. 111-1 demeurent régies par leurs règlements ou conditions générales et particulières tant que la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution n'a pas été publiée au Journal officiel, mais le liquidateur peut, avec l'approbation du juge-commissaire, surseoir au paiement de toutes les sommes dues au titre des bulletins d'adhésion ou des contrats collectifs. Les cotisations encaissées par le liquidateur sont versées à un compte spécial qui fait l'objet d'une liquidation distincte.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande du liquidateur et sur le rapport du juge commissaire, peut fixer la date à laquelle les garanties cessent d'avoir effet, autoriser leur transfert en tout ou partie à d'autres, proroger leur échéance, décider la réduction des sommes payables en cas de vie ou de décès ainsi que des excédents attribués et des valeurs de rachat, de manière à ramener la valeur des engagements de la mutuelle ou de l'union au montant que la situation de la liquidation permet de couvrir.

Le versement des cotisations périodiques est suspendu dix jours après la nomination du liquidateur, et jusqu'à la publication de la décision de l'Autorité de contrôle fixant la date à laquelle les garanties cessent d'avoir effet. En cas de transfert du portefeuille, les versements suspendus sont effectués par l'entreprise cessionnaire, abattus du taux de réduction défini par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article L212-22

A la requête de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, le tribunal peut prononcer la nullité d'une ou plusieurs opérations réalisées par les dirigeants d'une mutuelle ou union pourvue d'un liquidateur à la suite du retrait de l'agrément, à charge, pour l'Autorité de contrôle, d'apporter la preuve que les personnes qui ont adhéré à l'organisme ou contracté avec celui-ci savaient que l'actif était insuffisant pour garantir les créances privilégiées des participants et bénéficiaires et que l'opération incriminée devait avoir pour effet de diminuer cette garantie.

Section 4 : Privilèges.

Article L212-23

L'actif mobilier des mutuelles et unions est affecté par un privilège général au remboursement par préférence des cotisations payées par des personnes ayant exercé leur droit à renonciation en application de l'article L. 223-8 et au règlement des engagements qu'elles prennent envers les membres participants et les bénéficiaires. Ce privilège prend rang après le 6° de l'article 2331 du code civil. Il en va de même de l'actif mobilier des unions et fédérations pour les engagements qu'elles prennent envers les membres participants et les bénéficiaires des mutuelles qui en sont membres.

Les mêmes dispositions sont applicables à l'actif immobilier. Ce privilège prend rang après le 2° de l'article 2375 du code civil.

Article L212-24

Lorsque les actifs d'une mutuelle ou union sont insuffisants pour assurer la représentation de ses engagements réglementés ou lorsque la situation financière de cet organisme est telle que les intérêts des membres participants et des bénéficiaires sont susceptibles d'être compromis à bref délai, les immeubles faisant partie de son patrimoine peuvent être grevés d'une hypothèque inscrite à la requête de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Lorsque la mutuelle ou l'union fait l'objet d'un retrait d'agrément, cette hypothèque est prise de plein droit à la date du retrait d'agrément.

Article L212-25

Pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 réalisées directement par les mutuelles et unions, la créance garantie par le privilège ou l'hypothèque légale est arrêtée au montant des cotisations à rembourser par préférence en cas de renonciation au bénéfice de l'adhésion ou du contrat collectif et de la provision correspondante dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Pour les opérations mentionnées aux a, c, d et e du 1° du I de l'article L. 111-1 réalisées directement par ces mêmes mutuelles et unions, la créance garantie est arrêtée au montant des indemnités dues à la suite de la réalisation de risques et au montant des portions de cotisations payées d'avance ou provisions de cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, les créances d'indemnités étant payées par préférence. Pour les indemnités payées sous forme de rentes, elle est arrêtée au montant de la provision mathématique.

Pour les opérations de réassurance de toute nature, la créance est arrêtée au montant des provisions correspondantes telles qu'elles sont définies par un décret en Conseil d'Etat.

Article L212-26

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent chapitre et, notamment, celles concernant :

1° La création de succursales définies à la section 2 dans les Etats membres de la Communauté européenne et ceux parties à l'accord sur l'Espace économique européen ;

2° Les provisions techniques, le montant de la marge de solvabilité et les éléments qui la constituent, les engagements réglementés, les placements et les autres éléments d'actifs des mutuelles et unions régies par le présent livre ;

3° Le régime financier et comptable défini à la section 1 ;

4° Les modalités des transferts de portefeuille et de transfert des actifs relatifs à des opérations dépendant de la durée de la vie humaine et de calcul de la participation aux excédents.

Section 5 : Mesures d'assainissement et de liquidation des entreprises communautaires.

Article L212-27

Les mesures d'assainissement et les procédures de liquidation prises par l'autorité publique française compétente à l'égard d'une mutuelle ou d'une union produisent tous leurs effets sur le territoire des autres Etats membres de la Communauté européenne, sous réserve de dispositions contraires prévues par les lois de ces Etats, conformément à la directive 2001/17/ CE du Parlement européen et du Conseil du 19 mars 2001 concernant l'assainissement et la liquidation des entreprises d'assurance.

Les mesures d'assainissement mentionnées au premier alinéa sont, lorsqu'elles affectent les droits préexistants des parties autres que l'organisme d'assurance lui-même :

1° Les mesures mentionnées aux 3°, 4° et 7° du I de l'article L. 612-33 du code monétaire et financier ;

2° La sanction prévue au 3° de l'article L. 612-39 du code monétaire et financier ou le retrait partiel d'agrément mentionné au 6° du même article ;

3° (abrogé)

4° Les procédures de redressement judiciaire visées au livre VI du code de commerce.

Chapitre III : Peines.

Article L213-1

Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende le fait, pour tout président, administrateur et dirigeant d'une mutuelle ou d'une union régie par les dispositions du présent livre, de ne pas établir, pour chaque exercice, le rapport de solvabilité prévu à l'article L. 212-3 et l'état annuel relatif aux plus-values latentes prévu à l'article L. 212-6.

Article L213-5

Les personnes morales déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal, des infractions définies dans le présent livre encourent, outre l'amende suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal, les peines prévues par l'article 131-39 du même code.

L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 du code pénal porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

Titre II : Opérations des mutuelles et des unions.

Chapitre Ier : Dispositions générales.

Section 1 : Modalités d'affiliation.

Article L221-1

L'engagement réciproque du membre participant ou du membre honoraire et de la mutuelle ou de l'union résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou, le cas échéant, de la souscription d'un contrat collectif.

Article L221-2

I. - Les engagements contractuels correspondent à une opération individuelle ou à une opération collective.

II. - Est qualifiée d'opération individuelle l'opération par laquelle une personne physique signe un bulletin d'adhésion à une mutuelle ou une union par l'effet de l'adhésion de sa mutuelle, dans le cadre des activités mentionnées au 1° du I de l'article L. 111-1. A la date de son adhésion, la personne acquiert la qualité de membre participant, si elle bénéficie des garanties du contrat mutualiste, ou de membre honoraire, si elle n'en bénéficie pas. Dans ce cas, la personne physique bénéficiaire des garanties doit également signer le bulletin d'adhésion et acquiert la qualité de membre participant.

III. - Est qualifiée d'opération collective :

1° L'opération facultative par laquelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat collectif souscrit par un employeur ou une personne morale, des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale adhèrent librement à une mutuelle ou à une union en vue de se couvrir contre un ou plusieurs risques liés à la personne humaine, à la protection juridique, à l'assistance ou au chômage, pour lesquels la mutuelle est agréée ou présente des garanties assurées par une mutuelle ou une union agréée pour elles ; les salariés et les membres de la personne morale qui adhèrent deviennent, à compter de cette date, membres participants de la mutuelle ou de l'union ; la personne morale souscriptrice peut devenir membre honoraire de la mutuelle ou de l'union dans les conditions définies par les statuts ;

2° L'opération obligatoire par laquelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat souscrit par un employeur, l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, des dispositions de la convention ou de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur de s'affilier à une mutuelle en vue de se couvrir contre

un ou plusieurs risques liés à la personne humaine ou au chômage pour lesquels cette mutuelle ou cette union est agréée ou présente des garanties assurées par une mutuelle ou une union agréée pour elles ; à la date de leur affiliation, les salariés deviennent membres participants de la mutuelle ou de l'union ; la personne morale souscriptrice peut devenir membre honoraire de la mutuelle ou de l'union dans les conditions définies par les statuts.

Article L221-3

Lorsqu'en application d'une décision du conseil d'administration ratifiée par l'assemblée générale une mutuelle ou une union souscrit un contrat collectif auprès d'une mutuelle ou d'une union, 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, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la mutuelle ou l'union.

Pour l'application de l'alinéa précédent, une convention détermine les droits et obligations respectifs des mutuelles et des unions concernées et, notamment, les conditions dans lesquelles sont mises en oeuvre les dispositions du présent titre relatives à l'information des membres participants ainsi que des mutuelles et unions souscriptrices.

Article L221-4

Pour les opérations individuelles prévues au II de l'article L. 221-2, la mutuelle ou l'union doit avoir remis au membre participant ou futur membre participant, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion, les statuts et règlements ou une fiche d'information sur le contrat qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques.

Les statuts et règlements précisent les modalités de modification du contrat.

Pour les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, avant la signature du bulletin d'adhésion ou la souscription du contrat, la mutuelle ou l'union remet obligatoirement à la personne morale souscriptrice la proposition de bulletin d'adhésion ou de contrat.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles est constatée la remise de ces documents, ainsi que le délai qui doit s'être écoulé entre la remise de ces documents et la signature du bulletin d'adhésion.

Article L221-5

I. - Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale d'une mutuelle ou d'une union doit être portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires par la mutuelle ou l'union.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au membre participant ou honoraire.

II. - Lorsque l'engagement réciproque du membre participant et de la mutuelle ou de l'union ne résulte pas de la signature d'un bulletin d'adhésion mais de la souscription d'un contrat collectif portant accord particulier, toute modification de celui-ci est constatée par un avenant signé des parties.

Article L221-6

Dans le cadre des opérations collectives, la mutuelle ou l'union établit une notice qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de la mutuelle ou de l'union à chaque membre participant. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'employeur ou la personne morale est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la mutuelle ou par l'union. Pour les opérations collectives facultatives, tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

Toutefois, la faculté de renonciation n'est pas ouverte aux membres participants qui sont couverts par une mutuelle ou une union en application des dispositions de l'article L. 221-3.

La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale.

Les opérations collectives à adhésion facultative ayant pour objet la garantie de remboursement d'un emprunt ne sont pas soumises aux dispositions du présent article.

Article L221-6-1

Le ministre chargé de la mutualité peut, après avis du Conseil supérieur de la mutualité et à la demande d'un ou plusieurs organismes professionnels représentatifs mentionnés à l'article L. 223-10-1, homologuer par arrêté les codes de conduite qu'ils ont élaborés en matière de commercialisation de contrats mentionnés à l'article L. 223-1.

Article L221-6-2

Le règlement mutualiste ou le contrat et la notice d'information précisent les modalités d'examen des réclamations relatives aux bulletin d'adhésion, règlement et contrat et de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre V du livre Ier du code de la consommation.

Section 2 : Exécution du contrat.

Article L221-7

Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle ou l'union de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 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 l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle ou l'union a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle ou à l'union la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article L221-8

I. - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle ou l'union d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la mutuelle ou l'union l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la

résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La mutuelle ou l'union a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent I.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

II. - Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue au I est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle ou l'union informe chaque membre participant de la mise en oeuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du I et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ou l'union ne couvre plus le risque.

III. - Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à la mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel. Les statuts de la mutuelle ou de l'union peuvent prévoir les conditions dans lesquelles la mutuelle ou l'union applique, à défaut du paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur ou poursuit en justice l'exécution du contrat.

Article L221-8-1

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au 2° du III de l'article L. 221-2, la garantie subsiste en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires de l'employeur. En cas de résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat en application de l'article L. 622-13 du code de commerce, la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ou l'union ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

Article L221-9

La durée de l'engagement inscrite dans le contrat collectif est librement déterminée par les parties. Elle doit être mentionnée en caractères très apparents dans le contrat collectif, de même que, le cas échéant, la possibilité d'une reconduction tacite chaque année.

Article L221-10

Le membre participant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle ou à l'union au moins deux mois avant la date d'échéance. La mutuelle ou l'union peut, dans des conditions identiques, résilier le contrat collectif, à l'exception des opérations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 112-1.

Lorsque le contrat a pour objet de garantir, en cas de survenance d'un des risques que ce contrat définit, soit le remboursement total ou partiel du montant restant dû au titre d'un prêt mentionné à l'article L. 312-2 du code de la consommation, soit le paiement de tout ou partie des échéances dudit prêt, le membre participant peut résilier son contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt. Le membre participant notifie à la mutuelle ou à l'union, ou à son représentant, sa demande en envoyant une lettre recommandée au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée. Le membre participant notifie également à la mutuelle ou à l'union par lettre recommandée la décision du prêteur prévue au sixième alinéa de l'article L. 312-9 du même code ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur. En cas d'acceptation par le prêteur, la résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par la mutuelle ou l'union de la décision du prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le prêteur si celle-ci est postérieure. En cas de refus par le prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

Ce droit de résiliation appartient exclusivement au membre participant.

Pendant toute la durée du contrat d'assurance, la mutuelle ou l'union ne peut pas résilier ce contrat d'assurance pour cause d'aggravation du risque, sauf dans certaines conditions définies par décret en Conseil d'Etat, résultant d'un changement de comportement volontaire de l'assuré.

Article L221-10-1

Pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

Article L221-11

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, 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.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article L221-12

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L221-12-1

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article L221-13

Sous réserve des dispositions de l'article L. 112-1, lorsque, avant la signature du bulletin d'adhésion ou la souscription du contrat collectif, la mutuelle ou l'union a posé des questions par écrit au membre participant, notamment par un formulaire de déclaration de risques ou par tout autre moyen, elle ne peut se prévaloir du fait qu'une question exprimée en termes généraux n'a reçu qu'une réponse imprécise.

Article L221-14

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Lorsque l'adhésion à la mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel, les deux premiers alinéas ne s'appliquent pas.

Article L221-15

Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle ou l'union a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle ou l'union restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du précédent alinéa.

Article L221-16

Sont nulles :

1° Toutes clauses générales frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire en cas de violation des lois ou des règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel ;

2° Toutes clauses frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire à raison de simple retard apporté par lui sans intention frauduleuse à la déclaration relative à la réalisation du risque aux autorités ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit, pour la mutuelle ou pour l'union de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

Article L221-17

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;

- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La mutuelle ou l'union doit rembourser à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la mutuelle ou à l'union dans les cas de résiliation susmentionnés.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article et notamment la date qui, pour chacun des cas énumérés au premier alinéa, est retenue comme point de départ du délai de résiliation.

Section 3 : Fourniture à distance d'opérations d'assurance à un consommateur.

Article L221-18

I.-1° La fourniture à distance d'opérations d'assurance individuelles à un consommateur est régie par le présent livre et par les articles L. 121-26, L. 121-26-1, L. 121-28 et L. 121-30 à L. 121-33 du code de la consommation ;

2° Pour l'application du 1°, il y a lieu d'entendre :

- a) " le membre participant qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle " là où est mentionné " le consommateur " ;
- b) " la mutuelle, l'union ou son intermédiaire en assurance " là où est mentionné " le fournisseur " ;

- c) " le montant total de la cotisation " là où est mentionné " le prix total " ;
- d) " le droit de renonciation " là où est mentionné " le droit de rétractation " ;
- e) " le II de l'article L. 221-18 du code de la mutualité " là où est mentionné " l'article L. 121-29 " ;
- f) " le III de l'article L. 221-18 du code de la mutualité " là où est mentionné " l'article L. 121-27 " ;

3° Pour l'application de l'article L. 121-28 du code de la consommation, les conditions d'adhésion doivent comprendre, outre les informations prévues à l'article L. 223-8, un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation lorsque ce droit existe.

II.-1° Toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ;

2° Toutefois, en ce qui concerne les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le délai précité est porté à 30 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'intéressé est informé que l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a.

III.-En temps utile avant l'adhésion à distance à un règlement, le membre participant reçoit les informations suivantes :

1° La dénomination de la mutuelle ou de l'union, l'adresse de son siège social, son numéro d'immatriculation au registre national des mutuelles, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la section mutualiste qui propose la couverture ;

2° Le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant au membre participant de vérifier celle-ci ;

3° La durée minimale du bulletin d'adhésion au règlement ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;

4° La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;

5° L'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le membre participant doit également être informé du montant de cotisation que la mutuelle ou l'union peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;

6° La loi sur laquelle la mutuelle ou l'union se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le membre participant ainsi que la loi applicable au bulletin d'adhésion au règlement et la langue que la mutuelle ou l'union s'engage à utiliser, avec l'accord du membre participant, pendant la durée du bulletin d'adhésion au règlement ;

7° Les modalités d'examen des réclamations que le membre participant peut formuler au sujet du règlement mutualiste ou du contrat et de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre V du livre Ier du code de la consommation.

Les informations sur les conditions d'adhésion communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au bulletin d'adhésion au règlement.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

IV.-La mutuelle ou l'union doit également indiquer, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 les informations mentionnées à l'article L. 223-8, notamment le montant maximal des frais qu'elle peut prélever et, lorsque les garanties de ces bulletins d'adhésion au règlement sont exprimées en unités de compte, les caractéristiques principales de celles-ci. Dans ce dernier cas, elle doit en outre préciser qu'elle ne s'engage que sur le nombre des unités de compte et non sur leur valeur qui peut être sujette à des fluctuations à la hausse comme à la baisse.

V.-Un décret en Conseil d'Etat fixe les informations communiquées au membre participant en cas de communication par téléphonie vocale.

VI.-Les infractions aux dispositions du présent article sont constatées et sanctionnées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans les conditions prévues au livre V.

Les infractions constituées par l'absence matérielle des éléments d'information prévus au III du présent article, ainsi que le refus de la mutuelle ou de l'union de rembourser le membre participant dans les conditions fixées à l'article L. 121-30 du code de la consommation peuvent également être constatées et poursuivies dans les conditions prévues aux II et IV à X de l'article L. 141-1 du même code.

Les conditions d'application du présent article sont définies en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat".

Section 4 : Certificats mutualistes

Article L221-19

I.-En vue de l'alimentation de leur fonds d'établissement, les mutuelles et unions mentionnées à l'article L. 211-1 ainsi que les unions mutualistes de groupe mentionnées à l'article L. 111-4-2 peuvent émettre des certificats mutualistes auprès :

1° De leurs membres participants ou honoraires ;

2° Des membres participants ou assurés des organismes appartenant au même groupe, défini à l'article L. 212-7, ainsi qu'auprès desdits organismes ;

3° De mutuelles et unions régies par le présent livre II, d'unions mentionnées à l'article L. 111-4-2 du présent code, d'institutions, d'unions ou de groupements paritaires de prévoyance régis par le livre IX du code de la

sécurité sociale, de sociétés d'assurance mutuelles régies par le code des assurances et de sociétés de groupe d'assurance mutuelles mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 322-1-3 du même code.

II.-Lors de l'émission de certificats mutualistes, les mutuelles et unions respectent les conditions et les modalités prévues aux articles L. 114-44 et L. 114-45-1 du présent code.

Toutes les informations, y compris les communications à caractère publicitaire, relatives à des certificats mutualistes présentent un contenu exact, clair et non trompeur. Les communications à caractère publicitaire sont clairement identifiées comme telles.

Les personnes mentionnées au I reçoivent, préalablement à la souscription, les informations leur permettant raisonnablement de comprendre la nature des certificats mutualistes proposés ainsi que les risques et inconvénients y afférents, afin d'être en mesure de prendre leurs décisions d'investissement en connaissance de cause.

Lorsque les certificats mutualistes sont placés auprès de personnes relevant des 1° ou 2° du I du présent article, les mutuelles et unions précisent les exigences et les besoins exprimés par ces personnes ainsi que les raisons qui motivent le conseil fourni quant à l'investissement proposé. Ces précisions, qui reposent en particulier sur les éléments d'information communiqués par ces personnes sur leur situation financière et leurs objectifs de souscription, sont adaptées aux spécificités des certificats mutualistes. Pour l'application de ces obligations, les mutuelles et unions s'enquêtent des connaissances et de l'expérience en matière financière de ces personnes. Lorsque ces dernières ne communiquent pas l'ensemble des éléments d'information susmentionnés, les mutuelles et unions les mettent en garde préalablement à la souscription.

III.-Les certificats mutualistes sont inscrits sous forme nominative dans un registre tenu par l'émetteur et dans un compte-titres tenu soit par l'émetteur, soit par l'un des intermédiaires mentionnés aux 2° à 7° de l'article L. 542-1 du code monétaire et financier .

Le compte-titres est ouvert au nom d'un ou de plusieurs titulaires, propriétaires des certificats mutualistes qui y sont inscrits.

IV.-Par exception à la règle fixée au troisième alinéa de l'article L. 114-44 du présent code pour les titres participatifs, la rémunération des certificats mutualistes est variable et fixée annuellement par l'assemblée générale lors de l'examen des comptes. La part maximale des résultats du dernier exercice clos et des précédents exercices susceptible d'être affectée annuellement à la rémunération des certificats mutualistes est fixée par décret en Conseil d'Etat.

Article L221-20

I.-Les certificats mutualistes ne sont remboursables qu'en cas de liquidation de l'émetteur et après désintéressement complet de tous les créanciers privilégiés, chirographaires et subordonnés. Le remboursement est effectué à la valeur nominale du certificat, réduite, le cas échéant, à due concurrence de l'imputation des pertes sur le fonds d'établissement. Les statuts peuvent prévoir, préalablement à cette réduction, l'imputation des pertes sur les réserves.

II.-Les certificats mutualistes ne peuvent être cédés que dans les conditions décrites au III et ne peuvent faire l'objet ni d'un prêt ni d'opérations de mise en pension.

III.-L'assemblée générale peut autoriser le conseil d'administration à racheter à leur valeur nominale des certificats mutualistes émis par la mutuelle ou l'union, afin de les offrir à l'achat, dans un délai de deux ans à compter de leur rachat, aux personnes mentionnées au I de l'article L. 221-19, dans les conditions et selon les modalités suivantes :

1° Le montant de certificats mutualistes détenus par l'émetteur ne peut excéder 10 % du montant total émis, sauf dérogation accordée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;

2° Lorsque l'assemblée générale les autorise, les rachats de certificats mutualistes sont effectués selon l'ordre d'arrivée des demandes des titulaires de certificats mutualistes. Les demandes formulées dans les cas suivants sont toutefois prioritaires :

a) Liquidation du titulaire ;

b) Demande d'un ayant droit en cas de décès du titulaire ;

c) Cas prévus au troisième à septième alinéa de l'article L. 132-23 du code des assurances. Pour l'application de ces mêmes alinéas, la référence à l'assuré est remplacée par la référence au titulaire du certificat mutualiste ;

d) Perte par le titulaire du certificat de sa qualité de membre participant ou honoraire de l'émetteur, ou de membre participant, de membre adhérent ou assuré des organismes appartenant au même groupe défini à l'article L. 212-7 du présent code ;

3° L'assemblée générale arrête un programme annuel de rachats, qui fait l'objet d'une résolution spéciale dont la teneur est préalablement soumise à l'approbation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Le programme définit la politique de la mutuelle ou de l'union en matière de rachat, les modalités des opérations de rachat et le nombre maximal de certificats mutualistes pouvant être rachetés et précise l'impact des rachats sur la solvabilité de la mutuelle ou de l'union ;

4° A défaut d'avoir été cédés dans les deux ans à compter de leur rachat, les certificats mutualistes sont annulés. L'annulation est compensée par une reprise d'un montant équivalent sur le fonds d'établissement. Cette reprise est constatée par le conseil d'administration, qui procède à la modification du montant du fonds d'établissement mentionné dans les statuts. Cette modification est mentionnée dans le rapport annuel présenté à l'assemblée générale ;

5° Les commissaires aux comptes présentent à l'assemblée générale d'approbation des comptes un rapport spécial sur les conditions dans lesquelles les certificats mutualistes ont été rachetés et utilisés au cours du dernier exercice clos ;

6° Les certificats mutualistes détenus par l'émetteur ne donnent pas droit à rémunération ;

7° Une nouvelle émission de certificats mutualistes ne peut être autorisée que si l'émetteur place de manière prioritaire les certificats mutualistes qu'il détient en propre ;

8° Le conseil d'administration peut déléguer au président du conseil d'administration ou au dirigeant salarié les pouvoirs nécessaires pour réaliser les opérations de rachat. Le président du conseil d'administration ou le dirigeant salarié rend compte au conseil d'administration, dans les conditions prévues par ce dernier, de l'utilisation faite de ce pouvoir.

Chapitre II : Dispositions relatives à certaines opérations de retraite.

Article L222-1

Lorsque les mutuelles ou unions réalisent des opérations ayant pour objet l'acquisition ou la jouissance de droits en cas de vie dans lesquelles un lien est établi entre la revalorisation des cotisations et celle des droits en cas de vie précédemment acquis, elles sont tenues de mettre en oeuvre ces opérations sur la base d'une convention et d'en isoler les actifs et les droits de ceux des autres opérations qu'elles réalisent.

Les actifs correspondant à ces opérations sont affectés au règlement des droits acquis et en cours d'acquisition. Ils sont grevés à cet effet :

a) Lorsqu'il s'agit d'actifs immobiliers, d'une hypothèque légale inscrite dès leur affectation au règlement de ces droits ;

b) D'un privilège mobilier et d'un privilège immobilier qui priment les privilèges respectivement prévus aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 212-23.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.

Article L222-2

Donnent lieu à une majoration de l'Etat, dans les conditions fixées par décret, les rentes constituées soit directement par des mutuelles ou des unions de mutuelles régies par le présent livre, soit par les mutuelles ou les unions de mutuelles souscrivant un contrat auprès d'organismes assureurs au profit :

1° Des anciens combattants de la guerre 1914-1918, des veuves, orphelins et ascendants de militaires morts pour la France au cours de cette guerre ;

2° Dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, de tous les Alsaciens et Lorrains, sans condition de séjour aux armées, réintégrés de plein droit dans la nationalité française, mobilisés dans l'armée allemande et admis, depuis le 11 novembre 1918, dans les groupements régionaux d'anciens combattants de la guerre 1914-1918, ainsi que leurs veuves, orphelins et ascendants ;

3° Des personnes titulaires de la carte de combattant ou du titre de reconnaissance de la nation, des veuves, orphelins et ascendants de combattants morts pour la France au cours de la guerre commencée le 2 septembre 1939 ;

4° Des personnes titulaires de la carte du combattant ou du titre de reconnaissance de la nation, attribuée pour participation effective à des opérations sur les théâtres d'opérations extérieures et des veuves, orphelins et ascendants des militaires décédés du fait de cette participation ;

5° Des militaires ayant obtenu le titre de reconnaissance de la nation ou la carte du combattant pour leur participation aux conflits d'Indochine ou de Corée, ainsi que des veuves, orphelins et ascendants des militaires décédés du fait de leur participation à ces combats ;

6° Des anciens militaires et anciens membres des forces supplétives françaises ayant pris part à la guerre d'Algérie et aux combats en Tunisie et au Maroc, titulaires du titre de reconnaissance de la nation institué par l'article 77 de la loi n° 67-1114 du 21 décembre 1967 ou titulaires de la carte de combattant attribuée dans les conditions fixées par la loi n° 74-1044 du 9 décembre 1974, ainsi que des veuves, orphelins et ascendants des militaires décédés du fait de leur participation à ces opérations ;

7° Des militaires des forces armées françaises ainsi que des personnes civiles titulaires de la carte du combattant ou du titre de reconnaissance de la nation, du fait de leur participation, en vertu des décisions des autorités françaises, au sein d'unités françaises ou alliées ou de force internationales soit à des conflits armés, soit à des opérations ou missions menées conformément aux obligations et engagements internationaux de la France, ainsi que des veuves, veufs, orphelins ou ascendants des civils ou militaires décédés du fait de leur participation à ces opérations.

Les mutuelles, unions de mutuelles régies par le présent livre et, le cas échéant, les organismes assureurs mentionnés au premier alinéa sont habilités à servir les rentes mentionnées à ce même alinéa, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat, par arrêté des ministres chargés de la mutualité, des anciens combattants, de l'économie, des finances et du budget.

Le taux de la majoration mentionnée au premier alinéa est réduit de moitié lorsque les rentes sont souscrites par les personnes mentionnées ci-dessus après un délai de dix ans à compter de l'attribution de la carte du combattant ou du titre de reconnaissance de la nation.

Le montant maximal donnant lieu à majoration par l'Etat de la rente qui peut être constituée au profit des bénéficiaires visés par les dispositions du présent article est calculée par référence à l'indice des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre défini par une loi de finances. Il est exprimé en euros au 1er janvier de chaque année en fonction de la valeur du point des pensions militaires d'invalidité à cette date.

Chapitre II bis : Retraite professionnelle supplémentaire.

Article L222-3

Le présent chapitre s'applique aux opérations pratiquées par les mutuelles ou unions dans le cadre de l'agrément administratif accordé pour les activités de retraite professionnelle supplémentaire. Peuvent être proposés, dans le cadre de cet agrément, les contrats d'assurance sur la vie dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle et sont versées en supplément des prestations servies par les régimes de base et complémentaires légalement obligatoires. Ces contrats sont souscrits :

1° Par un employeur ou un groupe d'employeurs au profit de leurs salariés ou anciens salariés, ou par un groupement professionnel représentatif d'employeurs au profit des salariés ou anciens salariés de ceux-ci. Ils revêtent un caractère collectif déterminé dans le cadre d'une des procédures mentionnées à l'article L. 911-1 ;

2° Ou par un groupement défini à l'article 41 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ou au I de l'article 55 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines.

Article L222-4

Les prestations relatives aux contrats mentionnés à l'article L. 222-3 sont payables au membre participant à compter de la date de liquidation de sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse ou à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale. Elles peuvent prévoir des garanties complémentaires en cas de décès de l'adhérent avant ou après la date de mise en service de la rente viagère, ainsi qu'en cas d'invalidité et d'incapacité.

Les droits individuels en cours de constitution relatifs aux contrats mentionnés à l'article L. 222-3 sont transférables vers un autre contrat mentionné à l'article L. 222-3, ainsi que, dans des conditions et des limites fixées par décret, vers un plan d'épargne retraite populaire défini à l'article L. 144-2 du code des assurances. Ces droits sont également transférables vers un contrat offrant les prestations mentionnées à l'article L. 222-3, mais n'ayant pas été souscrit dans le cadre de l'agrément administratif mentionné au premier alinéa de cet article. La notice d'information précise les modalités d'exercice de la clause de transférabilité. Toutefois, lorsque l'adhésion à ces contrats revêt un caractère obligatoire déterminé dans le cadre d'une des procédures mentionnées à l'article L. 911-1 de la sécurité sociale, les droits individuels relatifs à ces contrats ne sont transférables que lorsque le participant n'est plus tenu d'y adhérer.

Il est institué pour chaque contrat mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 222-3, ne relevant pas du b du 1 du I de l'article 163 quaterdecies du code général des impôts et dont le nombre des membres participants est supérieur à un seuil fixé par un arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la mutualité, un comité de surveillance chargé de veiller à la bonne exécution du contrat et à la représentation des intérêts des adhérents, et établi dans les six mois suivant le franchissement du seuil susmentionné, y compris suite à la décision mentionnée à l'article L. 143-8 du code des assurances. Le comité de surveillance est composé à part égale de représentants des salariés et des employeurs. Les membres du comité de surveillance sont tenus au secret professionnel à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par les personnes consultées dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal. Le comité peut entendre le ou les commissaires aux comptes mentionnés à l'article L. 222-8 sur les comptes mentionnés à cet article. Ils sont sur cette question déliés à son égard de l'obligation du secret professionnel.

Les deuxième et troisième alinéas ne s'appliquent ni aux contrats à prestations définies bénéficiant du régime prévu au 2° et au 2° 0 bis de l'article 83 du code général des impôts, ni à ceux entrant dans le champ d'application de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale. Ils ne s'appliquent pas non plus aux contrats ayant pour seul objet la prestation d'indemnités de départ en retraite mentionnées à l'article L. 122-14-13 du code du travail.

Article L222-5

L'agrément mentionné à l'article L. 222-3 est délivré dans les conditions prévues à l'article L. 211-7. Il ne peut être accordé qu'aux mutuelles et unions agréées pour exercer les opérations dépendant de la durée de la vie humaine, y compris les opérations collectives mentionnées à l'article L. 222-1.

Cet agrément vaut également agrément pour les activités des mutuelles ou unions en tant qu'institution de retraite professionnelle dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Article L222-6

Nonobstant les dispositions du code de commerce relatives aux comptes sociaux, la mutuelle ou union établit une comptabilité auxiliaire d'affectation pour les opérations relevant de la présente section et des opérations mentionnées à l'article L. 310-14 du code des assurances. Cette disposition peut s'appliquer individuellement à un contrat selon des conditions fixées par décret.

Les comptabilités auxiliaires d'affectation relatives à des opérations relevant du présent chapitre, mentionnées à l'article L. 222-3 et, pour les contrats relevant du b du 1 du I de l'article 163 quater viciés du code général des impôts, celles mentionnées au VII de l'article L. 144-2 du code des assurances, sont établies séparément de la comptabilité auxiliaire d'affectation mentionnée à l'alinéa précédent.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut également exiger que la mutuelle ou union établisse séparément de la comptabilité mentionnée au premier alinéa une comptabilité auxiliaire d'affectation pour les opérations mentionnées à l'article L. 310-14 du code des assurances.

Les actifs de chaque contrat sont conservés par un dépositaire unique distinct de la mutuelle ou union, qui exerce à titre principal le service mentionné au 1 de l'article L. 321-2 du code monétaire et financier, et qui peut être agréé dans un autre Etat membre ou dans autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Article L222-7

En cas d'insuffisance de représentation des engagements faisant l'objet de la comptabilité auxiliaire d'affectation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 222-6, de celle mentionnée au deuxième alinéa, ou de celle mentionnée au troisième alinéa de cet article, et sans préjudice de toute procédure qui pourrait être engagée dans le cadre du livre V, la mutuelle ou union et le ou les souscripteurs conviennent d'un plan de redressement permettant de parfaire la représentation de ces engagements par affectation d'actifs représentatifs de réserves ou de provisions autres que ceux représentatifs de ses engagements réglementés. Lorsque la représentation des engagements du ou des contrats le rend possible, les actifs affectés à ce ou ces contrats ou leur contre-valeur sont réaffectés aux autres opérations de la mutuelle ou union dans des conditions convenues entre celle-ci et le ou les souscripteurs des contrats faisant l'objet de la comptabilité auxiliaire d'affectation. En cas de désaccord entre les parties, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution détermine le montant et le calendrier d'affectation d'actifs par la mutuelle ou union.

L'élaboration du plan de redressement mentionné au premier alinéa tient compte de la situation particulière de la mutuelle ou union au titre de la comptabilité auxiliaire faisant l'objet dudit plan. Ce plan est tenu à la disposition des adhérents.

Article L222-8

La précision qu'il s'agit d'un contrat de retraite professionnelle supplémentaire relevant des dispositions de la présente section doit figurer dans le bulletin d'adhésion.

La mutuelle ou union établit et arrête, dans les mêmes conditions que ses comptes individuels, le rapport de gestion et les comptes annuels relatifs à la ou les comptabilités auxiliaires d'affectation mentionnée à l'article L. 222-6. Le ou les commissaires aux comptes de la mutuelle ou union certifient que ces comptes annuels sont réguliers et sincères. Ces documents sont remis à leur demande aux souscripteurs dans les six mois qui suivent la clôture de l'exercice précédent, et sont tenus à la disposition des membres participants et bénéficiaires.

Lors de la liquidation de ses droits, la mutuelle ou union informe chaque membre participant ou bénéficiaire, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sur le montant des prestations qui lui sont dues et sur les options de paiement correspondantes.

Pour chaque contrat, la mutuelle ou union établit et révisé au moins tous les trois ans un rapport indiquant sa politique de placement et les risques techniques et financiers y afférents. Ce rapport doit être mis à jour dans un délai de trois mois après tout changement majeur de la politique de placement. Il est remis, sur demande, au souscripteur, au membre participant et au bénéficiaire. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale précise les autres informations qui, sur demande ou périodiquement, doivent être remises aux membres participants.

Article L222-9

Sans préjudice des droits des titulaires de créances nées de la gestion de ces opérations, aucun créancier de la mutuelle ou union autre que les membres participants ou bénéficiaires au titre des opérations relevant du présent chapitre ne peut se prévaloir d'un quelconque droit sur les biens et droits résultant de l'enregistrement comptable établi en vertu du premier alinéa de l'article L. 222-6, même sur le fondement du livre VI du code de commerce, des articles 2331 et 2375 du code civil, des articles L. 310-25, L. 326-2 à L. 327-6 et L. 441-8 du code des assurances, de l'article L. 932-24 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 212-23 du code de la mutualité.

Sous réserve de l'article L. 222-7, les membres participants ou bénéficiaires au titre des opérations relevant du présent chapitre et de l'article L. 310-14 du code des assurances ne peuvent se prévaloir d'un quelconque droit sur les biens et droits résultant des autres opérations de la mutuelle ou union, même sur le fondement du livre VI du code de commerce, des articles 2331 et 2375 du code civil, des articles L. 310-25, L. 326-2 à L. 327-6 et L. 441-8 du code des assurances, de l'article L. 932-24 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 212-23 du code de la mutualité.

Article L222-10

L'institution peut, dans les conditions mentionnées à l'article L. 143-8 du code des assurances, soumettre au présent chapitre tout contrat offrant les prestations mentionnées à l'article L. 222-3, mais n'ayant pas été souscrit dans le cadre de l'agrément administratif mentionné au premier alinéa de cet article.

Article L222-11

Les mutuelles ou unions peuvent proposer des services d'institutions de retraite professionnelle sur le territoire d'un autre Etat membre de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans les conditions fixées à l'article L. 310-14 du code des assurances.

Un décret en Conseil d'Etat précise les règles techniques et de garantie applicables aux opérations mentionnées à l'article L. 222-3, ainsi que les conditions d'application des articles L. 222-3 à L. 222-9, et notamment les modalités de constitution et de fonctionnement du comité de surveillance.

Chapitre III : Opérations qui dépendent de la durée de la vie humaine et opérations de capitalisation.

Section 1 : Dispositions générales.

Article L223-1

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent aux opérations des mutuelles et des unions mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1.

Article L223-2

En matière d'assurance sur la vie, les sommes garanties et les conditions d'affectation des excédents techniques et financiers sont fixées par le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif.

En matière d'assurance sur la vie ou d'opérations de capitalisation, le capital ou la rente garantis peuvent être exprimés en unités de compte constituées de valeurs mobilières ou d'actifs offrant une protection suffisante de l'épargne investie et figurant sur une liste dressée par décret en Conseil d'Etat. Le membre participant ou le bénéficiaire obtient le règlement en espèces ; il peut cependant opter pour la remise de titres ou de parts lorsque ceux-ci sont négociables et ne confèrent pas directement le droit de vote à l'assemblée générale des actionnaires d'une société inscrite à la cote officielle d'un marché réglementé de valeurs mobilières.

Article L223-3

La vie d'une personne peut être assurée par elle-même ou par un tiers.

Plusieurs personnes peuvent contracter une assurance réciproque sur la tête de chacune d'elles par un seul et même acte.

Article L223-4

L'assurance en cas de décès contractée par un membre honoraire sur la tête du membre participant est nulle si ce dernier n'y a pas donné son consentement par écrit avec indication du capital ou de la rente initialement garantis. Ce consentement est également requis en cas de modification du capital ou de la rente garantis.

Le consentement du membre participant doit, à peine de nullité, être donné par écrit, pour toute cession ou constitution de gage et pour transfert du bénéfice de la garantie souscrite sur sa tête par un membre honoraire.

Les dispositions du premier alinéa du présent article ne s'appliquent pas aux opérations collectives à adhésion obligatoire.

Article L223-5

L'assurance en cas de décès ne peut être contractée sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

Toute adhésion réalisée en violation de cette prohibition est nulle.

La nullité est prononcée sur la demande de la mutuelle ou de l'union, du cotisant, du représentant de l'incapable ou de l'intéressé.

Les cotisations payées doivent être intégralement restituées.

La mutuelle ou l'union et le cotisant sont en outre passibles, pour chaque garantie octroyée sciemment en violation de cette interdiction, de 4 500 euros d'amende.

Ces dispositions ne mettent pas obstacle, dans l'assurance en cas de décès, au remboursement du capital ou des rentes versées en exécution d'une garantie en cas de vie souscrite sur la tête d'une des personnes mentionnées au premier alinéa.

Article L223-6

Par dérogation aux articles L. 223-4 et L. 223-5, le représentant légal d'un majeur en tutelle peut adhérer au nom de celui-ci à un contrat collectif afférent au risque décès conclu pour l'exécution d'une convention de travail ou d'un accord d'entreprise, d'un accord ratifié par la majorité des intéressés ou d'une décision unilatérale de l'employeur.

Article L223-7

Une garantie en cas de décès ne peut être contractée sur la tête d'un mineur parvenu à l'âge de douze ans par une personne autre que celui de ses parents qui est investi de l'autorité parentale, son tuteur ou son curateur sans l'autorisation de l'un de ceux-ci.

Cette autorisation ne dispense pas du consentement personnel du mineur.

A défaut de cette autorisation et de ce consentement, la nullité de la garantie est prononcée à la demande de tout intéressé.

Article L223-7-1

Lorsqu'une tutelle a été ouverte à l'égard du stipulant, la souscription ou le rachat d'un contrat d'assurance sur la vie ainsi que la désignation ou la substitution du bénéficiaire ne peuvent être accomplis qu'avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué. Après l'ouverture d'une curatelle, ces mêmes actes ne peuvent être accomplis qu'avec l'assistance du curateur.

Pour l'application du premier alinéa, lorsque le bénéficiaire du contrat d'assurance sur la vie est le curateur ou le tuteur, il est réputé être en opposition d'intérêts avec la personne protégée.

L'acceptation du bénéfice d'un contrat d'assurance sur la vie conclu moins de deux ans avant la publicité du jugement d'ouverture de la curatelle ou de la tutelle du stipulant peut être annulée sur la seule preuve que l'incapacité était notoire ou connue du cocontractant à l'époque où les actes ont été passés.

Article L223-8

Tout membre participant qui a signé un bulletin d'adhésion auprès d'une mutuelle ou par l'intermédiaire de celle-ci auprès d'une union a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Le bulletin d'adhésion ou le contrat doit comporter un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation. Il doit indiquer, notamment, pour les garanties qui en comportent, les valeurs de rachat ou, pour les bulletins d'adhésion ou les contrats en cas de vie dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle et notamment, pour les plans d'épargne retraite populaire créés à l'article L. 144-2 du code des assurances, les valeurs de transfert ainsi que, dans le même tableau, la somme des cotisations versées au terme de chacune des huit premières années au moins. Le bulletin d'adhésion ou le contrat indique les valeurs minimales et explique le mécanisme de calcul des valeurs de rachat ou de transfert lorsque celles-ci ne peuvent être établies. La mutuelle ou l'union doit, en outre, remettre, contre récépissé, une note d'information sur les dispositions essentielles des règlements incluant, lorsque le contrat comporte des garanties exprimées en unités de compte, les caractéristiques principales de ces unités de compte, sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation.

Pour les opérations collectives facultatives, la note précise que les droits et obligations du membre participant peuvent être modifiés par des avenants aux bulletins d'adhésion ou contrats. Les modalités d'adoption de ces avenants par l'employeur ou la personne morale souscriptrice sont communiquées par ce dernier aux membres participants.

De plus, il est inséré en début de note un encadré indiquant en caractères très apparents la nature du contrat. L'encadré comporte en particulier le regroupement des frais dans une même rubrique, les garanties offertes, la disponibilité des sommes en cas de rachat, la participation aux bénéfices, ainsi que les modalités de désignation du bénéficiaire. Un arrêté du ministre chargé de la mutualité, pris après avis de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, fixe le format de cet encadré ainsi que, de façon limitative, son contenu.

Le défaut de remise des documents et informations énumérés au deuxième alinéa entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu au premier alinéa jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de huit ans à compter de la date où l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet.

La renonciation entraîne la restitution, par la mutuelle ou l'union, de l'intégralité des sommes versées par le cotisant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Toutefois, les dispositions qui précèdent ne s'appliquent pas aux bulletins d'adhésion ou contrats d'une durée maximum de deux mois.

Un arrêté du ministre chargé de la mutualité précise les modalités d'application de ces dispositions.

Article L223-9

La garantie en cas de décès est de nul effet si le membre participant se donne volontairement la mort au cours de la première année de l'adhésion ou du contrat collectif.

La garantie en cas de décès doit couvrir le risque de suicide à compter de la deuxième année du contrat. En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, le risque de suicide, pour les garanties supplémentaires, est couvert à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation.

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables aux opérations collectives obligatoires des mutuelles et des unions.

L'assurance en cas de décès doit couvrir dès leur souscription, dans la limite d'un plafond qui sera défini par décret, les opérations collectives obligatoires des mutuelles et des unions ayant pour objet de garantir le remboursement d'un prêt contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'assuré.

Article L223-10

Le capital ou la rente garantie sont payables lors du décès du membre participant à un ou plusieurs bénéficiaires déterminés.

Est considérée comme faite au profit de bénéficiaires déterminés la stipulation par laquelle le bénéfice de la garantie est attribué à une ou plusieurs personnes qui, sans être nommément désignées, sont suffisamment définies dans cette stipulation pour être identifiées au moment de l'exigibilité du capital ou de la rente garantis.

Est notamment considérée comme remplissant cette condition la désignation comme bénéficiaires des personnes suivantes :

- les enfants nés ou à naître de l'adhérent ou de toute autre personne désignée ;
- les héritiers ou ayants droit du membre participant ou d'un bénéficiaire décédé.

L'assurance faite au profit du conjoint profite à la personne qui a cette qualité au moment de l'exigibilité.

Les héritiers, ainsi désignés, ont droit au bénéfice de l'assurance en proportion de leurs parts héréditaires. Ils conservent ce droit en cas de renonciation à la succession.

En l'absence de désignation d'un bénéficiaire dans le bulletin d'adhésion ou à défaut d'acceptation par le bénéficiaire, le cotisant a le droit de désigner un bénéficiaire ou de substituer un bénéficiaire à un autre. Cette désignation ou cette substitution ne peut être opérée, à peine de nullité, qu'avec l'accord du membre participant, lorsque celui-ci n'est pas le cotisant. Cette désignation ou cette substitution peut être réalisée soit par la modification du bulletin d'adhésion, soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du code civil, soit par voie testamentaire.

Lorsque la mutuelle ou l'union est informée du décès du membre participant, elle est tenue de rechercher le bénéficiaire et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son profit.

Article L223-10-1

Le bulletin d'adhésion comporte une information sur les conséquences de la désignation du ou des bénéficiaires et sur les modalités de cette désignation. Il précise que la clause bénéficiaire peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Toute personne physique ou morale peut demander par lettre à un ou plusieurs organismes professionnels représentatifs, habilités à cet effet par arrêté du ministre chargé de la mutualité, à être informée de l'existence d'une stipulation effectuée à son bénéfice dans une police souscrite par une personne physique dont elle apporte, par tout moyen, la preuve du décès.

Dans les quinze jours suivant la réception de la lettre mentionnée à l'alinéa précédent, l'organisme transmet cette demande aux mutuelles ou unions agréées pour exercer les opérations d'assurance dépendant de la durée de la vie humaine. Lorsque la personne morale ou physique mentionnée au deuxième alinéa est désignée dans une police comme bénéficiaire, ces mutuelles ou unions disposent d'un délai d'un mois pour l'informer de l'existence d'un capital ou d'une rente garantis payables à son bénéfice.

Article L223-10-2

I. # Les mutuelles et unions ayant pour objet la réalisation d'opérations d'assurance mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 s'informent, au moins chaque année, dans les conditions prévues au II du présent article, du décès éventuel de l'assuré.

II. # Les organismes professionnels mentionnés à l'article L. 223-10-1 sont autorisés à consulter les données figurant au répertoire national d'identification des personnes physiques et relatives au décès des personnes qui y sont inscrites. Les mutuelles et unions mentionnées au I obtiennent de ces organismes professionnels communication de ces données en vue d'effectuer des traitements de données nominatives. Ces traitements ont pour objet la recherche des membres participants et bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie décédés.

Article L223-10-3

Les organismes professionnels mentionnés à l'article L. 223-10-1 publient chaque année un bilan de l'application des articles L. 223-10-1 et L. 223-10-2, qui comporte le nombre et l'encours des contrats d'assurance sur la vie, souscrits auprès de leurs membres, répondant à des critères fixés par arrêté du ministre chargé de l'économie, dont les capitaux ou les rentes dus n'ont pas été versés au bénéficiaire.

Article L223-11

I. Sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 223-7-1, la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de la garantie est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci, effectuée dans les conditions prévues au II du présent article. Pendant la durée de l'opération d'assurance, après acceptation du bénéficiaire, le stipulant ne peut exercer sa faculté de rachat et la mutuelle ou l'union ne peut lui consentir d'avance sans l'accord du bénéficiaire.

Tant que l'acceptation n'a pas eu lieu, le droit de révoquer cette stipulation n'appartient qu'au stipulant et ne peut être exercé de son vivant ni par ses créanciers ni par ses représentants légaux. Lorsqu'une tutelle a été ouverte à l'égard du stipulant, la révocation ne peut intervenir qu'avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Ce droit de révocation ne peut être exercé, après la mort du cotisant, par ses héritiers qu'après l'exigibilité de la somme assurée et au plus tôt trois mois après que le bénéficiaire de la garantie a été mis en demeure, par acte extrajudiciaire, d'avoir à déclarer s'il accepte.

L'attribution à titre gratuit du bénéfice d'une assurance sur la vie à une personne déterminée est présumée faite sous la condition de l'existence du bénéficiaire à l'époque de l'exigibilité du capital ou de la rente garantis, à moins que le contraire ne résulte des termes de la stipulation.

II. Tant que le membre participant et le stipulant sont en vie, l'acceptation est faite par un avenant signé de la mutuelle ou de l'union, du stipulant et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du stipulant et du bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet à l'égard de la mutuelle ou de l'union que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où le stipulant est informé que le contrat d'assurance est conclu.

Après le décès du membre participant ou du stipulant, l'acceptation est libre.

Article L223-12

Lorsque l'assurance en cas de décès a été conclue sans désignation d'un bénéficiaire, le capital ou la rente garantis font partie du patrimoine ou de la succession du membre participant.

Article L223-13

Le capital ou la rente stipulés payables lors du décès du membre participant à un bénéficiaire déterminé ou à ses héritiers ne font pas partie de la succession du membre participant. Le bénéficiaire, quelles que soient la forme et la date de sa désignation, est réputé y avoir eu seul droit à partir du jour de la signature de l'adhésion à la garantie ou du contrat collectif, même si son acceptation est postérieure à la mort du membre participant.

Article L223-14

Le capital ou la rente payables au décès du membre participant à un bénéficiaire déterminé ne sont soumis ni aux règles du rapport à succession, ni à celles de la réduction pour atteinte à la réserve des héritiers du cotisant.

Ces règles ne s'appliquent pas non plus aux sommes versées par l'adhérent à titre de cotisations, à moins que celles-ci n'aient été manifestement exagérées eu égard à ses facultés.

Article L223-15

Sous réserve des dispositions des articles L. 263-0 A et L. 273 A du livre des procédures fiscales, de l'article L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales et du II de l'article 128 de la loi n° 2004-1485 du 30 décembre 2004 de finances rectificative pour 2004, le capital ou la rente garantis au profit d'un bénéficiaire déterminé ne peuvent être réclamés par les créanciers du cotisant. Ces derniers ont seulement droit au remboursement des cotisations, dans le cas indiqué par le second alinéa de l'article L. 223-14, en vertu soit de l'article 1167 du code civil, soit des articles L. 621-107 et L. 621-108 du code de commerce.

Article L223-16

Tout bénéficiaire peut, après avoir accepté la stipulation faite à son profit et si la cessibilité de ce droit a été expressément prévue ou avec le consentement du cotisant et de l'assuré s'ils sont distincts, transmettre lui-même le bénéfice de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif, par une cession dans la forme de l'article 1690 du code civil.

Article L223-17

Le bénéfice de l'assurance contractée par un époux commun en biens en faveur de son conjoint constitue un bien propre pour celui-ci.

Aucune récompense n'est due à la communauté en raison des cotisations payées par elle, sauf dans les cas spécifiés au second alinéa de l'article L. 223-14.

Article L223-18

Dans le cas de réticence ou fausse déclaration mentionné à l'article L. 221-14 et dans le cas où le membre participant s'est donné volontairement la mort au cours du délai mentionné à l'article L. 223-9 ou lorsque le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif exclut la garantie du décès en raison de la cause de celui-ci, la mutuelle ou l'union verse au membre participant ou, en cas de décès de celui-ci, au bénéficiaire une somme égale à la provision mathématique de la garantie.

Article L223-19

La mutuelle ou l'union n'a pas d'action pour exiger le paiement des cotisations.

Lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, la mutuelle ou l'union adresse au débiteur de la cotisation une lettre recommandée par laquelle elle l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de l'envoi de cette lettre le défaut de paiement à la mutuelle ou à l'union de la cotisation ou fraction de cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai entraîne soit la fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat collectif en cas d'inexistence ou d'insuffisance de valeur de rachat, soit la réduction des garanties.

L'envoi de la lettre recommandée par la mutuelle ou l'union rend la cotisation portable dans tous les cas.

Le défaut de paiement d'une cotisation au titre d'un contrat collectif ou d'un règlement prévoyant des garanties de capitalisation ne peut avoir pour sanction que la suspension ou la résiliation pure et simple du contrat et, dans ce dernier cas, la mise à la disposition du porteur de la valeur de rachat que ladite garantie a éventuellement acquise.

Article L223-19-1

L'opération d'assurance comportant des valeurs de rachat précise les conditions dans lesquelles, en cas de décès, la revalorisation du capital garanti intervient à compter au plus tard du premier anniversaire du décès du membre participant jusqu'à la réception des pièces mentionnées à l'article L. 223-22-1.

Article L223-20

Le bulletin d'adhésion ou le contrat précise les modalités de calcul de la valeur de rachat ou de la valeur de transfert et, le cas échéant, de la valeur de réduction. Pour le calcul de la valeur de réduction, il ne peut être prévu d'imputer sur la provision mathématique du contrat une indemnité de réduction.

Dans la limite de la valeur de rachat, la mutuelle ou l'union peut consentir des avances au membre participant.

En cas de demande de rachat du contrat par un membre participant, la mutuelle ou l'union lui verse la valeur de rachat du contrat dans un délai qui ne peut excéder deux mois.

En cas de demande de transfert du contrat par un membre participant, la mutuelle ou l'union verse à l'organisme d'assurance gestionnaire du plan d'accueil la valeur de transfert du plan d'épargne retraite populaire dans un délai et selon des modalités fixées par décret.

Au-delà des délais mentionnés aux deux alinéas précédents, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Article L223-21

La mutuelle ou l'union communique chaque année au membre adhérent dont les capitaux garantis sont égaux ou supérieurs à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la mutualité :

-le montant de la valeur de rachat ou la valeur de transfert de son plan d'épargne retraite populaire tel que défini à l'article L. 144-2 du code des assurances ;

-le cas échéant, le montant de la valeur de réduction ;

-le montant des capitaux et des rentes garantis ;

-le rendement garanti, la participation aux excédents ainsi que le taux moyen de rendement des actifs détenus en représentation des engagements au titre des garanties de même catégorie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité ;

-et, pour les règlements dont les garanties sont exprimées en unités de compte, les valeurs de ces unités de compte, leur évolution annuelle à compter de la souscription du contrat et les modifications significatives affectant chaque unité de compte. Ces modifications sont précisées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Ces montants ne peuvent tenir compte de participations aux excédents qui ne seraient pas attribuées à titre définitif.

La mutuelle ou l'union indique en termes précis et clairs dans cette communication ce que signifient les opérations de rachat, de transfert et de réduction et quelles sont leurs conséquences légales et contractuelles.

Lorsque les capitaux garantis sont inférieurs au montant défini au premier alinéa, les informations définies au présent article sont communiquées pour une année donnée au membre adhérent qui en fait la demande.

Pour les garanties liées à la cessation d'activité professionnelle, la mutuelle ou l'union fournit, dans cette communication, une estimation du montant de la rente viagère qui serait versée au membre adhérent à partir de ses droits personnels. Elle précise, le cas échéant, les conditions dans lesquelles le membre adhérent peut demander le transfert de sa garantie auprès d'une autre mutuelle, d'une entreprise d'assurance ou d'une institution de prévoyance. Un arrêté précise les conditions d'application du présent alinéa.

La garantie fait référence à l'obligation d'information prévue aux alinéas précédents.

Article L223-22

Les assurances temporaires en cas de décès ainsi que les rentes viagères immédiates ou en cours de service ne peuvent comporter ni réduction ni rachat. Les assurances de capitaux de survie et de rente de survie, les assurances en cas de vie sans contre-assurance et les rentes viagères différées sans contre-assurance ne peuvent comporter de rachat.

Les contrats collectifs souscrits à l'occasion d'opérations collectives en cas de vie dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle ne comportent pas de possibilité de rachat. Toutefois, ces contrats collectifs doivent prévoir une possibilité de rachat intervenant lorsque se produisent l'un ou plusieurs des événements suivants :

1° Expiration des droits du membre participant aux allocations de chômage prévues par le code du travail en cas de licenciement ;

2° Cessation d'activité non salariée du membre participant à la suite d'un jugement de liquidation judiciaire en application du titre IV du livre VI du code de commerce ou toute situation justifiant ce rachat selon le président du tribunal de commerce auprès duquel est instituée une procédure de conciliation telle que visée à l'article L. 611-4 du code de commerce, qui en effectue la demande avec l'accord du membre adhérent ;

3° Invalidité du membre participant correspondant au classement dans les deuxième ou troisième catégories prévues à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale ;

4° Décès du conjoint ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

5° Situation de surendettement de l'adhérent définie à l'article L. 330-1 du code de la consommation, sur demande adressée à l'assureur, soit par le président de la commission de surendettement des particuliers, soit par le juge lorsque le déblocage des droits individuels résultant de ces contrats paraît nécessaire à l'apurement du passif de l'intéressé.

Les contrats collectifs souscrits à l'occasion d'opérations collectives à adhésion obligatoire ou facultative en cas de vie dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle doivent comporter une clause de transférabilité.

Pour les autres assurances sur la vie et pour les opérations de capitalisation, la mutuelle ou l'union ne peut refuser la réduction ou le rachat.

La mutuelle ou l'union peut d'office substituer le rachat à la réduction si la valeur de rachat est inférieure à un montant fixé par décret.

Article L223-22-1

Après le décès du membre participant ou au terme prévu par le contrat ou le bulletin d'adhésion et à compter de la réception des pièces nécessaires au paiement, la mutuelle ou l'union verse, dans un délai qui ne peut excéder un mois, le capital ou la rente garantis au bénéficiaire de l'opération d'assurance sur la vie. Au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Article L223-23

Le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort au membre participant ou au souscripteur du contrat.

Le montant de la provision mathématique doit être versé par la mutuelle ou l'union à l'adhérent ayant versé les cotisations au membre participant ou à ses ayants cause, à moins qu'ils ne soient condamnés comme auteurs ou complices de l'homicide volontaire du membre participant ou du souscripteur du contrat.

Si le bénéficiaire a tenté de donner la mort à l'adhérent ayant versé ses cotisations, celui-ci a le droit de révoquer l'attribution du bénéfice de l'assurance, même si le bénéficiaire avait déjà accepté la stipulation faite à son profit.

Article L223-24

Lorsque la mutuelle ou l'union n'a pas eu connaissance de la désignation d'un bénéficiaire, par testament ou autrement, ou de l'acceptation d'un autre bénéficiaire ou de la révocation d'une désignation, le paiement du capital ou de la rente garantis fait à celui qui, sans cette désignation, cette acception ou cette révocation, y aurait eu droit, est libératoire pour la mutuelle ou l'union de bonne foi.

Article L223-25

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 221-14, l'erreur sur l'âge du membre participant n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve, lors de l'adhésion ou de la signature du contrat collectif, en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les règlements de la mutuelle ou de l'union.

Dans tout autre cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable du membre participant. Si, au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge du membre participant, une cotisation trop forte a été payée, la mutuelle ou l'union est tenue de restituer la portion de cotisation qu'elle a reçue en trop sans intérêt.

Article L223-25-1

Les mutuelles ou unions peuvent proposer les opérations mentionnées au chapitre IV du titre IV du livre Ier du code des assurances, dans les conditions fixées par ledit chapitre.

Article L223-25-2

Toutes les informations, y compris les communications à caractère promotionnel, relatives à une opération sur la vie ou à une opération de capitalisation présentent un contenu exact, clair et non trompeur. Les communications à caractère promotionnel sont clairement identifiées comme telles.

Article L223-25-3

I. # Avant la conclusion d'une opération individuelle comportant des valeurs de rachat, d'une opération de capitalisation, ou avant l'adhésion à une opération collective mentionnée à l'article L. 223-1 ou à l'article L. 222-1, la mutuelle ou l'union régie par les dispositions du livre II ou tout intermédiaire au sens des articles L. 116-1 et suivants, précise les exigences et les besoins exprimés par le souscripteur ou l'adhérent ainsi que les raisons qui motivent le conseil fourni quant à une garantie déterminée. Ces précisions, qui reposent en particulier sur les éléments d'information communiqués par le souscripteur ou l'adhérent concernant sa situation financière et ses objectifs de souscription, sont adaptées à la complexité de l'opération d'assurance ou de capitalisation proposée.

Pour l'application de l'alinéa précédent, la mutuelle ou l'union régie par les dispositions du livre II s'enquiert auprès du souscripteur ou de l'adhérent de ses connaissances et de son expérience en matière financière et tient compte de tous autres éléments que celui-ci a portés à sa connaissance.

Lorsque le souscripteur ou l'adhérent ne donne pas les informations mentionnées aux deux premiers alinéas, la mutuelle ou l'union, régie par les dispositions du livre II, les met en garde préalablement à la souscription de la garantie.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du I.

II. # Les dispositions du I ne sont pas applicables à la mutuelle ou l'union lorsque la conclusion du contrat ou l'adhésion à celui-ci est faite sur présentation, proposition ou avec l'aide d'un intermédiaire mentionné à l'article L. 116-1.

Section 2 : Dispositions particulières à certaines opérations collectives vie.

Article L223-26

Pour les bulletins d'adhésion ou contrats collectifs correspondant à une opération collective autres que ceux qui sont régis par le titre Ier de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et pour les contrats collectifs de capitalisation, la personne morale est, tant pour les adhésions au contrat que pour l'exécution de celui-ci, réputée agir, à l'égard du membre participant ou du bénéficiaire, en tant que mandataire de la mutuelle ou de l'union auprès de laquelle le contrat a été souscrit, à l'exception des actes dont le membre participant ou le bénéficiaire a été préalablement informé, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité, que le souscripteur n'a pas le pouvoir de les accomplir.

En cas de dissolution ou de liquidation de l'organisme souscripteur, le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif se poursuit de plein droit entre la mutuelle ou l'union et les personnes antérieurement adhérentes au contrat collectif.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle, souscrites par une entreprise ou un groupe d'entreprises au profit de leurs salariés ou par un groupement professionnel représentatif d'entreprises au profit des salariés de celles-ci ou par une organisation représentative d'une profession non salariée ou d'agents d'une collectivité publique au profit de ses membres. Elles ne s'appliquent pas non plus aux contrats collectifs souscrits par un établissement de crédit ou une société de financement, ayant pour objet la garantie de remboursement d'un emprunt.

Section 3 : Dispositions particulières aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine comportant une clause de rachat.

Article L223-27

Les dispositions des articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-10, L. 221-10-1, L. 221-14 et L. 221-15 ne s'appliquent pas aux opérations de capitalisation et aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine.

Les dispositions de l'article L. 221-17 ne s'appliquent pas aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine.

Article L223-28

I. # Pour les opérations à adhésion facultative, la notice remise par le souscripteur à l'adhérent lors de l'adhésion inclut, outre les informations mentionnées à l'article L. 221-6 :

- a) La dénomination sociale et les coordonnées du souscripteur ;
- b) Les stipulations essentielles de la convention ;
- c) La mention que les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants à ladite convention ainsi que les modalités d'adoption de ces avenants par le souscripteur ;
- d) Les conditions d'exercice de la faculté de renonciation ainsi qu'un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation ;
- e) Les modalités de la conversion de la convention en rentes viagères selon les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité ;

Un arrêté du même ministre précise les informations qui doivent figurer dans cette notice, notamment au regard des stipulations essentielles de la convention.

II. # Pour les opérations à adhésion facultative, le défaut de remise de la notice prévue au I du présent article entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L. 223-8.

III. # Pour les opérations à adhésion facultative, lorsque les droits acquis par l'adhérent sont représentés par une provision mathématique théorique égale ou supérieure à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la mutualité, le souscripteur est tenu de communiquer, chaque année, à l'adhérent les informations suivantes :

- a) Le montant de la cotisation de l'adhésion ;
- b) Les valeurs d'acquisition de l'unité de rente ;
- c) Le montant total des droits acquis exprimés en nombre d'unité de rente ;
- d) La valeur de service de l'unité de rente à un âge déterminé et son évolution depuis l'année précédente, ainsi que les coefficients de surcote et de décote correspondant à une liquidation différée ou anticipée par rapport à l'âge de référence ;
- e) Lorsque la convention prévoit une réduction du nombre d'unités de rente en cas de cessation du paiement des primes ou cotisations, les conditions de cette réduction et le nombre d'unités de rente qui en résulte ;
- f) Pour les opérations dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle, le montant de la valeur de transfert.

Il est également indiqué que les comptes de la convention sont tenus à la disposition de l'adhérent sur simple demande.

Section 4 : Effet sur les contrats d'assurance sur la vie de la confiscation pénale.

Article L223-29

La décision définitive de confiscation d'une somme ou d'une créance figurant sur un contrat d'assurance sur la vie, prononcée par une juridiction pénale, entraîne de plein droit la résolution judiciaire du contrat et le transfert des fonds confisqués à l'Etat.

Chapitre IV : Dispositions particulières à l'assurance de protection juridique et aux remboursements de frais de soins de santé.

Section 1 : Protection juridique.

Article L224-1

Est une opération d'assurance de protection juridique toute opération consistant, moyennant le paiement d'une cotisation préalablement convenue, à prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de cette couverture en cas de différend ou de litige opposant le membre participant à un tiers, en vue notamment de défendre ou de représenter en demande le membre participant dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre, ou contre une réclamation dont il est l'objet, ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi.

Article L224-2

L'assurance de protection juridique fait l'objet d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat distinct de celui qui est établi pour les autres branches ou d'un chapitre distinct d'un contrat unique avec indication du contenu de l'assurance de protection juridique et de la cotisation correspondante.

Article L224-2-1

Est considéré comme sinistre, au sens du présent chapitre, le refus qui est opposé à une réclamation dont le membre participant est l'auteur ou le destinataire.

Article L224-2-2

Les consultations ou les actes de procédure réalisés avant la déclaration du sinistre ne peuvent justifier la déchéance de la garantie. Toute clause contraire est réputée non écrite.

Cependant, ces consultations et ces actes ne sont pas pris en charge par la mutuelle ou l'union, sauf si le membre participant peut justifier d'une urgence à les avoir demandés.

Article L224-2-3

Le membre participant doit être assisté ou représenté par un avocat lorsque la mutuelle, l'union ou lui-même est informé de ce que la partie adverse est défendue dans les mêmes conditions.

Article L224-3

Tout contrat d'assurance de protection juridique stipule explicitement que, lorsqu'il est fait appel à un avocat ou à toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour défendre, représenter ou servir les intérêts du membre participant, dans les circonstances prévues à l'article L. 224-1, le membre participant a la liberté de le choisir.

Le contrat stipule également que le membre participant a la liberté de choisir un avocat ou, s'il le préfère, une personne qualifiée pour l'assister, chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre lui-même et la mutuelle ou l'union.

Aucune clause du contrat ne doit porter atteinte, dans les limites de la garantie, au libre choix ouvert au membre participant par les deux alinéas précédents.

La mutuelle ou l'union ne peut proposer le nom d'un avocat au membre participant sans demande écrite de sa part.

Article L224-4

Le contrat d'assurance de protection juridique stipule qu'en cas de désaccord entre la mutuelle ou l'union et le membre participant au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties, ou à défaut par le président du tribunal de grande instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour l'exercice de cette faculté sont à la charge de la mutuelle ou de l'union. Toutefois, le président du tribunal de grande instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque le membre participant a mis en oeuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si le membre participant a engagé à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par la mutuelle ou l'union ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, la mutuelle ou l'union l'indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite du montant de la garantie.

Lorsque la procédure prévue au premier alinéa du présent article est mise en oeuvre, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie d'assurance de protection juridique et que l'assuré est susceptible d'engager en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur.

Article L224-5

En cas de conflit d'intérêts entre la mutuelle ou l'union et le membre participant ou de désaccord quant au règlement du litige, la mutuelle ou l'union informe le membre participant du droit mentionné à l'article L. 224-3 et de la possibilité de recourir à la procédure mentionnée à l'article L. 224-4.

Article L224-5-1

Les honoraires de l'avocat sont déterminés entre ce dernier et son client, sans pouvoir faire l'objet d'un accord avec la mutuelle ou l'union.

Article L224-6

Les personnes qui ont à connaître des informations données par le membre participant pour les besoins de sa cause, dans le cadre d'un contrat d'assurance de protection juridique, sont tenues au secret professionnel, dans les conditions et sous les peines fixées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Article L224-7

Les mutuelles ou unions qui pratiquent l'assurance de protection juridique peuvent opter pour l'une des modalités de gestion suivantes :

a) Soit les membres du personnel chargés de la gestion des remboursements de la branche protection juridique ou de conseils juridiques relatifs à cette gestion ne peuvent exercer en même temps une activité semblable dans une autre branche pratiquée par la mutuelle ou l'union qui les emploie, ni dans une autre mutuelle ou union ayant avec ces dernières des liens financiers ou administratifs ;

b) Soit les remboursements de la branche " protection juridique " sont confiés à une mutuelle ou union juridiquement distincte.

Si elles ne font pas ce choix, alors le contrat d'assurance de protection juridique doit prévoir le droit, pour tout membre participant ou ayant droit, de confier la défense de ses intérêts, dès qu'il est en droit de réclamer l'intervention de l'assurance au titre du contrat, à un avocat ou à une personne qualifiée de son choix.

Article L224-7-1

Le contrat d'assurance de protection juridique stipule que toute somme obtenue en remboursement des frais et des honoraires exposés pour le règlement du litige bénéficie par priorité au membre participant pour les dépenses restées à sa charge et, subsidiairement, à la mutuelle ou à l'union, dans la limite des sommes qu'elle a engagées.

Section 2 : Principe indemnitaire.

Article L224-8

Les opérations relatives au remboursement de frais de soins, à la protection juridique et à l'assistance ont un caractère indemnitaire ; l'indemnité due par la mutuelle ou par l'union ne peut excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant au moment du sinistre.

Article L224-9

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8, la mutuelle ou l'union est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La mutuelle ou l'union ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, la mutuelle ou l'union est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Chapitre V : Loi applicable aux contrats pour les risques situés dans un ou plusieurs Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et pour les engagements qui y sont pris.

Section 1 : Dispositions applicables aux opérations relatives à la couverture de risques de dommages corporels liés aux accidents, à la maladie, à la protection juridique, à l'assistance, au chômage et à la caution mutualiste.

Article L225-1

Les dispositions de la présente section s'appliquent aux opérations des mutuelles et des unions mentionnées aux a, c, d et e du 1° du I de l'article L. 111-1.

Article L225-2

I. - Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L. 225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française, et que le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L. 225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française, et que le souscripteur du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française, et que le risque n'y

est pas situé au sens de l'article L. 225-3, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

II. - On entend par souscripteur, pour l'application du I ci-dessus :

- a) Le membre participant, s'il s'agit d'une opération individuelle ;
- b) L'employeur ou la personne morale souscriptrice, s'il s'agit d'une opération collective.

Article L225-3

Est regardé comme Etat de situation du risque :

- a) L'Etat où le bulletin d'adhésion a été signé ou le contrat souscrit s'il s'agit d'un contrat d'une durée inférieure ou égale à quatre mois et relatif à des risques encourus au cours d'un déplacement, quelle que soit la branche dont relèvent ces risques ;
- b) Dans les autres cas, l'Etat dans lequel le membre participant a sa résidence principale, s'il s'agit d'une opération individuelle, ou bien l'Etat où est situé l'établissement de l'employeur ou de la personne morale contractante auquel le contrat se rapporte, s'il s'agit d'une opération collective à adhésion obligatoire ou à adhésion facultative.

Article L225-4

Lorsque les parties ont à exercer le choix de la loi applicable dans l'un des cas prévus par l'article L. 225-2, ce choix doit être exprès ou résulter de façon certaine des clauses du contrat ou des circonstances de la cause.

A défaut, le contrat est régi par la loi de celui, parmi les pays qui entrent en ligne de compte aux termes de l'article L. 225-2, avec lequel il présente les liens les plus étroits. Il est présumé que le contrat présente les liens les plus étroits avec l'Etat membre de la Communauté européenne ou l'Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen où le risque est situé. Si une partie du contrat est séparable du reste du contrat et présente un lien plus étroit avec un autre des pays qui entrent en ligne de compte conformément à l'article L. 225-2, il pourra être fait application à cette partie du contrat de la loi de cet autre pays.

Article L225-5

Les articles L. 225-2 et L. 225-4 ne peuvent faire obstacle aux dispositions d'ordre public de la loi française applicables quelle que soit la loi régissant le contrat.

Toutefois, le juge peut donner effet sur le territoire de la République française aux dispositions d'ordre public de la loi de l'Etat membre de la Communauté européenne ou de l'Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen où le risque est situé ou qui impose l'obligation d'assurance, si, selon le droit de ces pays, ces dispositions sont applicables quelle que soit la loi régissant le contrat.

Lorsque le bulletin d'adhésion ou le contrat couvre des risques situés dans plusieurs Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, le contrat est considéré, pour l'application du présent article, comme constituant plusieurs contrats dont chacun ne se rapporte qu'à un seul Etat.

Article L225-6

Sous réserve des dispositions des articles L. 225-2 à L. 225-5 et pour le surplus, les règles générales de droit international privé en matière d'obligations contractuelles sont applicables.

Section 2 : Dispositions applicables aux opérations de capitalisation et à la couverture de risques liés à la personne et à la durée de la vie humaine à l'exception de celles visées à la section 1.

Article L225-7

Les dispositions de la présente section s'appliquent aux opérations des organismes mutualistes mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1.

Article L225-8

Lorsque l'engagement est pris, au sens de l'article L. 225-9, sur le territoire de la République française, la loi applicable au contrat est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Toutefois, lorsque le membre participant signe lui-même le bulletin d'adhésion ou souscrit lui-même le contrat et est ressortissant d'un autre Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, les parties au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi de l'Etat dont le membre participant est ressortissant.

Article L225-9

L'Etat de l'engagement est réputé être l'Etat dans lequel le preneur avait sa résidence habituelle au moment de la conclusion du contrat ou, si le preneur est une personne morale, l'Etat membre dans lequel était situé, au moment de la conclusion du contrat, l'établissement de cette personne morale auquel le contrat se rapporte.

Article L225-10

Les dispositions de l'article L. 225-5 et celles de l'article L. 225-6 sont applicables aux opérations régies par la présente section.

Chapitre VI : Dispositions relatives au cautionnement.

Article L226-1

Les dispositions des chapitres Ier à IV du présent titre ne sont pas applicables aux opérations de cautionnement mentionnées au e du 1° du I de l'article L. 111-1.

Chapitre VII : Dispositions relatives à la coassurance

Article L227-1

I.-Pour les opérations collectives obligatoires couvrant le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité et pour les opérations collectives facultatives couvrant ces mêmes risques, à l'exception de celles visées par arrêté des ministres chargés de l'économie, de la sécurité sociale et de la mutualité, les mutuelles et unions mentionnées à l'article L. 211-1 du présent code peuvent conclure un contrat de coassurance entre elles, avec des institutions de prévoyance ou unions régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et avec des entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances. En application de ce contrat, tout membre participant est garanti pendant une même durée et par un même contrat collectif par au moins deux organismes assureurs, chacun d'eux proportionnellement à la part, prévue au contrat de coassurance, qu'il accepte de couvrir.

Par dérogation à l'article L. 112-1 du présent code, lorsqu'un contrat collectif à adhésion facultative relatif au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est coassuré par au moins une mutuelle ou union régie par le présent livre, le montant des cotisations ne peut être modulé en fonction de la durée d'appartenance à la mutuelle ou à l'union.

Par dérogation à l'article L. 221-2, lorsque le contrat collectif est coassuré par plusieurs mutuelles et unions, il détermine la mutuelle auprès de laquelle chaque personne physique adhérent au contrat collectif coassuré devient membre. Cette répartition s'effectue en fonction de critères préalablement déterminés par les organismes coassureurs et précisés dans le contrat coassuré. Les critères sont fondés sur des éléments objectifs. Dans ce cadre et par dérogation à l'article L. 111-1, les mutuelles et unions peuvent mener une

action de prévoyance au profit des bénéficiaires du contrat collectif coassuré non membres participants de l'organisme et de leurs ayants droit.

II.-Les organismes coassureurs désignent parmi eux un apériteur, dont ils précisent les missions dans le contrat de coassurance. L'apériteur assure le rôle d'interlocuteur unique du souscripteur pour la négociation des conditions du contrat mentionné au I et de son renouvellement. Il peut encaisser la totalité des cotisations et verser les prestations.

Le contrat prévoit les conditions dans lesquelles est assuré le respect de la garantie des droits des membres participants en cas de modification ou de cessation de la coassurance.

Pour l'application des articles L. 211-2, L. 212-18, L. 212-23 et L. 223-8, dans le cas d'un contrat collectif coassuré, l'ensemble des personnes physiques ayant adhéré au contrat collectif coassuré et leurs ayants droit sont traités comme s'ils étaient membres participants ou ayants droit d'un membre participant de l'ensemble des mutuelles ou unions coassureurs.

III.-Par dérogation aux articles L. 114-1 et L. 114-4, les conditions dans lesquelles une personne est considérée comme ayant droit d'une personne physique ayant adhéré au contrat collectif coassuré sont déterminées par ce contrat.

Livre III : Mutuelles et unions pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales.

Titre Ier : Constitution et règles de fonctionnement des mutuelles et unions pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales.

Article L310-1

Les mutuelles et les unions qui réalisent les opérations mentionnées aux 2° et 3° du I de l'article L. 111-1 sont régies par les dispositions du présent livre et par celles du livre Ier.

Pour la réalisation des opérations mentionnées aux 2° et 3° du I de l'article L. 111-1, les mutuelles et unions peuvent notamment créer et exploiter des établissements ou services, conduire des actions à caractère social, sanitaire, médico-social ou culturel et réaliser des opérations de prévention.

Article L310-2

Les mutuelles et les unions régies par le présent livre sont constituées dans les conditions prévues aux articles L. 111-2, L. 111-3, L. 111-4 et L. 113-1.

Les personnes physiques ou les représentants des mutuelles réunis lors de l'assemblée générale constitutive s'engagent, lorsque les statuts le prévoient, à verser un droit d'adhésion. Le montant du droit d'adhésion est déterminé, pour la première fois, par les statuts ; il est ensuite fixé par délibération de l'assemblée générale se prononçant dans les conditions de l'article L. 114-12.

Article L310-3

La mutuelle ou l'union peut prévoir que les usagers des établissements ou services gérés sont représentés dans des commissions de gestion. Dans ce cas, les statuts déterminent les conditions de leur désignation, la durée de leur mandat, les attributions qui leur sont réservées et les informations qu'ils doivent recevoir.

Article L310-4

Lors de la constitution de mutuelles ou d'unions régies par le présent livre, un plan de financement prévisionnel est approuvé par l'assemblée générale constitutive de la mutuelle ou de l'union. Le plan de financement prévisionnel expose les modalités selon lesquelles la mutuelle ou l'union assure, au cours des cinq premiers exercices comptables, le financement des investissements nécessaires à la réalisation des actions de prévention ou à la création des établissements ou services à caractère social, sanitaire, médico-social ou culturel, les investissements qu'elle envisage de développer ainsi que les conditions selon lesquelles elle assure l'équilibre des dépenses et des recettes d'exploitation.

Les apports, prêts, subventions ou aides de toute nature reçus d'une mutuelle ou d'une union régie par le livre II ne peuvent, pendant les cinq premières années, être utilisés à des fins autres que celles définies par le plan de financement mentionné au premier alinéa du présent article.

Titre II : Champ d'intervention des mutuelles et unions pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales.

Article L320-1

Les mutuelles et les unions relevant du présent livre peuvent offrir leurs services aux membres participants d'autres mutuelles ou unions régies par le présent code par convention passée directement avec ces mutuelles ou unions ou par convention passée avec les unions ou fédérations auxquelles elles adhèrent.

Article L320-2

Les mutuelles et les unions régies par le présent livre peuvent offrir leurs services à des tiers autres que ceux visés aux articles L. 320-1 et L. 320-3, pour les services et dans les conditions fixées par voie réglementaire.

Article L320-3

Les collectivités publiques ou les personnes morales de droit privé à but non lucratif qui ont apporté une aide à la création ou au développement des établissements et services mentionnés à l'article L. 310-1 peuvent être associées à leur gestion. Les modalités de cette participation sont précisées par convention.

Cette convention définit, le cas échéant, les conditions particulières d'accès des usagers non membres de la mutuelle ou de l'union.

Article L320-4

Les mutuelles et les unions régies par le présent livre peuvent, dans le respect des intérêts de leurs membres et par convention, s'associer à la gestion d'établissements ou services à caractère sanitaire, médico-social ou culturel relevant de collectivités publiques ou de personnes morales de droit privé à but non lucratif, ou créer, conjointement avec celles-ci, des établissements ou services dotés de la personnalité morale.

Article L320-5

Les mutuelles et les unions régies par le présent livre peuvent, dans le respect des intérêts de leurs membres, assurer, en application d'une convention, la gestion d'établissements ou de services pour le compte de collectivités publiques ou de personnes morales de droit privé à but non lucratif.

Article L320-6

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du titre II du présent livre.

Livre IV : Relations avec l'Etat et les autres collectivités publiques.

Titre Ier : Organes administratifs de la mutualité.

Chapitre Ier : Conseil supérieur de la mutualité.

Article L411-1

Il est institué un Conseil supérieur de la mutualité.

Ce conseil est saisi pour avis par le ministre chargé de la mutualité sur tout projet de texte législatif ou réglementaire relatif au fonctionnement des mutuelles, des unions et des fédérations, ainsi que sur tout

projet de règlement ou directive communautaire ayant le même objet avant son examen par le Conseil des Communautés européennes.

Il présente au ministre chargé de la mutualité toutes suggestions concernant la mutualité, notamment en ce qui concerne son fonctionnement et ses relations avec ses membres. Il peut être saisi par le ministre de toute question relative à ce domaine. Il peut proposer au ministre chargé de la mutualité toutes modifications de nature législative ou réglementaire.

Il débat des bonnes pratiques applicables aux activités et au fonctionnement des mutuelles relevant du présent code.

Il établit un rapport qui rend compte de son activité. Ce rapport est adressé au Président de la République, au Premier ministre et au Parlement.

Il est consulté préalablement aux décisions relatives à l'agrément des mutuelles et des unions prévu aux articles L. 211-7, L. 211-7-2 et L. 211-8.

Il gère pour le compte de l'Etat le fonds national de solidarité et d'action mutualistes.

Article L411-2

Le Conseil supérieur de la mutualité est présidé par le ministre chargé de la mutualité ou, en son absence, par son représentant qui en est membre de droit.

Le Conseil supérieur de la mutualité est composé en majorité de représentants des mutuelles, unions et fédérations désignés par les fédérations les plus représentatives du secteur.

Article L411-3

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent chapitre et notamment :

- a) La composition du Conseil supérieur de la mutualité et les modalités de désignation de ses membres ;
- b) Les obligations déclaratives auxquelles sont soumises les mutuelles, unions et fédérations ainsi que les critères d'attribution du statut d'organisme professionnel représentatif à une fédération.

Titre II : Incitation à l'action mutualiste.

Chapitre unique : Fonds national de solidarité et d'action mutualistes.

Article L421-1

Il est institué un fonds national de solidarité et d'actions mutualistes qui a pour objet d'accorder des subventions ou des prêts aux mutuelles et unions régies par le livre III, soit pour les aider à développer des

réalisations sanitaires et sociales présentant un caractère innovant, soit pour améliorer le développement et les conditions d'exploitation de leurs réalisations.

Il contribue aux dépenses de promotion et d'éducation mutualiste des mutuelles, unions et fédérations.

Il peut également intervenir en faveur des mutuelles et unions qui ont été victimes de calamités publiques ou de tout autre dommage résultant d'un cas de force majeure.

Article L421-2

Le fonds national de solidarité et d'actions mutualistes est alimenté par :

- a) Les sommes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 113-4 ;
- b) Les sommes qui lui sont versées en application du premier alinéa de l'article L. 221-5 du code monétaire et financier ;
- c) Les produits financiers de ses placements.

Article L421-3

Le fonds national de solidarité et d'actions mutualistes est déposé à la Caisse des dépôts et consignations. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de fonctionnement et de gestion du fonds.

Titre III : Fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et des unions pratiquant des opérations d'assurance.

Chapitre unique : Le fonds de garantie.

Article L431-1

Les mutuelles et les unions relevant du livre II adhèrent à un fonds de garantie destiné à préserver les droits de leurs membres participants et honoraires, de leurs ayants droit et des bénéficiaires des prestations.

Le fonds de garantie intervient après, le cas échéant, les systèmes fédéraux de garantie mentionnés à l'article L. 111-6.

Sont exclues de toute indemnisation par le fonds de garantie les personnes suivantes :

- a) Administrateurs et dirigeants de la mutuelle ou de l'union, commissaire aux comptes et membres participants et ayants droit de la mutuelle ou de l'union ayant les mêmes qualités dans une autre mutuelle ou union relevant des dispositions des articles L. 111-3 et L. 111-4 ;
- b) Tiers agissant pour le compte des personnes citées au a ci-dessus ;
- c) Mutuelles ou unions relevant du présent code, entreprises régies par le code des assurances, institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale ou le code rural et de la pêche maritime, sauf lorsqu'il s'agit de contrats souscrits au profit de leurs salariés ou de leurs membres participants ou de leurs clients ;
- d) Organismes entrant dans le périmètre de consolidation ou de combinaison des comptes défini à l'article L. 212-7, sauf s'il s'agit de contrats souscrits au profit de leurs salariés ou de leurs membres participants, et administrateurs et dirigeants de ces organismes ;
- e) Etablissements de crédit, sociétés de financement et personnes mentionnées à l'article L. 518-1 du code monétaire et financier, sauf pour les contrats souscrits pour le compte d'un emprunteur, d'un client ou de leurs salariés ;
- f) Organismes de placements collectifs ;
- g) Organismes de retraite, sauf lorsqu'il s'agit de contrats souscrits pour le compte des salariés ou retraités de leurs adhérents.

Article L431-2

I.-Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution estime qu'un des organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 431-1 n'est plus en mesure de faire face à ses engagements envers les personnes mentionnées au même article, elle décide de recourir au fonds de garantie après avoir consulté par écrit le président du directoire de celui-ci.

S'il conteste la décision de l'Autorité, le président du directoire peut, dans un délai de quinze jours à compter de celle-ci, saisir le ministre chargé de la mutualité. Celui-ci peut alors, dans l'intérêt des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 431-1 et dans un délai de quinze jours, demander à l'Autorité une nouvelle délibération après avoir reçu l'avis écrit d'un collège arbitral dont la composition est fixée par un décret en Conseil d'Etat.

La décision de l'Autorité de recourir au fonds de garantie est immédiatement notifiée à la mutuelle ou l'union concernée. En cas de mise en œuvre de la procédure décrite à l'alinéa précédent, seule la nouvelle délibération de l'Autorité est notifiée à l'organisme.

II.-Dès cette notification, l'Autorité lance un appel d'offres en vue du transfert du portefeuille de contrats de cet organisme mutualiste. Cet appel d'offres est communiqué au fonds de garantie.

III.-L'Autorité retient la ou les offres qui lui paraissent le mieux préserver l'intérêt des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 431-1, eu égard notamment à la solvabilité du ou des organismes candidats et aux taux de réduction des engagements que ces derniers proposent.

La décision de l'Autorité qui prononce le transfert du portefeuille de contrats au profit de la ou des entreprises qu'elle a désignées et qui mentionne, le cas échéant, le taux de réduction pour chaque type d'opérations transférées est publiée au Journal officiel de la République française. Cette décision libère l'organisme cédant de tout engagement envers les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 431-1, dont les opérations ont été transférées en vertu des dispositions du présent article.

Lorsque la procédure de transfert du portefeuille n'a pas abouti, l'Autorité en informe le fonds de garantie.

IV.-Les engagements et les actifs transférés font l'objet d'une comptabilité distincte. Les excédents éventuels dus à une sous-estimation des actifs ou à une surestimation des engagements dans le bilan de transfert reviennent aux personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 431-1 dont les contrats ont été transférés.

V.-Le transfert de tout ou partie du portefeuille ou le constat de l'échec de la procédure de transfert emporte retrait, par l'Autorité, de tous les agréments administratifs de la mutuelle ou de l'union défailante. Le fonds de garantie accomplit, jusqu'à la nomination du liquidateur, les actes nécessaires à la gestion de la partie du portefeuille de contrats qui n'a pas été transférée. L'administrateur provisoire nommé, le cas échéant, l'Autorité peut accomplir ces actes de gestion pour le compte du fonds de garantie.

Article L431-3

En cas de transfert de portefeuille, la partie des droits des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 431-1 non couverte, le cas échéant, par le cessionnaire est garantie, dans les limites prévues par décret en Conseil d'Etat, par un versement du fonds de garantie au cessionnaire.

Lorsque la procédure de transfert de portefeuille n'a pas abouti, les droits des membres participants, de leurs ayants droit et des bénéficiaires de prestations sont garantis par un versement à leur profit du fonds de garantie, dans des limites prévues par décret en Conseil d'Etat.

Le fonds de garantie dispose d'un droit d'accès aux documents justificatifs du calcul de sa contribution, dont le montant est arrêté par l'Autorité de contrôle.

Article L431-4

Le fonds de garantie est une personne morale de droit privé. Il est géré par un directoire agissant sous le contrôle d'un conseil de surveillance. Les membres du directoire et du conseil de surveillance doivent remplir les conditions énoncées à l'article L. 114-21.

Le conseil de surveillance exerce le contrôle permanent de la gestion du fonds de garantie. Il élabore les statuts et le règlement intérieur du fonds de garantie, qui sont homologués par un arrêté du ministre chargé de la mutualité. Il élit en son sein son président.

Le conseil de surveillance approuve les comptes et nomme le commissaire aux comptes et son suppléant. A la fin de chaque exercice, il est remis au ministre chargé de la mutualité un exemplaire des comptes approuvés. Le fonds de garantie est soumis au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances.

Le conseil de surveillance comprend douze membres désignés par les organismes adhérents suivant des modalités qui tiennent compte de la part des cotisations versées par chacun de ces organismes.

Les décisions du conseil de surveillance sont prises à la majorité simple. Chaque membre siégeant au conseil de surveillance dispose d'un nombre de voix dépendant de sa contribution financière totale au fonds de garantie et de celles des organismes qui l'ont désigné comme leur représentant. En cas de partage égal des voix, le vote du président est prépondérant.

Le directoire est composé de trois membres nommés par le conseil de surveillance, qui confère à l'un d'eux la qualité de président. Les membres du directoire ne peuvent exercer en même temps des fonctions au sein de mutuelles ou d'unions adhérentes au fonds de garantie, ni recevoir de rétribution de l'une d'elles. Son président ne peut exercer ses fonctions qu'après agrément du ministre chargé de la mutualité.

Le ministre chargé de la mutualité ou son représentant ainsi que le président de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ou son représentant peuvent, à leur demande, être entendus par le conseil de surveillance et le directoire.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution entend le président du directoire du fonds de garantie sur toute question concernant une mutuelle ou une union pour laquelle elle envisage de mettre en oeuvre les dispositions du présent chapitre.

Le président du directoire est également entendu, à sa demande, par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article L431-5

Le fonds de garantie est subrogé dans les droits des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 431-1, à concurrence du montant des sommes qu'il a versées.

Le fonds de garantie est également subrogé dans les mêmes limites dans les droits de l'organisme défaillant à concurrence des sommes exigibles en vertu de l'exécution des traités de réassurance en cours.

Le fonds de garantie peut engager toute action en responsabilité à l'encontre des dirigeants de droit ou de fait de la mutuelle ou de l'union dont la défaillance a entraîné son intervention, aux fins d'obtenir le remboursement de tout ou partie des sommes versées par lui. Il en informe l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article L431-6

Les membres du directoire et le conseil de surveillance du fonds de garantie, ainsi que toute personne qui, par ses fonctions, a accès aux documents et informations détenus par le fonds de garantie, sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal. Ce secret n'est opposable ni à l'autorité judiciaire agissant dans le cadre d'une procédure pénale, ni aux juridictions civiles statuant sur un recours formé à l'encontre d'une décision du fonds de garantie, ni à l'Autorité de

contrôle prudentiel et de résolution, ni aux membres de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances.

Article L431-7

Pour l'accomplissement des missions du fonds de garantie, les mutuelles et unions y adhérant sont redevables de cotisations dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le fonds de garantie peut, en outre, émettre des certificats d'association nominatifs non négociables que souscrivent les organismes adhérents lors de leur adhésion.

Lorsque les pertes subies par le fonds de garantie ne peuvent être couvertes par les cotisations déjà appelées, les certificats d'association mentionnés au précédent alinéa ne peuvent plus faire l'objet d'une rémunération. Le nominal de chacun de ces certificats est alors réduit dans la proportion nécessaire pour absorber les pertes. Ces certificats d'association ne sont pas remboursables.

Le fonds de garantie peut emprunter auprès de ses adhérents. Il peut, à cette fin, constituer pour son compte les garanties requises conventionnellement.

Le défaut d'adhésion ou l'absence de versement au fonds de garantie de la cotisation appelée sont passibles des sanctions prévues à l'article L. 612-39 du code monétaire et financier et de pénalités de retard versées directement au fonds de garantie selon des modalités définies par le règlement intérieur de celui-ci.

Article L431-8

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent titre et notamment :

1° Les conditions, les plafonds et délais d'indemnisation pour les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 431-1 ainsi que les règles relatives à l'information des personnes précitées ;

2° Les modalités de définition des taux de réduction en cas de transfert d'opérations de l'organisme défaillant ;

3° Les caractéristiques des certificats d'association ainsi que les conditions de leur rémunération ;

4° Le montant global des cotisations annuelles dues par les mutuelles et unions qui adhèrent au fonds ;

5° Les modalités d'intervention successives des systèmes fédéraux de garantie mentionnés à l'article L. 111-6 et du fonds de garantie prévue par le présent titre ;

6° Les conditions dans lesquelles les mutuelles et unions adhérentes à un système fédéral de garantie mentionné à l'article L. 111-6 peuvent ne pas verser une partie des cotisations moyennant la constitution de garanties appropriées ;

7° La formule de répartition de ces cotisations annuelles dont l'assiette est constituée du montant des provisions techniques, pondérée par les cotisations déjà versées ainsi que les indicateurs de la situation financière de chacun des adhérents, et notamment leur solvabilité, reflétant les risques objectifs que l'adhérent fait courir au fonds ;

8° Les conditions et les modalités de nomination des membres du conseil de surveillance ainsi que la durée de leur mandat.

Ce décret est pris après avis du directoire du fonds de garantie.

Livre V : Contrôle des mutuelles, unions et fédérations.

Article L510-1

Pour l'exercice du contrôle des mutuelles et unions, mentionnées à l'article L. 612-2 du code monétaire et financier, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution exerce sa mission dans les conditions prévues au chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier.

Le ministre chargé de la mutualité exerce le contrôle des mutuelles et les unions régies par les dispositions du livre III.

Article L510-1-1

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut exiger de la mutuelle ou de l'union une marge de solvabilité plus importante que celle prescrite par la réglementation afin que la mutuelle ou l'union soit rapidement en mesure de satisfaire à l'ensemble des exigences de solvabilité. Le niveau de cette exigence supplémentaire de marge de solvabilité est déterminé selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

L'autorité de contrôle peut revoir à la baisse les éléments admis à constituer la marge de solvabilité d'une mutuelle ou d'une union, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L510-12

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait pour tout président administrateur ou dirigeant ayant reçu délégation de pouvoirs d'une mutuelle, union ou fédération régie par le présent code :

1° Après mise en demeure, de ne pas répondre aux demandes d'information de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ou de mettre obstacle de quelque manière que ce soit à l'exercice par celle-ci de sa mission de contrôle, ou de lui communiquer sciemment des renseignements inexacts ;

2° De faire entrave à l'action de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ou à l'exécution d'une décision prise en application des articles L. 612-33 et L. 612-34 du code monétaire et financier ;

3° De faire des déclarations mensongères ou de procéder à des dissimulations frauduleuses dans tout document produit au ministre chargé de la mutualité ou porté à la connaissance du public et des membres adhérents ou participants.

Livre VI : Dispositions d'application.

Article L610-1

Les dispositions des statuts et des règlements, les décisions des organes d'une mutuelle, union ou fédération, les clauses des contrats collectifs conclus entre une mutuelle, union ou fédération et ses membres ne peuvent, à peine de nullité, déroger aux dispositions du présent code. Cette nullité n'est pas opposable aux membres de bonne foi.

Article L610-1-1

Le présent code est applicable à Mayotte.

Article L610-2

Sauf dispositions contraires, les modalités réglementaires d'application du présent code sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre Ier : Règles générales applicables à l'ensemble des mutuelles, unions et fédérations.

Chapitre Ier : Objet des mutuelles, unions et fédérations

Section 1 : Système fédéral de garantie

Article R111-1

L'agrément d'un système fédéral de garantie mentionné à l'article L. 111-6 est accordé, sur demande de l'union chargée de le gérer, par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Pour accorder l'agrément, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution s'assure :

- a) Que les moyens administratifs, notamment d'encadrement, et les moyens techniques et financiers sont compatibles avec les missions que l'union se propose de remplir ;
- b) De l'honorabilité et la qualification ou l'expérience professionnelle des personnes chargées de gérer le système fédéral de garantie ;
- c) Que les statuts de l'union chargée de gérer le système fédéral de garantie sont conformes aux dispositions de l'article L. 114-4.

La décision délivrant l'agrément est publiée au Journal officiel de la République française et dans les conditions prévues à l'article R. 612-20 du code monétaire et financier.

Article R111-2

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution statue sur la demande d'agrément dans les conditions prévues à l'article R. 211-9.

Article R111-3

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution refuse ou retire l'agrément lorsque le système fédéral de garantie ne satisfait pas aux obligations législatives et réglementaires prévues par le présent code.

Préalablement au retrait de l'agrément, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution notifie à l'union concernée, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou remise contre récépissé, les faits justifiant le retrait et l'invite à présenter ses observations écrites dans un délai de quinze jours.

Si elle décide d'engager la procédure de retrait d'agrément, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution transmet au Conseil supérieur de la mutualité une demande d'avis, accompagnée d'un rapport explicatif ainsi que des observations présentées par l'union.

L'avis du Conseil supérieur de la mutualité est réputé rendu dans un délai de trois mois à compter de sa saisine par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

La décision de retrait de l'agrément doit être motivée et notifiée, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, ou remise contre récépissé à l'union intéressée.

La décision de retrait de l'agrément est publiée au Journal officiel de la République française et dans les conditions prévues à l'article R. 612-20 du code monétaire et financier.

Article R111-4

Les mutuelles et unions affiliées ont obligation de se soumettre au contrôle sur pièces et sur place du système fédéral de garantie et de lui transmettre tous les documents nécessaires à son contrôle.

Le système fédéral de garantie, dans les conditions et limites définies par son règlement, peut demander aux mutuelles ou unions qui lui sont affiliées de prendre des mesures de redressement lorsque leur situation financière ou administrative le justifie. Il peut, dans les conditions et limites prévues dans son règlement, exclure une mutuelle ou union qui ne se conforme pas aux obligations prévues au premier alinéa ou ne prend pas les mesures de redressement demandées.

Le système fédéral de garantie informe sans délai le fonds national de garantie et l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution de toute intervention financière et de toute mesure d'exclusion qu'il décide.

Article R111-5

Le système fédéral de garantie établit un rapport de gestion annuel qu'il transmet à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et au ministre chargé de la mutualité.

Ce rapport fait notamment mention des interventions financières effectuées au profit d'un adhérent.

Chapitre IV : Fonctionnement des mutuelles, unions et fédérations : dispositions générales.

Section 3 : Assemblée générale.

Article R114-1

Lorsque les statuts d'une mutuelle dont l'assemblée générale est composée des membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires leur donnent la faculté de voter par correspondance, ils prévoient également qu'à compter de la date de la convocation de l'assemblée un formulaire de vote par correspondance et ses annexes doivent être remis ou adressés aux frais de l'organisme à tout membre qui en fait la demande. La

mutuelle doit faire droit à toute demande déposée ou reçue au siège social au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

Le formulaire de vote par correspondance doit permettre un vote sur chacune des résolutions, dans l'ordre de leur présentation. Il doit offrir à chaque membre de l'assemblée générale la possibilité d'exprimer sur chaque résolution un vote favorable ou défavorable à son adoption ou sa volonté de s'abstenir de voter. Est annexé au formulaire le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs. Les statuts des mutuelles peuvent préciser le contenu du formulaire de vote par correspondance.

Le formulaire de vote par correspondance comporte l'indication de la date fixée conformément aux statuts, avant laquelle il doit être reçu par l'organisme pour qu'il en soit tenu compte. La date après laquelle il ne sera plus tenu compte des formulaires de vote par correspondance reçus par l'organisme ne peut être antérieure de plus de trois jours à la date de la réunion de l'assemblée, un délai plus court pouvant être prévu par les statuts.

Le formulaire de vote adressé à la mutuelle vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Lorsque les statuts prévoient un délai de convocation de l'assemblée générale supérieur à quinze jours, les délais prévus au présent article sont majorés en proportion de l'augmentation de ce délai.

Article R114-2

A compter de la date de la convocation de l'assemblée générale, une formule de vote par procuration doit être remise ou adressée aux frais de l'organisme à tout membre qui en fait la demande. La mutuelle doit faire droit à toute demande déposée ou reçue au siège social au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

A toute formule de vote par procuration, adressée aux membres de l'assemblée par l'organisme, doit être joint le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs.

Les membres de l'assemblée générale qui votent par procuration doivent signer la procuration et indiquer leurs nom, prénom usuel et domicile ainsi que les noms, prénom usuel et domicile de leur mandataire. Ils doivent adresser la procuration à leur mandataire.

Le ou la mandataire doit être membre de l'assemblée générale de la mutuelle.

Le mandat est donné pour une seule assemblée, sauf dans les deux cas suivants :

a) Un mandat peut être donné pour deux assemblées tenues le même jour ou dans un délai d'un mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées au I de l'article L. 114-12 et l'autre pour exercer les attributions visées au II du même article ;

b) Un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Article R114-3

L'assemblée générale des mutuelles et des unions soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, en application du 3° du B du I de l'article L. 612-2 du code monétaire et financier, est réunie dans un délai de sept mois suivant la clôture de l'exercice afin de procéder à l'examen des comptes, sauf prolongation de ce délai, à la demande motivée du conseil d'administration, par ordonnance du tribunal de grande instance statuant sur requête.

Section 5 : Dispositions relatives aux fonctions d'administrateur.

Article R114-4

L'indemnité mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 114-26 peut être attribuée dans les organismes mutualistes qui, en moyenne annuelle au cours des trois derniers exercices, comptent au moins cinq mille membres participants recensés, ont encaissé au moins un million d'euros de cotisations ou ont employé au moins dix salariés en équivalent temps plein.

Article R114-5

Le montant total des indemnités versées par un même organisme mutualiste en application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 114-26 ne peut excéder celui du total des dix plus hautes rémunérations versées à ses salariés par cet organisme.

Pour un organisme qui, en moyenne annuelle au cours des trois derniers exercices, compte au moins cinquante mille membres participants, a encaissé au moins dix millions d'euros de cotisations ou a employé au moins cent salariés en équivalent temps plein, le montant total des indemnités mentionné au premier alinéa ne peut excéder celui du total des quinze plus hautes rémunérations versées à ses salariés par cet organisme.

Article R114-6

I.-Le montant annuel de l'indemnité, attribuée à un autre titre que le remboursement des rémunérations ou de la perte de gains et les remboursements de frais mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 114-26, ne peut excéder le plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale pour l'année considérée.

Ce montant est toutefois porté à :

a) Deux fois le montant du plafond mentionné au premier alinéa pour les organismes qui, en moyenne annuelle au cours des trois derniers exercices, comptent au moins vingt-cinq mille membres participants,

ont encaissé au moins cinq millions d'euros de cotisations ou ont employé au moins cinquante salariés en équivalent temps plein.

b) Trois fois le montant du plafond mentionné au premier alinéa pour les organismes qui, en moyenne annuelle au cours des trois derniers exercices, comptent au moins cinquante mille membres participants, ont encaissé au moins dix millions d'euros de cotisations ou ont employé au moins cent salariés en équivalent temps plein.

II.-Chacune des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 114-26 et bénéficiant d'une indemnité présente au conseil d'administration de l'organisme un compte rendu annuel des activités qu'elle exerce et du temps passé au service de la mutuelle.

Ce compte rendu est annexé au rapport prévu au c de l'article L. 114-17.

Article R114-7

Le total des indemnités attribuées à un autre titre que le remboursement des rémunérations maintenues ou la perte de gains et les remboursements des frais mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 114-26 que les présidents de conseil d'administration et les administrateurs, quel que soit le nombre de leurs mandats, peuvent recevoir au cours d'une année civile, ne peut excéder deux fois le montant du plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale de l'année considérée.

Ce montant peut être porté à trois fois le montant du plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale de l'année considérée lorsque les intéressés exercent au moins un de leurs mandats dans un organisme mentionné au b de l'article R. 114-6 ;

Article R114-8

Lorsque la mutuelle ou l'union pratique les opérations mentionnées à l'article L. 222-2 ou est constituée majoritairement de retraités, la limite d'âge à l'exercice des fonctions d'administrateur ne peut être supérieure à 75 ans. Les statuts peuvent prévoir que cette limite s'applique à tous les administrateurs ou seulement à une partie d'entre eux qui ne saurait être inférieure à un tiers des membres du conseil d'administration.

Article R114-9

Lorsque, en application du IV de l'article L. 114-21, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tient compte, dans l'appréciation portée sur chaque membre du conseil d'administration, de la compétence, de l'expérience et des attributions des autres membres de l'organe auquel il appartient, elle s'assure que ceux-ci disposent collectivement des connaissances et de l'expérience nécessaires en matière de marchés de l'assurance et de marchés financiers, de stratégie de la mutuelle ou de l'union et de son modèle économique, de son système de gouvernance, d'analyse financière et actuarielle et d'exigences législatives et

réglementaires applicables à la mutuelle ou à l'union, appropriées à l'exercice des responsabilités dévolues au conseil d'administration.

Section 6 : Emprunts, titres participatifs et certificats mutualistes

Article R114-10

Toute émission de titres participatifs, de certificats mutualistes ou de titres subordonnés remboursables effectuée dans les conditions prévues à l'article L. 114-45-1 est autorisée par l'assemblée générale.

Trois mois au moins avant la réunion de l'assemblée générale, la mutuelle ou l'union, lorsqu'elle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application du 3° du B du I de l'article L. 612-2 du code monétaire et financier, soumet à l'approbation de cette autorité le texte du projet de délibération autorisant les émissions mentionnées au premier alinéa. L'Autorité se prononce en veillant à la sauvegarde des intérêts des membres participants et bénéficiaires au vu d'un dossier comprenant une présentation détaillée des objectifs poursuivis, des caractéristiques des titres ou des certificats émis, des conséquences de l'émission sur la situation financière de la mutuelle ou de l'union ainsi que, le cas échéant, une description précise des cas de remboursement anticipé. A l'expiration d'un délai de deux mois à dater du dépôt de ce dossier ainsi que du texte de la délibération, en l'absence de décision expresse de l'Autorité, l'autorisation est réputée accordée. En cas de décision expresse, celle-ci est communiquée à l'assemblée générale.

La délibération de l'assemblée générale fixe les caractéristiques essentielles de l'émission de titres participatifs et, notamment, l'assiette de la rémunération pour la partie variable. Pour les titres subordonnés, elle précise la clause de subordination et les modalités de remboursement, notamment en cas de liquidation de la mutuelle ou de l'union. Pour les certificats mutualistes mentionnés au L. 221-19, elle fixe le montant maximal de l'émission, la ou les monnaies dans laquelle ou lesquelles l'émission est libellée, les modalités de remboursement et le montant des frais d'émission.

L'émission doit être réalisée en une ou plusieurs fois dans un délai de deux ans à compter de l'adoption de la délibération par l'assemblée générale.

Le conseil d'administration rend compte à la plus prochaine assemblée générale de la mise en œuvre de la délibération.

Chapitre V : Unions mutualistes de groupe.

Article R115-1

I.-Les unions mutualistes de groupe mentionnées à l'article L. 111-4-2 constituent une catégorie particulière d'union mutualiste. Elles sont régies par les dispositions du présent code qui s'appliquent aux unions de droit commun sous réserve des règles particulières du présent chapitre. Elles se forment dans les conditions propres aux unions énoncées à l'article L. 113-1.

Elles sont tenues de s'immatriculer auprès du secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité dans les conditions prévues à l'article R. 414-2.

Préalablement à la tenue de l'assemblée générale constitutive de l'union mutualiste de groupe, les membres fondateurs procèdent au dépôt des éléments constitutifs du fonds d'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 212-2.

II.-Dans le mois de la constitution de toute union mutualiste de groupe, sont déposés auprès du secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité les éléments suivants :

- a) La liste dûment certifiée des membres fondateurs mentionnant, pour chacun d'eux, leur dénomination, leur siège social, le montant de leurs engagements techniques et leurs chiffres d'affaires par branche ;
- b) Un exemplaire des statuts ;
- c) Une copie du procès-verbal des délibérations de l'assemblée générale constitutive ;
- d) L'état des sommes versées pour la constitution du fonds d'établissement ;
- e) Un certificat du notaire ou de l'établissement de crédit constatant que les fonds ont été versés préalablement à la constitution de l'union mutualiste de groupe.

Ces mêmes documents doivent être déposés, dans le même délai, auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

III.-Dans le même délai d'un mois, un extrait des documents mentionnés ci-dessus est publié dans l'un des journaux habilités à recevoir les annonces légales dans le département du siège social. Il est justifié de l'insertion par un exemplaire du journal certifié par l'imprimeur.

L'extrait doit contenir la dénomination adoptée par l'union mutualiste de groupe et l'indication de son siège, la désignation des personnes autorisées à gérer, administrer et signer pour l'union et, en outre, la date à laquelle l'union a été constituée, celle où elle doit finir et la date du dépôt auprès du secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité.

Il indique également le montant et le mode de constitution du fonds d'établissement et, s'il y a lieu, le montant du droit d'entrée.

L'extrait des actes et pièces déposés est signé par le président de l'union.

Sont soumis aux formalités ci-dessus prescrites tous actes et délibérations ayant pour objet la modification des statuts ou la continuation de l'union au-delà du terme fixé pour sa durée, ou la dissolution de l'union avant ce terme.

Toute personne peut obtenir, au siège de l'union, une copie certifiée des statuts.

Article R115-2

I.-Les statuts des unions mutualistes de groupe doivent fixer les conditions d'admission, de retrait ou d'exclusion des organismes affiliés à l'union mutualiste de groupe.

Ils doivent prévoir que l'admission, le retrait ou l'exclusion d'un organisme affilié fait l'objet d'une déclaration préalable auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, accompagnée d'un dossier dont celle-ci fixe la composition. L'Autorité peut, dans un délai de trois mois à compter de la réception du dossier, s'opposer à l'opération, si celle-ci apparaît contraire aux intérêts des assurés des organismes affiliés, par une décision motivée adressée à la ou aux personnes intéressées par lettre recommandée avec accusé de

réception. A défaut d'opposition de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, l'opération peut être réalisée à l'expiration de ce délai.

Ces statuts doivent également :

- a) Fixer, sans être tenus par un minimum, le montant de leur fonds d'établissement ;
- b) Prévoir que l'assemblée générale est composée de tous les organismes affiliés, représentés par au moins un de leurs dirigeants ou administrateurs ou membres du conseil de surveillance ou par un représentant de l'organisme affilié directement nommé par l'assemblée générale ou la commission paritaire le cas échéant ;
- c) Déterminer le nombre de voix dont dispose chacun de ces organismes ;
- d) Déterminer les modalités de l'exercice effectif de l'influence dominante de l'union mutualiste de groupe sur les décisions, y compris financières, des organismes affiliés.

II.-Les statuts doivent conférer à l'union mutualiste de groupe des pouvoirs de contrôle à l'égard des organismes affiliés, y compris en ce qui concerne leur gestion. Ils peuvent notamment, à condition que les statuts des organismes affiliés le permettent :

- a) Subordonner à l'autorisation préalable du conseil d'administration ou de l'assemblée générale de l'union mutualiste de groupe la conclusion par ces organismes d'opérations énumérées par les statuts, notamment l'acquisition ou la cession d'immeubles par nature, l'acquisition ou la cession totale ou partielle d'actifs ou de participations, la constitution de sûretés et l'octroi de cautions, avals ou garanties ;
- b) Prévoir des pouvoirs de sanction de l'union mutualiste de groupe à l'égard des organismes affiliés.

III.-Les statuts peuvent prévoir que tout organisme demandant son admission à l'union mutualiste de groupe modifie au préalable ses propres statuts afin de reconnaître à l'union mutualiste de groupe le droit de demander la convocation de son assemblée générale ou le cas échéant de la commission paritaire et de proposer lors de celle-ci l'élection de nouveaux candidats aux fonctions d'administrateur ou de membre du conseil de surveillance.

IV.-Les projets de statuts doivent indiquer le mode de rémunération de la direction. S'il y a lieu, ils peuvent également prévoir le mode d'indemnisation des administrateurs dans les conditions prévues à l'article L. 114-26.

Article R115-3

Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 111-4-2 et des dispositions du présent chapitre, les unions mutualistes de groupe sont administrées par une assemblée générale et un conseil d'administration dans les conditions propres aux unions fixées aux sections III et IV du chapitre IV du livre Ier.

Article R115-4

I.-Il est tenu chaque année au moins une assemblée générale dans les conditions prévues par les statuts. A cette assemblée sont présentés par le conseil d'administration le bilan, le compte de résultat et l'annexe de l'exercice écoulé.

II.-1° La convocation à l'assemblée générale doit être faite par lettre recommandée adressée aux organismes affiliés, quinze jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée, en mentionnant l'ordre du jour ; l'assemblée ne peut délibérer que sur les questions figurant à cet ordre du jour.

2° L'ordre du jour comporte les propositions du conseil d'administration et celles qui lui auront été communiquées par tout organisme affilié vingt jours au moins avant la réunion de l'assemblée générale.

III.-Tout organisme affilié peut, dans les quinze jours qui précèdent la réunion d'une assemblée générale, prendre, au siège social, communication par lui-même ou par un mandataire du bilan, du compte de résultat et de l'annexe de l'union mutualiste de groupe qui seront présentés à l'assemblée générale ainsi que tous les documents qui doivent être communiqués à l'assemblée parmi lesquels doivent se trouver le bilan, les comptes de résultat technique et non technique et l'annexe de chacun des organismes affiliés à l'union mutualiste de groupe.

IV.-L'assemblée générale délibère valablement si les organismes affiliés présents ou représentés sont au nombre de la moitié au moins à la fois du nombre total d'organismes affiliés et des voix dont ils disposent. A défaut, une nouvelle assemblée est convoquée dans les formes et délais prescrits par les statuts ; cette assemblée délibère valablement quel que soit le nombre des membres affiliés présents ou représentés.

V.-L'assemblée générale, à condition de délibérer à la majorité des deux tiers au moins, en nombre et en voix, des organismes affiliés, peut modifier les statuts dans toutes leurs dispositions. Elle peut également, à la majorité des deux tiers au moins, en nombre et en voix, des organismes affiliés, autoriser la fusion de l'union avec une autre union mutualiste de groupe. Pour les autres décisions, la majorité simple en nombre et en voix des organismes affiliés présents ou représentés est requise.

VI.-Les dispositions des livres Ier et II relatives aux commissaires aux comptes sont applicables aux unions mutualistes de groupe.

VII.-Dans le cas où, du fait de pertes constatées dans les documents comptables, l'actif net devient inférieur à la moitié du montant du fonds d'établissement, le conseil d'administration est tenu de provoquer la réunion de l'assemblée générale délibérant dans les conditions fixées à la première phrase du V, et de statuer sur la question de savoir s'il y a lieu de prononcer la dissolution de l'union.

VIII.-Toute décision d'emprunter doit être autorisée par l'assemblée générale délibérant dans les conditions prévues à la première phrase du V et faire l'objet d'une résolution spéciale dont la teneur est préalablement soumise à l'approbation de l'Autorité de contrôle prudentiel. Celle-ci se prononce, en veillant à la sauvegarde des intérêts des adhérents des organismes affiliés, au vu d'un dossier comportant une présentation détaillée des objectifs poursuivis, des conséquences de l'emprunt sur la situation financière de l'union et des organismes affiliés ainsi que, le cas échéant, une description précise des cas de remboursement anticipé.

A l'expiration d'un délai de deux mois à compter du dépôt du texte de la résolution et du dossier mentionné ci-dessus et en l'absence de décision expresse de l'autorité, l'autorisation est considérée comme accordée. En cas de décision expresse, celle-ci est communiquée à l'assemblée générale.

Article R115-5

Toute union mutualiste de groupe constituée en violation des articles R. 115-1 à R. 115-4 est nulle.

Toutefois, ni l'union ni les membres ne peuvent se prévaloir vis-à-vis des tiers de bonne foi de la nullité.

Lorsque l'union est ainsi annulée, les fondateurs auxquels la nullité est imputable et les administrateurs en fonction au moment où elle a été encourue sont responsables solidairement envers les tiers et envers les membres du dommage résultant de cette annulation.

Si, pour couvrir la nullité, une assemblée générale devait être convoquée, l'action en nullité n'est plus recevable à partir de la date de la convocation régulière de cette assemblée.

L'action en nullité de la société ou des actes et délibérations postérieurs à sa constitution est éteinte lorsque la cause de la nullité a cessé d'exister avant l'introduction de la demande ou, en tout cas, du jour où le tribunal statue sur le fond en première instance. Nonobstant la régularisation, les frais des actions en nullité intentées antérieurement sont à la charge des défendeurs.

Le tribunal saisi d'une action en nullité peut, même d'office, fixer un délai pour couvrir les nullités.

L'action en responsabilité, pour les faits dont la nullité résultait, cesse également d'être recevable, lorsque la cause de la nullité a cessé d'exister, soit avant l'introduction de la demande, soit au jour où le tribunal statue sur le fond en première instance, soit dans un délai imparti pour couvrir la nullité, et, en outre, lorsque trois ans se sont écoulés depuis le jour où la nullité était encourue.

Article R115-6

I.-La convention d'affiliation mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 111-4-2 contient la description des liens, des obligations, des engagements et des modalités de partage des coûts ou de toute forme de coopération entre une union mutualiste de groupe et l'organisme affilié. Elle doit comporter l'engagement de celui-ci de subordonner son retrait éventuel au respect des conditions posées au deuxième alinéa du 1° du I de l'article R. 115-2.

II.-Les conventions d'affiliation, leurs modifications et leur résiliation éventuelle doivent être approuvées par les assemblées générales de l'union mutualiste de groupe et de l'organisme affilié.

Livre II : Mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation.

Titre Ier : Règles de fonctionnement applicables aux mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation.

Chapitre Ier : Champ d'application et conditions d'activité.

Section 1 : Dispositions générales.

Article R211-1

Toute mutuelle ou union pratiquant des opérations d'assurance, de réassurance ou de capitalisation est désignée par une dénomination sociale qui doit être suivie par la mention " mutuelle ou union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité ". Cette mention figure obligatoirement dans les statuts, les règlements, les bulletins d'adhésion et les contrats collectifs de la mutuelle ou de l'union ainsi que dans tous les documents à caractère contractuel ou publicitaire.

Ces documents ne doivent contenir aucune assertion susceptible d'induire en erreur sur la véritable nature de la mutuelle ou de l'union ou l'importance réelle de ses engagements ainsi que sur la nature des contrôles exercés sur celle-ci sur la base des dispositions du présent titre et de celles du livre V.

Section 2 : Agrément administratif.

Sous-section 1 : Agrément administratif des mutuelles et unions d'assurance.

Article R211-2

Pour l'octroi de l'agrément administratif prévu à l'article L. 211-7, les opérations d'assurances réalisées par les mutuelles et les unions sont classées en branches et sous-branches de la manière suivante :

1. Accidents (y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles) :

- a) Prestations forfaitaires ;
- b) Prestations indemnitaires ;
- c) Combinaisons.

2. Maladie :

- a) Prestations forfaitaires ;
- b) Prestations indemnitaires ;
- c) Combinaisons.

15. Caution :

- a) Caution directe ;
- b) Caution indirecte ;

16. Pertes pécuniaires diverses :

- a) Risques d'emploi ;
- h) Pertes de loyers ou de revenus ;

17. Protection juridique ;

18. Assistance :

Assistance aux personnes en difficulté, notamment au cours de déplacements ;

20. Vie-décès :

Toute opération comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine autre que les activités visées aux branches 22 et 26 ;

21. Nuptialité-natalité :

Toute opération ayant pour objet le versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants ;

22. Assurances liées à des fonds d'investissement :

Toutes opérations comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine et liées à un fonds d'investissement ;

24. Capitalisation :

Toute opération d'appel à l'épargne en vue de la capitalisation et comportant, en échange de versements uniques ou périodiques, directs ou indirects, des engagements déterminés quant à leur durée et à leur montant ;

25. Gestion de fonds collectifs :

Toute opération consistant à gérer les placements, et notamment les actifs représentatifs des réserves des organismes qui fournissent des prestations en cas de décès, en cas de vie ou en cas de cessation ou de réduction d'activités ;

26. Toute opération à caractère collectif définie à l'article L. 222-1.

Article R211-3

L'agrément administratif est donné par branche aux mutuelles et aux unions. Cet agrément couvre la branche entière, sauf si la mutuelle ou l'union ne désire réaliser que des opérations relevant d'une ou plusieurs sous-branches.

Article R211-4

Les mutuelles et les unions ne peuvent être agréées que pour pratiquer soit des opérations relevant des branches ou sous-branches mentionnées aux 1,2,15,16,17 et 18 de l'article R. 211-2, soit des opérations relevant des branches mentionnées aux 20 à 22 et 24 à 26 du même article.

Toutefois, les mutuelles et les unions peuvent être agréées pour pratiquer simultanément des opérations relevant des branches mentionnées aux 1 et 2,20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 211-2.

En outre, les mutuelles et les unions peuvent être agréées pour pratiquer simultanément des opérations relevant des branches 20 à 22 mentionnées à l'article R. 211-2 et des opérations complémentaires relatives notamment à la couverture des risques d'atteinte corporelle, y compris l'incapacité de travail professionnelle, des risques de décès à la suite d'un accident et du risque d'invalidité à la suite d'un accident ou d'une maladie, à condition que ces garanties soient souscrites complémentirement au contrat relevant des branches 20 à 22 et qu'elles prennent fin au plus tard en même temps que la garantie principale. La cotisation due doit distinguer la part relative à la couverture du risque principal et la part relative aux garanties accessoires.

Article R211-5

Toute mutuelle ou union qui obtient l'agrément administratif pour un risque relevant d'une des branches ou sous-branches mentionnées aux 1,2,15,16,17 et 18 de l'article R. 211-2 peut également garantir des risques relevant d'une autre de ces branches ou sous-branches sans que l'agrément administratif soit exigé pour ces risques, lorsque ceux-ci sont liés au risque principal, concernent l'objet qui est couvert par le risque principal, et sont garantis par le bulletin d'adhésion au règlement ou par le contrat collectif qui couvre le risque principal.

Toutefois les risques relevant de la branche 15 ne peuvent être considérés comme accessoires à d'autres risques.

Le risque relevant de la branche 17 ne peut être considéré comme accessoire, dans les conditions prévues au premier alinéa, que lorsque le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif ne couvre par ailleurs que le risque relevant de la branche 18.

Les garanties accessoires au risque principal mentionné au premier alinéa du présent article prennent fin au plus tard en même temps que la garantie principale.

Sous-section 2 : Agrément administratif des mutuelles et unions de réassurance.

Article R211-5-1

Pour l'octroi de l'agrément mentionné à l'article L. 211-7-2, les opérations de réassurance sont classées en activités de la manière suivante :

1. Non-vie : réassurance des opérations visées aux a, c, d et e du 1° du I de l'article L. 111-1 ;
2. Vie : réassurance des opérations visées au du b du 1° du I de l'article L. 111-1.

Article R211-5-2

Les mutuelles et unions de réassurance doivent limiter leur objet à l'activité de réassurance et aux opérations liées. Cette exigence peut inclure une fonction de détention de participations dans le secteur financier au sens de l'article L. 212-7-1.

Sous-section 3 : Dispositions communes aux agréments administratifs.

Article R211-9

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution transmet la demande d'agrément au Conseil supérieur de la mutualité.

L'avis mentionné au sixième alinéa de l'article L. 411-1 est réputé rendu dans un délai de trois mois à compter de la saisine du Conseil supérieur de la mutualité.

Toute décision de refus d'agrément doit être motivée et notifiée, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou remise contre récépissé, par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la mutuelle ou à l'union concernée, dans un délai de six mois à compter du dépôt du dossier de demande d'agrément.

Article R211-10

Pendant les cinq exercices suivant la délivrance de l'agrément, la mutuelle ou l'union présente à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, pour chaque semestre, un compte rendu d'exécution du programme d'activité mentionné à l'article L. 211-8. Si l'activité de la mutuelle ou de l'union n'est pas conforme au programme d'activités, l'Autorité peut prendre les mesures de police administrative prévues à la section 6 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier, les sanctions prévues à l'article L. 612-39 du même code ou procéder au retrait d'agrément en application de l'article L. 211-9 du code de la mutualité.

Article R211-11

Lorsqu'une mutuelle ou une union n'a pas commencé à pratiquer les opérations pour lesquelles elle a obtenu l'agrément sur le fondement de l'article L. 211-7 ou de l'article L. 211-7-2 dans le délai d'un an à compter de la publication de la décision d'agrément, ou lorsqu'une mutuelle ou une union ne souscrit, pendant une période de six mois, aucun engagement au sens de l'article L. 221-1 relevant d'une branche ou sous-branche

pour laquelle elle est agréée, elle en fait la déclaration à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dès que ces délais sont expirés.

Article R211-13

Préalablement au retrait de l'agrément administratif mentionné à l'article L. 211-9, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution notifie à la mutuelle ou à l'union concernée, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou remise contre récépissé, les faits justifiant le retrait et l'invite à présenter ses observations écrites dans un délai de quinze jours.

Si elle décide d'engager la procédure de retrait d'agrément administratif mentionné à l'article L. 211-9, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution transmet au conseil supérieur de la mutualité une demande d'avis, accompagnée d'un rapport explicatif ainsi que des observations présentées par la mutuelle ou l'union.

L'avis du Conseil supérieur de la mutualité est réputé rendu dans un délai de trois mois à compter de sa saisine par l'autorité administrative.

Article R211-14

Toute décision de retrait de l'agrément administratif mentionné à l'article L. 211-9 doit être motivée et notifiée, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou remise contre récépissé, à la mutuelle ou à l'union intéressée.

Article R211-12

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut retirer l'agrément pour les branches, sous-branches ou activités considérées, à la demande d'une mutuelle ou union :

-agréée sur le fondement de l'article L. 211-7 et s'engageant à ne plus émettre de nouveaux bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats collectifs relevant d'une ou plusieurs branches ou sous-branches pour laquelle elle est agréée ;

-lorsqu'une autre mutuelle ou union s'est substituée à elle en application de l'article L. 211-5 ;

-agréée sur le fondement de l'article L. 211-7-2 et s'engageant à ne plus exercer les activités pour lesquelles elle a été agréée.

Article R211-15

La décision de retrait de l'agrément administratif est publiée au Journal officiel de la République française ainsi qu'au Journal officiel de l'Union européenne.

Cette publication est assurée, par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Elle précise le nom et les coordonnées des autorités compétentes pour les besoins de la liquidation et, le cas échéant, du ou des liquidateurs désignés. Elle indique également la législation qui est applicable à cette liquidation.

Article R211-15-1

I.-En cas de retrait de l'agrément administratif accordé à une mutuelle ou une union de mutuelles et dans un délai de vingt jours à compter du lendemain du jour de la publication au Journal officiel de la République française de la décision du collège de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ou sa commission des sanctions, chaque membre participant est avisé de ce retrait d'agrément par le liquidateur ou, en attendant la désignation du liquidateur, par le président du conseil d'administration de la mutuelle ou de l'union de mutuelles, ou son représentant.

Cet avis, qui rappelle la législation applicable, est adressé par lettre recommandée au dernier domicile connu du membre participant.

Lorsque le membre participant n'est pas l'assuré ou le bénéficiaire de l'adhésion, l'information est aussi adressée aux assurés ou bénéficiaires connus.

Cet avis rappelle les dispositions des articles L. 212-16 et L. 212-18 et indique, s'il y a lieu, l'autorité auprès de laquelle les souscripteurs, assurés, adhérents et bénéficiaires de contrats peuvent présenter leurs observations relatives aux créances et précise, le cas échéant, les délais pour ce faire et les conséquences d'une non-observation des délais.

Les avis individuels doivent être préparés sous la responsabilité des administrateurs de la mutuelle ou de l'union, dès lors que l'injonction en est adressée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Lorsque le créancier d'assurance connu a sa résidence habituelle, son domicile ou son siège statutaire dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France, l'avis est également rédigé dans la langue officielle ou l'une des langues officielles de cet Etat.

II.-Lorsque le retrait d'agrément concerne une mutuelle ou une union agréée pour réaliser des opérations visées aux a, c, d, e du 1° du I de l'article L. 111-1, l'avis mentionné au I du présent article reproduit le texte de l'article L. 212-20 et précise la date à laquelle l'adhésion au règlement cessera de produire effet.

III.-Lorsque le retrait d'agrément concerne une mutuelle ou une union réalisant des opérations visées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, l'avis mentionné au I du présent article reproduit le texte des articles L. 212-19 et L. 212-21. Le cas échéant, chaque membre participant ou ayant droit est par ailleurs informé, dans les mêmes conditions, des décisions prises par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application du deuxième alinéa de l'article L. 212-21. Lorsque la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution a pour effet de fixer la date à laquelle les bulletins d'adhésion cessent d'avoir effet, cette communication intervient au plus tard vingt jours avant la date de cessation des effets du bulletin d'adhésion.

Article R211-6

Tous les documents accompagnant les demandes d'agrément doivent avoir été rédigés ou être traduits en français.

Article R211-16

Une mutuelle ou une union de mutuelles dont tous les agréments ont été retirés ne cesse d'être soumise, pour l'application du livre II, au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution que lorsque l'ensemble des engagements résultant des bulletins d'adhésion à des règlements ou contrats collectifs souscrits par la mutuelle ou l'union ont été intégralement et définitivement réglés aux membres participants et aux tiers bénéficiaires ou ont fait l'objet d'un transfert autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 212-11.

Article R211-7-1

Lorsqu'en application de l'article L. 211-7-1 l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution consulte l'autorité compétente, au sens du 11° de l'article L. 212-7-1, cette dernière dispose d'un délai d'un mois pour formuler ses observations. A sa demande, ce délai peut être prorogé d'un mois.

Article R211-17

En cas de retrait d'agrément prévu à l'article L. 211-9 ou au 6 ou au 7 de l'article L. 612-39 du code monétaire et financier, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution informe d'urgence les autorités compétentes des autres Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen.

Article R211-8

La décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution est publiée au Journal officiel de la République française.

Article R211-18

Lorsqu'une mutuelle ou une union fait l'objet d'un retrait d'agrément, l'Autorité de contrôle peut prendre, le cas échéant avec le concours des autorités de contrôle des autres Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen sur le territoire desquels la mutuelle ou l'union opère, les mesures prévues aux articles L. 612-33 et L. 612-34 du code monétaire et financier afin de sauvegarder les intérêts des membres participants et des bénéficiaires.

Section 3 : Dispositions particulières à la branche protection juridique.

Article R211-19

Toute mutuelle ou union doit, lorsqu'elle sollicite un agrément pour la branche 17 conformément aux dispositions des articles L. 211-7 et L. 211-8, indiquer, lors de la présentation des documents prévus à ces articles, la modalité de gestion adoptée parmi celles qui sont énoncées à l'article L. 224-7.

Lorsque la mutuelle ou l'union choisit de confier les remboursements de la branche de protection juridique à une mutuelle ou union juridiquement distincte, conformément aux dispositions du b de l'article L. 224-7, elle doit adresser copie des statuts de cette mutuelle ou union à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Si cette mutuelle ou union juridiquement distincte a des liens de la nature de ceux qui sont définis à l'article L. 612-26 du code monétaire et financier avec un autre organisme pratiquant également l'activité d'assurance, la mutuelle ou l'union qui sollicite l'agrément doit s'assurer et, en outre, attester :

1° Que les personnes chargées de la gestion des remboursements de la branche protection juridique ou des conseils juridiques relatifs à cette gestion n'exercent pas la même activité pour le compte de l'autre organisme ;

2° Que ses dirigeants ne sont pas aussi des dirigeants de l'autre organisme.

Article R211-20

Lorsqu'une mutuelle ou union agréée dans la branche de protection juridique désire opter pour une autre modalité de gestion que celle qu'elle a précédemment choisie, elle est tenue d'en informer l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

La nouvelle modalité choisie prend effet un mois après sa notification à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution sauf opposition de cette dernière dans le même délai pour un motif de nature à remettre en cause la décision d'agrément.

Les deuxième et troisième alinéas de l'article R. 211-19 sont applicables.

Section 4 : Convention de substitution.

Article R211-21

Les dispositions de la présente section concernent les opérations des mutuelles et des unions qui ont souscrit une convention de substitution pour une ou plusieurs branches mentionnées à l'article R. 211-2 avec une autre mutuelle ou union.

La mutuelle ou l'union qui s'est substituée à un autre organisme est chargée, pour le compte et à la place de cet organisme, de faire à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution les différentes communications

prescrites par le chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier, de tenir à son siège les livres de comptabilité, registres ou fichiers prévus par le présent code et de mettre à la disposition des contrôleurs mentionnés à l'article L. 612-23 du code monétaire et financier tous les documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

La convention prévoit que la mutuelle ou l'union qui s'est substituée à un organisme doit constituer et représenter, dans les conditions fixées par l'article L. 212-1, l'intégralité des dettes, réserves et provisions afférentes aux engagements souscrits par cet organisme pour la ou les branches concernées.

Elle précise en outre que toutes les écritures comptables afférentes aux engagements pris par cet organisme doivent apparaître dans la comptabilité de la mutuelle ou de l'union qui lui est substituée.

Lorsqu'une mutuelle ou une union à laquelle un autre organisme s'est substitué pour la totalité de ses opérations choisit de se dispenser de nommer un commissaire aux comptes en application du cinquième alinéa de l'article L. 211-5, le mandat du commissaire aux comptes de l'organisme qui lui est substitué est étendu à cette mutuelle ou union.

Article R211-22

La convention conclue en application de l'article L. 211-5 spécifie que la mutuelle ou l'union se substitue à l'autre organisme pour la constitution des garanties et pour l'exécution des engagements dans les branches concernées.

Article R211-23

La liste des pièces qui doivent être fournies à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour l'exercice du contrôle prévu à l'article L. 211-5 est fixée par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article R211-24

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution refuse l'autorisation lorsque la convention, ou la modification qu'il est proposé de lui apporter, n'est pas conforme aux dispositions du présent code ou pour des motifs tirés de la situation financière de la mutuelle ou de l'union qui est substituée à l'organisme.

Le refus d'autorisation doit être motivé, et notifié par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou remise contre récépissé à la mutuelle ou à l'union intéressée.

Article R211-25

Le silence gardé pendant plus deux mois par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à compter de la réception du projet de modification d'une convention de substitution, vaut autorisation.

Article R211-26

L'organisme auquel une mutuelle ou une union s'est substituée en application de l'article L. 211-5 n'est pas tenu d'obtenir l'agrément administratif pour la ou les branches concernées lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° Il a souscrit auprès d'une mutuelle ou d'une union une convention conforme aux dispositions de l'article L. 211-5 et à celles de la présente section ;

2° L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution n'a pas notifié à l'organisme son opposition au projet de convention dans le délai prévu au troisième alinéa de l'article L. 211-5.

Article R211-27

Les bulletins d'adhésion et les contrats collectifs au sens de l'article L. 221-1 souscrits, pour la ou les branches concernées par la convention de substitution, auprès d'un organisme régi par les dispositions de l'article R. 211-26 contiennent en caractères très apparents la désignation de l'adresse de la mutuelle ou de l'union qui est substituée à cet organisme et reproduisent la clause de la convention par laquelle cette mutuelle ou union déclare se substituer à lui pour la constitution des garanties et pour l'exécution des engagements.

Ils doivent également préciser que, si l'agrément accordé à la mutuelle ou à l'union qui se substitue lui est retiré, le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif mentionné à l'article L. 221-1 sera résilié le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur.

Section 5 : Contrôle interne

Article R211-28

La mutuelle ou union est tenue de mettre en place un dispositif permanent de contrôle interne.

Le conseil d'administration approuve, au moins annuellement, un rapport sur le contrôle interne, qui est transmis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

1° La première partie de ce rapport détaille les conditions de préparation et d'organisation des travaux du conseil d'administration et, le cas échéant, les pouvoirs délégués aux dirigeants salariés dans le cadre du 7° de l'article L. 114-4.

2° La seconde partie de ce rapport détaille :

- a) Les objectifs, la méthodologie, la position et l'organisation générale du contrôle interne au sein de la mutuelle ou de l'union ; les mesures prises pour assurer l'indépendance et l'efficacité du contrôle interne et notamment la compétence et l'expérience des équipes chargées de le mettre en œuvre, ainsi que les suites données aux recommandations des personnes ou instances chargées du contrôle interne ;
- b) Les procédures permettant de vérifier que les activités de la mutuelle ou de l'union sont conduites selon les politiques et stratégies établies par les organes dirigeants et les procédures permettant de vérifier la conformité des opérations d'assurance ou de réassurance aux dispositions législatives et réglementaires ;
- c) Les méthodes utilisées pour assurer la mesure, l'évaluation et le contrôle des placements, en particulier en ce qui concerne l'évaluation de la qualité des actifs et de la gestion actif-passif, le suivi des opérations sur instruments financiers à terme et l'appréciation des performances et des marges des intermédiaires financiers utilisés ;
- d) Le dispositif interne de contrôle de la gestion des placements, ce qui inclut la répartition interne des responsabilités au sein du personnel, les personnes chargées d'effectuer les transactions ne pouvant être également chargées de leur suivi, les délégations de pouvoir, la diffusion de l'information, les procédures internes de contrôle ou d'audit ;
- e) Les procédures et dispositifs permettant d'identifier, d'évaluer, de gérer et de contrôler les risques liés aux engagements de la mutuelle ou de l'union et de détenir des capitaux suffisants pour ces risques, ainsi que les méthodes utilisées pour vérifier la conformité des pratiques en matière d'acceptation et de tarification du risque, de cession en réassurance et de provisionnement des engagements réglementés à la politique de la mutuelle ou de l'union dans ces domaines, définie dans le rapport mentionné à l'article L. 212-3 ;
- f) Les mesures prises pour assurer le suivi de la gestion des sinistres, le suivi des filiales, la maîtrise des activités externalisées et des modes de commercialisation des produits de la mutuelle ou de l'union, et les risques qui pourraient en résulter ;
- g) Les procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable ;
- h) Les procédures et mesures de contrôle interne des risques de blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme, pour les mutuelles et unions mentionnées au 4° de l'article L. 561-2 du code monétaire et financier.

Ces procédures et mesures sont mises en œuvre dans les conditions prévues par un arrêté du ministre chargé de la mutualité après avis du ministre chargé de l'économie.

Article R211-28-1

Les organismes chargés d'établir et de publier les comptes consolidés ou combinés d'un groupe au sens de l'article L. 212-7 fournissent en outre un rapport décrivant également le dispositif de contrôle interne du groupe.

Ce rapport contient notamment une description des éléments mentionnés à l'article R. 213-1 et à l'article R. 213-6.

Article R211-28-2

Le conseil d'administration approuve au moins annuellement les lignes directrices de la politique de réassurance.

Un rapport relatif à la politique de réassurance lui est soumis annuellement.

Ce rapport décrit :

Les orientations prises par l'organisme en matière de cessions en réassurance, en particulier en ce qui concerne la nature et le niveau de protection visé et le choix des entreprises cessionnaires ;

Les critères qualitatifs et quantitatifs sur lesquels l'organisme se fonde pour s'assurer de l'adéquation de ses cessions en réassurance avec les risques souscrits ;

Les orientations de la politique de réassurance concernant les risques souscrits au cours de l'exercice suivant le dernier exercice clos ainsi que les principales cessions de réassurance ;

L'organisation concernant la définition, la mise en œuvre et le contrôle du programme de réassurance ;

Les méthodes d'analyse et de suivi qu'utilise l'organisme en ce qui concerne le risque de contrepartie lié à ses opérations de cessions en réassurance ainsi que les conclusions résultant de l'emploi de ces méthodes.

Après son approbation, ce rapport peut être inclus dans le rapport de solvabilité mentionné à l'article L. 212-3.

Les dispositions du présent article sont applicables aux mutuelles et unions mentionnées à l'article L. 211-7-2.

Article R211-29

Le conseil d'administration fixe, 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.

A cet effet, il s'appuie sur le rapport de solvabilité mentionné à l'article L. 212-3 qui, dans une partie distincte relative aux placements, présente les résultats obtenus pour chaque portefeuille et chaque catégorie de placements, détaille les opérations mentionnées aux articles R. 212-70 à R. 212-73 réalisées au cours de la période écoulée et fixe, pour ces opérations, les limites aux risques de marché, de contrepartie et de liquidité encourus sur les opérations à venir.

Le conseil d'administration peut modifier les limites mentionnées à l'alinéa précédent. Dans ce cas, il rend compte de ces modifications sans délai à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et dans le prochain rapport de solvabilité.

Article R211-30

Lorsqu'elle se propose d'utiliser pour la première fois des instruments financiers à terme, la mutuelle ou union en informe préalablement l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article R211-31

La mutuelle ou union effectue un suivi permanent des opérations mentionnées aux articles R. 212-70 à R. 212-73. Elle tient à cet effet un relevé quotidien des positions prises pour chaque catégorie de placement sous-jacent, échéance par échéance.

Le système de suivi doit permettre :

- a) Une évaluation sans délai des valeurs de réalisation ;
- b) Le respect à tout moment des limites internes mentionnées à l'article R. 211-29 ;
- c) Le contrôle à tout moment du respect par les gestionnaires de ces limites et des procédures internes nécessaires à l'accomplissement des dispositions du présent article.

Chapitre II : Fonctionnement.

Section 1 : Dispositions générales.

Article R212-1

Le fonds d'établissement des mutuelles et unions régies par le présent livre est destiné à faire face, dans les limites fixées par le programme d'activité prévu à l'article L. 211-8, aux dépenses des cinq premiers exercices et à garantir les engagements de la mutuelle ou de l'union.

Le fonds d'établissement est notamment constitué des droits d'adhésion versés par chacun des membres de la mutuelle et de l'union lorsque l'existence de ce droit a été prévue par les statuts en application du 3° de l'article L. 114-4. Il peut également être financé par un emprunt répondant aux conditions, notamment de durée de remboursement, fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Le fonds d'établissement est de 381 100 euros au moins lorsque celles-ci pratiquent des opérations mentionnées au b ou des opérations relevant à la fois du a et du b du 1° du I de l'article L. 111-1 et de 228 600 Euros au moins lorsqu'elles pratiquent les opérations mentionnées aux a, c, d et e du 1° du I du même article. Il doit être intégralement versé en espèces préalablement au dépôt par la mutuelle ou l'union de la demande d'agrément auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, le montant du fonds d'établissement des mutuelles mentionnées à l'article R. 212-14 et aux cinq derniers alinéas de l'article R. 212-17 est au moins égal au tiers de la marge de solvabilité. Ces dispositions ne sont pas applicables aux mutuelles visées à l'article L. 211-5 qui ne réalisent pas d'opérations d'assurance directes.

Article R212-2

Préalablement au dépôt par la mutuelle ou l'union de la demande d'agrément, chacun des éléments constitutifs du fonds d'établissement est déposé, pour le compte de la mutuelle ou de l'union, soit chez un notaire, soit dans un établissement de crédit avec une liste comportant le montant de chacun de ces éléments constitutifs, la dénomination sociale et le siège social ou les nom et prénoms et le domicile de chacun des apporteurs ou des prêteurs ainsi que la somme qu'il a apportée ou prêtée.

Le dépositaire est tenu, jusqu'au retrait de ces éléments constitutifs, de communiquer la liste mentionnée à l'alinéa précédent à chacun des apporteurs qui justifie de son apport. Chacun de ceux-ci peut en prendre connaissance et obtenir, à ses frais, la délivrance d'une copie.

Les apports sont constatés par un certificat du dépositaire établi, au moment du dépôt des fonds, soit par le notaire, soit par l'établissement de crédit auprès duquel ils ont été déposés.

Article R212-3

Les statuts de la mutuelle ou de l'union peuvent prévoir la constitution d'un fonds de développement destiné à procurer à la mutuelle ou à l'union les éléments de solvabilité dont elle doit disposer pour satisfaire à la réglementation en vigueur. Ce fonds est alimenté par des emprunts contractés en vue de financer un plan d'amélioration de l'exploitation ou un plan de développement à moyen ou long terme.

Les dispositions de l'article R. 212-2 s'appliquent au fonds de développement.

Article R212-4

Tout emprunt destiné à la constitution et, éventuellement, à l'alimentation du fonds de développement est autorisé par l'assemblée générale se prononçant par une délibération spéciale.

Article R212-5

Trois mois au moins avant la réunion de l'assemblée générale, la mutuelle ou l'union soumet à l'approbation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution le texte du projet de délibération mentionné à l'article R. 212-4. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution se prononce au vu du plan d'amélioration de l'exploitation ou du plan de développement à moyen ou long terme mentionné à l'article R. 212-3. A l'expiration d'un délai de deux mois à dater du dépôt du texte de l'un ou l'autre de ces plans ainsi que du texte de la délibération, en l'absence de décision expresse de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, l'autorisation est réputée accordée.

Article R212-6

La délibération mentionnée à l'article R. 212-4 détermine, le cas échéant, la ou les catégories de membres à laquelle ou auxquelles il est proposé de souscrire à l'emprunt.

La mutuelle ou l'union est tenue d'informer, au moins une fois par an, chaque membre adhérent ou participant concerné du montant et de l'échéance de sa créance au titre de l'emprunt pour le fonds de développement.

Article R212-7

Les prospectus, affiches, circulaires, notices, annonces ou documents quelconques relatifs aux emprunts que les mutuelles ou les unions contractent sur la base des dispositions du premier alinéa de l'article R. 212-6 comprennent une mention en caractères apparents indiquant de manière explicite qu'un privilège est institué au profit de leurs membres participants et bénéficiaires par l'article L. 212-23 et que le membre participant ou honoraire qui souscrit à un emprunt pour fonds de développement émis par ces mutuelles ou unions ne bénéficie d'aucun privilège pour les intérêts et le remboursement de l'emprunt.

Article R212-8

Il est porté chaque année dans les charges de la mutuelle ou de l'union une somme constante destinée au paiement des intérêts et au remboursement des emprunts ou à la constitution de la réserve pour amortissement des emprunts.

Article R212-9

Les bulletins d'adhésion et les contrats collectifs fixent le montant maximal de cotisation qui peut être demandé aux membres participants et honoraires de la mutuelle et de l'union pratiquant des cotisations variables.

Ce montant ne peut être inférieur à une fois et demie le montant de la cotisation normale nécessaire pour faire face aux charges probables résultant des sinistres et aux frais de gestion.

Le montant de la cotisation normale doit être indiqué dans les règlements et contrats collectifs des mutuelles et unions relevant du présent article.

Les modifications statutaires d'une mutuelle ou d'une union tendant à remplacer les cotisations fixes par les cotisations variables sont applicables aux bulletins d'adhésion et aux contrats collectifs en cours, nonobstant toute clause contraire, un mois au moins après la notification faite aux membres participants et honoraires dans les formes prévues par les statuts.

Article R212-9-1

Pour les mutuelles et unions régies par le présent livre, le montant du droit d'adhésion ne peut dépasser le rapport entre, d'une part, la marge de solvabilité mentionnée aux articles R. 212-12, R. 212-14, R. 212-16 et R. 212-19 et la solvabilité ajustée mentionnée aux articles R. 213-2 à R. 213-5 et, d'autre part, le nombre de membres participants et honoraires sur lequel portent les comptes approuvés. Toutefois, lorsque la marge de solvabilité effectivement constituée est inférieure au montant minimal réglementaire, le premier terme de ce rapport est majoré du montant de cette insuffisance.

Section 2 : Marge de solvabilité.

Article R212-10

Les mutuelles et unions agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans les conditions prévues à l'article L. 211-7 doivent justifier de l'existence d'une marge de solvabilité suffisante relative à l'ensemble de leurs activités.

Article R212-11

I.-La marge de solvabilité mentionnée à l'article R. 212-10 des mutuelles et unions agréées pour pratiquer des opérations relevant des branches 1,2,15,16 a et h, 17,18 mentionnées à l'article R. 211-2 est constituée, après déduction des pertes, de la part des frais d'acquisition non admise en représentation des engagements réglementés et des autres éléments incorporels, par les éléments suivants :

1. Le fonds d'établissement constitué ;
2. Les réserves de toute dénomination, réglementaires ou libres, ne correspondant pas aux engagements, y compris la réserve de capitalisation ;
3. Les excédents reportés ;
4. Le ou les emprunts pour fonds de développement ; toutefois, à partir de la moitié de la durée d'un emprunt, celui-ci n'est retenu dans la marge de solvabilité que pour sa valeur progressivement réduite chaque année d'un montant constant égal au double du montant total de cet emprunt divisé par le nombre d'années de sa durée.

II.-La marge de solvabilité peut également être constituée par :

1. Les fonds effectivement encaissés provenant de l'émission de titres ou emprunts subordonnés.

Ces titres et emprunts doivent répondre aux conditions, notamment de durée et de remboursement, qui sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité. Ces fonds sont admis jusqu'à concurrence de 50 % de l'exigence de marge de solvabilité ou de la marge de solvabilité, le montant le plus faible étant retenu. Toutefois, la prise en compte de ceux de ces fonds qui proviennent de titres ou emprunts à durée déterminée

n'est admise qu'à concurrence de 25 % de cette marge. Tout remboursement effectué irrégulièrement peut, conformément aux dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier, donner lieu à des mesures de police ou de sanction de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

2. Les réserves constituées en application des articles L. 111-6 et L. 431-1, y compris la part de cotisation versée par la mutuelle ou l'union et non utilisée par le système fédéral de garantie ou le fonds de garantie.

III.-Sur demande et justification de la mutuelle ou de l'union et avec l'accord de l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1, la marge de solvabilité peut également être constituée par les éléments suivants :

1. Avec l'accord des autorités de contrôle des Etats membres de la Communauté européenne où la mutuelle ou l'union exerce son activité :

a) La moitié de la part restant à rembourser de l'emprunt pour fonds d'établissement ;

b) Les rappels de cotisations que les mutuelles peuvent exiger de leurs membres participants et honoraires au titre de l'exercice, à concurrence de la moitié de la différence entre les cotisations maximales et les cotisations effectivement appelées ; toutefois, ces possibilités de rappel ne peuvent représenter, d'une part, plus de 50 % de la marge prévue au présent article, d'autre part, plus de 50 % de l'exigence minimale de marge prévue à l'article R. 212-12 ;

c) Les plus-values pouvant résulter de la sous-estimation d'éléments d'actif et de la surestimation d'éléments de passif, dans la mesure où de telles plus-values n'ont pas un caractère exceptionnel ;

2. Les plus-values latentes sur les instruments financiers à terme mentionnés aux articles R. 212-70 et R. 212-71, lorsque les opérations correspondantes sont négociées sur un marché reconnu au sens du dernier alinéa du A de l'article R. 212-31 ou réalisées de gré à gré dans la mesure où elles sont garanties dans les conditions prévues à l'article R. 212-81.

Les moins-values latentes sur instruments financiers à terme non provisionnées sont déduites des éléments énumérés aux 1 (c) et au 2.

IV.-Lorsque la mutuelle ou l'union n'est pas soumise à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 212-7-2 ou de l'article L. 212-7-4, la marge de solvabilité est diminuée des éléments suivants :

a) Les participations au sens du 2° de l'article L. 212-7-1 que la mutuelle ou l'union détient dans des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers ;

b) Les créances subordonnées et autres instruments financiers que la mutuelle ou l'union détient sur des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers dans lesquels elle détient une participation, et qui sont considérés comme des fonds propres pour le calcul des exigences de fonds propres applicables aux entreprises et établissements mentionnés ci-dessus ;

c) Les certificats mutualistes émis et détenus directement par la mutuelle ou l'union.

Lorsqu'une participation dans un établissement de crédit, une entreprise d'investissement ou un établissement financier est détenue temporairement en vue de faciliter l'assainissement et la sauvegarde de cette entité, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut autoriser la mutuelle ou l'union à ne pas effectuer les déductions prévues aux a et b.

En outre, la mutuelle ou l'union n'est pas tenue d'effectuer les déductions mentionnées au a et au b lorsqu'elle est soumise à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 212-7-2 ou de l'article L. 212-7-4

et qu'elle respecte les exigences complémentaires en fonds propres calculées selon les modalités fixées par l'arrêté des ministres chargés de l'économie, de la sécurité sociale et de la mutualité prévu à l'article L. 517-8 du code monétaire et financier.

V.-Lorsqu'elle estime que l'appréciation du report des excédents mentionnés au 3 du I est susceptible d'être faussée par l'existence d'un contrat de réassurance financière limitée souscrit par la mutuelle ou l'union, l'Autorité de contrôle peut limiter la prise en compte de ce report, en vue d'y intégrer les charges futures attendues au titre de ce contrat. Le cas échéant, le montant de la marge de solvabilité est ajusté au terme du contrat de réassurance financière limitée, en fonction du report cumulé effectivement constaté.

Article R212-12

En ce qui concerne les mutuelles et unions agréées pour pratiquer des opérations relevant des branches 1,2,15,16 a et h, 17 et 18 mentionnées à l'article R. 211-2, l'exigence minimale de marge de solvabilité est déterminée soit par rapport au montant annuel des cotisations, soit par rapport à la charge moyenne des sinistres pour les trois derniers exercices. Cette exigence minimale de marge est égale au plus élevé des résultats obtenus par application des deux méthodes suivantes :

(a) Première méthode (calcul par rapport aux cotisations) :

La base des cotisations est calculée à partir des cotisations brutes émises ou des cotisations brutes acquises, le chiffre le plus élevé étant retenu. Au total des cotisations émises en opérations directes au cours du dernier exercice, quel que soit l'exercice au titre duquel elles ont été émises, accessoires compris, sont ajoutées les cotisations acceptées en réassurance au cours du dernier exercice.

De cette somme sont déduits, d'une part, le total des cotisations annulées au cours du dernier exercice, d'autre part, le total des impôts et taxes afférents aux cotisations précitées.

Le montant obtenu est réparti en deux tranches, respectivement inférieure et supérieure à 61 300 000 euros. A 18 % de la première tranche sont ajoutés 16 % de la seconde.

Le résultat déterminé par application de la première méthode est obtenu en multipliant la somme des deux termes de l'addition prévue à l'alinéa précédent par le rapport existant, pour les trois derniers exercices, entre le montant des sinistres demeurant à charge de l'entreprise après cession en réassurance et le montant des sinistres brut de réassurance, sans que ce rapport puisse être inférieur à 50 %.

Sous réserve de l'accord de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, l'affectation des cotisations peut être effectuée par des méthodes statistiques.

b) Deuxième méthode (calcul par rapport à la charge moyenne des sinistres pour les trois derniers exercices) :

Au total des sinistres payés pour les opérations directes au cours des trois derniers exercices, sans déduction des sinistres à la charge des cessionnaires et rétrocessionnaires, sont ajoutés, d'une part, les sinistres payés au titre des acceptations en réassurance ou en rétrocession au cours des mêmes exercices, d'autre part, les provisions pour prestations à payer constituées à la fin du dernier exercice, tant pour les opérations directes que pour les acceptations en réassurance.

De cette somme sont déduits, d'une part, les recours encaissés au cours des trois derniers exercices, d'autre part, les provisions pour prestations à payer constituées au commencement du deuxième exercice précédant le dernier exercice, tant pour les opérations directes que pour les acceptations en réassurance.

Le tiers du montant ainsi obtenu est réparti en deux tranches, respectivement inférieure et supérieure à 42 900 000 euros. A 26 % de la première tranche sont ajoutés 23 % de la seconde.

Le résultat déterminé par application de la deuxième méthode est obtenu en multipliant la somme des deux termes de l'addition prévue à l'alinéa précédent par le rapport existant, pour les trois derniers exercices, entre le montant des sinistres demeurant à la charge de la mutuelle ou de l'union après cession en réassurance et le montant des sinistres brut de réassurance, sans que ce rapport puisse être inférieur à 50 %.

Pour les opérations relevant de la branche 18 mentionnée à l'article R. 211-2, le montant des sinistres payés entrant dans le calcul du résultat déterminé par application de la seconde méthode est le coût résultant pour la mutuelle ou l'union des interventions effectuées en matière d'assistance, y compris les coûts d'assistance directs internes.

Si les calculs des a et b donnent un résultat inférieur à l'exigence de marge de l'exercice précédent, l'exigence de marge de solvabilité est au moins égale à celle de l'exercice précédent multipliée par le rapport entre les provisions techniques pour sinistres à payer à la fin du dernier exercice et le montant des provisions techniques à payer au début du dernier exercice. Dans ces calculs, les provisions techniques sont calculées déduction faite de la réassurance, le ratio ne pouvant jamais être supérieur à un.

Les montants correspondant aux seuils des cotisations et des sinistres mentionnés aux quatrièmes alinéas des a et b sont révisés annuellement en fonction de l'évolution de l'indice européen des prix à la consommation publié par Eurostat pour l'ensemble des Etats membres.

Chaque année, l'autorité de contrôle communique les nouveaux montants en euros calculés en fonction de l'évolution de cet indice et arrondis au multiple de 100 000 euros supérieur.

Si la variation de l'indice depuis la dernière adaptation est inférieure à 5 %, ces montants ne sont pas révisés.

En outre, pour la prise en compte de la réassurance financière limitée dans le ratio de réassurance mentionné au premier alinéa, l'Autorité de contrôle se fonde sur le transfert de risque effectif.

Sur demande et justification de l'entreprise auprès de l'Autorité de contrôle, et avec l'accord de celle-ci, les montants récupérables au titre des risques transférés à un véhicule de titrisation mentionné à l'article L. 310-1-2 du code des assurances peuvent être assimilés à des cessions en réassurance pour le calcul du rapport mentionné au dernier alinéa du a et au dernier alinéa du b du présent article.

L'Autorité de contrôle tient compte du transfert de risque effectif pour apprécier l'ampleur de la réduction d'exigence de marge de solvabilité autorisée au titre de chaque opération réalisée avec un véhicule de titrisation. Elle tient également compte de la capacité de ce véhicule à respecter à tout moment ses engagements.

Article R212-13

Le fonds de garantie des mutuelles et unions agréées pour pratiquer une ou plusieurs branches mentionnées aux 1, 2, 15, 16 (a et h), 17, 18 de l'article R. 211-2 est égal au tiers de l'exigence minimale de marge de solvabilité définie à l'article R. 212-12.

Ce fonds ne peut être inférieur au montant minimal suivant :

2 800 00 euros lorsque la mutuelle ou l'union est agréée pour pratiquer des opérations entrant dans la branche 15 de l'article R. 211-2 ;

1 900 000 euros lorsque la mutuelle ou l'union est agréée pour pratiquer des opérations entrant dans la branche 1, 2, 16 (a et h), 17, 18 de l'article R. 211-2.

Lorsqu'une mutuelle ou union est agréée pour pratiquer des opérations entrant dans plusieurs branches, seule est prise en considération pour le calcul du fonds de garantie la branche à laquelle correspond le montant le plus élevé.

Les montants en euros mentionnés aux troisième et quatrième alinéas sont révisés annuellement en fonction de l'évolution de l'indice européen des prix à la consommation publié par Eurostat pour l'ensemble des Etats membres. Chaque année, l'Autorité de contrôle communique les nouveaux montants en euros calculés en fonction de l'évolution de cet indice et arrondis au multiple de 100 000 euros supérieur. Si la variation de l'indice depuis la dernière adaptation est inférieure à 5 %, ces montants ne sont pas révisés.

Le fonds est constitué par les éléments mentionnés aux 1, 2 et 3 du I, au 1 du II, au a du 1 du III de l'article R. 212-11.

Article R212-14

Les montants minima prévus aux troisième et quatrième alinéas de l'article R. 212-13 ne sont pas applicables aux mutuelles et unions qui remplissent simultanément les conditions suivantes :

- a) Leurs statuts prévoient la possibilité de procéder à des rappels de cotisations ou à des réductions de prestations ; lorsque les statuts de la mutuelle ou de l'union sont modifiés en application du quatrième alinéa de l'article R. 212-9, le membre participant ou la personne morale souscriptrice du contrat collectif a, dans le mois qui suit la notification des modifications statutaires de la mutuelle ou de l'union, le droit de résilier le ou les bulletins d'adhésion et le ou les contrats collectifs souscrits. Dans ce cas, la faculté de résiliation ouverte au membre participant et à la personne morale souscriptrice du contrat collectif comporte restitution par la mutuelle ou l'union des portions de cotisation afférentes à la période pour laquelle les risques ne sont plus garantis ;
- b) Le montant annuel des cotisations émises, accessoires compris et annulations déduites, ne dépasse pas cinq millions d'euros ;
- c) Elles ne couvrent pas les risques relevant de la branche 15 mentionnée à l'article R. 211-2 ;
- d) Lorsqu'elles pratiquent des opérations relevant du a, c, d du 1° du I de l'article L. 111-1, la moitié au moins de leurs cotisations est versée par leurs membres participants ou honoraires.

Article R212-15

I.-La marge de solvabilité mentionnée à l'article R. 212-10 des mutuelles et unions agréées pour pratiquer des opérations relevant des branches 20 à 22 et 24 à 26 mentionnées à l'article R. 211-2 est constituée, après déduction des pertes, de la part des frais d'acquisition non admise en représentation des engagements réglementés et des autres éléments incorporels, par les éléments suivants :

1. Le fonds d'établissement constitué ;
2. Les réserves de toute dénomination, réglementaires ou libres, ne correspondant pas aux engagements, y compris la réserve de capitalisation ;
3. Les excédents reportés ;
4. Le ou les emprunts pour fonds de développement ; toutefois, à partir de la moitié de la durée d'un emprunt, celui-ci n'est retenu dans la marge de solvabilité que pour sa valeur progressivement réduite chaque année d'un montant constant égal au double du montant total de cet emprunt divisé par le nombre d'années de sa durée.

II.-La marge de solvabilité peut également être constituée par :

1. Les fonds effectivement encaissés provenant de l'émission de titres ou emprunts subordonnés.

Ces titres et emprunts doivent répondre aux conditions, notamment de durée et de remboursement, qui sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité. La prise en compte de ces fonds est admise jusqu'à concurrence de 50 % de l'exigence de marge de solvabilité ou de la marge de solvabilité, le montant le plus faible étant retenu. Toutefois, la prise en compte de ceux de ces fonds qui proviennent de titres ou emprunts à durée déterminée n'est admise qu'à concurrence de 25 % de cette marge. Tout remboursement effectué irrégulièrement peut, conformément aux dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier, donner lieu à des mesures de police ou de sanction de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

2. Les réserves constituées en application des articles L. 111-6 et L. 431-1, y compris la part de cotisation versée par la mutuelle ou l'union et non utilisée par le système fédéral de garantie ou le fonds de garantie.

III.-Sur demande et justification de la mutuelle ou de l'union et avec l'accord de l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1, la marge de solvabilité peut également être constituée par :

1. La moitié de la part restant à rembourser de l'emprunt pour fonds d'établissement ;
2. Avec l'accord des autorités de contrôle des Etats membres de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen où la mutuelle ou l'union exerce son activité, les plus-values pouvant résulter de la sous-estimation d'éléments d'actif et de la surestimation d'éléments de passif autres que les provisions mathématiques, dans la mesure où de telles plus-values n'ont pas un caractère exceptionnel ;
3. Les plus-values latentes sur les instruments financiers à terme mentionnés aux articles R. 212-70 et R. 212-71, dès lors que les opérations correspondantes sont négociées sur un marché reconnu au sens du dernier alinéa du A de l'article R. 212-31 ou réalisées de gré à gré dans la mesure où elles sont garanties dans les conditions prévues à l'article R. 212-81 ; les moins-values latentes sur instruments financiers à terme non provisionnées sont déduites de ces plus-values ;

Les moins-values latentes sur instruments financiers à terme non provisionnées sont déduites des éléments énumérés aux 3 et 4 du III.

IV.-Lorsque la mutuelle ou l'union n'est pas soumise à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 212-7-2 ou de l'article L. 212-7-4, la marge de solvabilité est diminuée des éléments suivants :

- a) Les participations au sens du 2° de l'article L. 212-7-1 que la mutuelle ou l'union détient dans des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers ;

b) Les créances et autres instruments financiers que la mutuelle ou l'union détient sur des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers dans lesquels elle détient une participation, et qui sont considérés comme des fonds propres pour le calcul des exigences de fonds propres applicables aux entreprises et établissements mentionnés ci-dessus ;

c) Les certificats mutualistes émis et détenus directement par la mutuelle ou l'union.

Lorsqu'une participation dans un établissement de crédit, une entreprise d'investissement ou un établissement financier est détenue temporairement par une mutuelle ou une union en vue de faciliter l'assainissement et la sauvegarde de cette entité, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut autoriser la mutuelle ou l'union à ne pas effectuer les déductions prévues aux deux alinéas précédents.

En outre, la mutuelle ou l'union n'est pas tenue d'effectuer les déductions mentionnées au a et au b lorsqu'elle est soumise à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 212-7-2 ou de l'article L. 212-7-4 et qu'elle respecte les exigences complémentaires en fonds propres calculées selon les modalités fixées par l'arrêté des ministres chargés de l'économie, de la sécurité sociale et de la mutualité prévu à l'article L. 517-8 du code monétaire et financier.

V.-Lorsqu'elle estime que l'appréciation du report des excédents mentionnés au 3 du I est susceptible d'être faussée par l'existence d'un contrat de réassurance financière limitée souscrit par la mutuelle et l'union, l'autorité de contrôle peut limiter la prise en compte de ce report, en vue d'y intégrer les charges futures attendues au titre de ce contrat. Le cas échéant, le montant de la marge de solvabilité est ajusté au terme du contrat de réassurance financière limitée en fonction du report cumulé effectivement constaté.

Article R212-16

En ce qui concerne les mutuelles ou les unions agréées pour pratiquer les branches mentionnées aux 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 211-2, l'exigence minimale de marge de solvabilité est déterminée en fonction des branches exercées, en application des dispositions suivantes :

a) Pour les branches 20 et 21, à l'exception des garanties complémentaires :

L'exigence minimale de marge est calculée par rapport aux provisions mentionnées aux 1° et 4° de l'article R. 212-26 et aux capitaux sous risque. Ce montant est égal à la somme de deux résultats suivants :

Le " premier résultat " est obtenu en multipliant un nombre représentant 4 % de la somme des provisions mentionnées aux 1° et 4° de l'article R. 212-26 relatives aux opérations directes sans déduction des cessions en réassurance et aux acceptations en réassurance, par le rapport existant, pour le dernier exercice, entre le montant des provisions mathématiques après cessions en réassurance et le montant des provisions mathématiques brut de réassurance, sans que ce rapport puisse être inférieur à 85 %.

Le " second résultat " est obtenu en multipliant un nombre représentant 0,3 % des capitaux sous risque par le rapport existant, pour le dernier exercice, entre le montant des capitaux sous risque après cession et rétrocession en réassurance et le montant des capitaux sous risque brut de réassurance, sans que ce rapport puisse être inférieur à 50 %.

Pour les assurances temporaires en cas de décès d'une durée maximale de trois années, le facteur multiplicateur des capitaux sous risque est égal à 0,1 %. Il est fixé à 0,15 % desdits capitaux pour les assurances temporaires en cas de décès dont la durée est supérieure à trois années mais n'excède pas cinq années.

Le capital sous risque est égal au risque décès, déduction faite de la provision mathématique du risque principal ;

b) Pour les garanties complémentaires relatives à des bulletins d'adhésion ou contrats collectifs comportant des engagements résultant d'opérations classées aux branches 20 à 22 :

L'exigence minimale de marge est égale au résultat obtenu par application de la méthode suivante :

Au total des cotisations émises en opérations directes au cours du dernier exercice, quel que soit l'exercice au titre duquel elles ont été émises, accessoires compris, sont ajoutées les cotisations acceptées en réassurance au cours du dernier exercice.

De cette somme sont déduits, d'une part, le total des cotisations annulées au cours du dernier exercice, d'autre part, le total des impôts et taxes afférents auxdites cotisations.

Le montant ainsi obtenu est réparti en deux tranches, respectivement inférieure et supérieure à 10 millions d'euros. A 18 % de la première tranche sont ajoutés 16 % de la seconde.

La somme des deux termes prévus à l'alinéa précédent est multipliée par le rapport existant, pour le dernier exercice, entre le montant des sinistres demeurant à la charge de la mutuelle ou union après cession et rétrocession en réassurance et le montant des sinistres brut de réassurance, sans que ce rapport puisse être inférieur à 50 % ;

c) Pour la branche 24, à l'exception des opérations de capitalisation exprimées en unités de compte, l'exigence minimale de marge est égale au résultat obtenu en multipliant un nombre représentant 4 % de la somme des provisions mentionnées aux 1^o et 4^o de l'article R. 212-26 relatives aux opérations directes et aux acceptations brutes de réassurance par le rapport mentionné au " premier résultat " défini au a du présent article ;

d) Pour la branche 22, à l'exception des garanties complémentaires, la branche 24 lorsqu'il s'agit des opérations de capitalisation exprimées en unités de compte, et la branche 25, l'exigence minimale de marge est égale :

-lorsque la mutuelle ou l'union assume un risque de placement, à un nombre représentant 4 % des provisions techniques relatives aux opérations d'assurances directes et d'acceptations brutes de réassurance multiplié par le rapport mentionné au " premier résultat " défini au a du présent article ;

-lorsque la mutuelle ou l'union n'assume pas de risque de placement et lorsque le montant destiné à couvrir des frais de gestion est fixé pour une période supérieure à cinq ans, à un nombre représentant 1 % des provisions techniques relatives aux opérations directes et aux acceptations brutes de réassurance multiplié par le rapport mentionné au premier résultat du a du présent article, à la condition que la durée du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif soit supérieure à cinq années et que le montant destiné à couvrir les frais de gestion prévus dans le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif soit fixé pour une période supérieure à cinq années ;

-lorsque la mutuelle n'assume pas un risque de placement, et pour les contrats mentionnés à l'article L. 222-2 qui prévoient que les frais de gestion ne sont pas fixés pour une période supérieure à cinq ans, à un montant équivalant à 25 % des dépenses de gestion nettes relatives à ces opérations pour le dernier exercice ;

-lorsque la mutuelle ou l'union n'assume pas de risque de placement et lorsque le montant destiné à couvrir des frais de gestion n'est pas fixé pour une période supérieure à cinq ans, à un nombre représentant 25 % des dépenses de gestion nettes relatives à ces opérations pour le dernier exercice ;

-lorsque la mutuelle ou l'union assume un risque de mortalité, l'exigence minimale de marge est obtenue en ajoutant à l'un ou l'autre des résultats déterminés par application des dispositions des deux alinéas précédents un nombre représentant 0,3 % des capitaux sous risque, multiplié par le rapport existant, pour le dernier exercice, entre le montant des capitaux sous risque après cessions et rétrocessions en réassurance et le montant des capitaux sous risque brut de réassurance, sans que ce rapport puisse être inférieur à 50 % ;

e) Pour la branche 26 :

L'exigence minimale de marge est égale à un nombre représentant 4 % de la provision technique spéciale mentionnée à l'article R. 222-8, dans la limite de la provision mathématique théorique mentionnée à l'article R. 222-16.

En outre, pour la prise en compte de la réassurance financière limitée dans le ratio de réassurance mentionné au premier alinéa, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution se fonde sur le transfert de risque effectif.

Sur demande et justification de la mutuelle ou union auprès de l'Autorité de contrôle, et avec l'accord de celle-ci, les montants récupérables au titre des risques transférés à un véhicule de titrisation peuvent être assimilés à des cessions en réassurance pour le calcul du rapport mentionné aux deuxième et troisième alinéas du a et au e.

L'Autorité de contrôle tient compte du transfert de risque effectif pour apprécier l'ampleur de la réduction d'exigence de marge de solvabilité autorisée au titre de chaque opération réalisée avec un véhicule de titrisation. Elle tient également compte de la capacité de ce véhicule à respecter à tout moment ses engagements.

Article R212-17

Le fonds de garantie des mutuelles ou unions agréées pour pratiquer des opérations relevant d'une ou plusieurs des branches mentionnées aux 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 211-2 est égal au tiers de l'exigence minimale de marge de solvabilité définie à l'article R. 212-16.

Ce fonds ne peut être inférieur à 2 800 000 euros. Ce montant est révisé annuellement en fonction de l'évolution de l'indice européen des prix à la consommation publié par l'Eurostat pour l'ensemble des Etats membres. Chaque année, l'Autorité de contrôle communique le nouveau montant en euros calculé en fonction de l'évolution de cet indice et arrondi au multiple de 100 000 euros supérieur. Si la variation de l'indice depuis la dernière adaptation est inférieure à 5 %, ce montant n'est pas révisé.

Le fonds est constitué par les éléments mentionnés au 1, 2 et 3 du I, au 1 du II et au 1 du III de l'article R. 212-15.

Le deuxième alinéa du présent article n'est pas applicable aux mutuelles qui :

a) soit garantissent exclusivement des prestations en cas de décès lorsque le montant en capital n'excède pas 150 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ou lorsque ces prestations sont servies en nature ;

b) Soit remplissent cumulativement les conditions suivantes :

Leurs statuts prévoient la possibilité de procéder à des rappels de cotisations ou à des réductions de prestations ; lorsque les statuts de la mutuelle ou de l'union sont modifiés en application du quatrième alinéa de l'article R. 212-9, le membre participant ou la personne morale souscriptrice du contrat collectif a, dans le mois qui suit la notification des modifications statutaires de la mutuelle ou de l'union, le droit de résilier le ou les bulletins d'adhésion et le ou les contrats collectifs souscrits. Dans ce cas, la faculté de résiliation ouverte

au membre participant et à la personne morale souscriptrice du contrat collectif comporte restitution par la mutuelle ou l'union des portions de cotisation afférentes à la période pour laquelle les risques ne sont plus garantis ;

Le montant des cotisations émises, accessoires compris et annulations déduites, ne dépasse pas 5 millions d'euros annuellement.

Article R212-18

La marge de solvabilité mentionnée à l'article R. 212-10 relative aux mutuelles et unions agréées pour pratiquer des opérations relevant simultanément d'au moins deux ou plusieurs branches mentionnées soit aux 1 et 2, soit aux 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 211-2 est constituée, après déduction des pertes, de la part des frais d'acquisition non admise en représentation des engagements réglementés et des autres éléments incorporels, par les mêmes éléments que ceux définis à l'article R. 212-15 en tenant compte des déductions prévues au premier alinéa du I de cet article. Toutefois, l'élément défini au 6, (a) de cet article n'est à prendre en compte que dans la limite du montant de la fraction vie définie au troisième alinéa de l'article R. 212-19.

Les moins-values latentes sur instruments financiers à terme non provisionnées sont déduites des éléments énumérés ci-dessus.

Article R212-19

L'exigence minimale de marge de solvabilité des mutuelles ou unions agréées pour pratiquer simultanément au moins deux ou plusieurs branches mentionnées soit aux 1 et 2, soit aux 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 211-2 est égale à la somme des deux éléments ci-après, dénommés respectivement fraction non-vie et fraction vie.

Le montant minimal de la fraction non-vie est calculé dans les conditions définies à l'article R. 212-12, sur la base des cotisations et sinistres afférents aux opérations directes et aux acceptations en réassurance relevant des branches 1 et 2 définies à l'article R. 211-2.

Le montant minimal de la fraction vie est calculé dans les conditions définies à l'article R. 212-16, sur la base des provisions techniques, des capitaux sous risque, des cotisations, des sinistres et des avoirs afférents aux opérations directes et aux acceptations relevant des branches 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 211-2.

Article R212-20

Le fonds de garantie des mutuelles ou unions agréées pour pratiquer simultanément au moins deux ou plusieurs branches mentionnées soit aux 1 et 2, soit aux 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 211-2, est égal au tiers de l'exigence minimale de marge de solvabilité définie à l'article R. 212-19, sans pouvoir être inférieur au seuil défini au deuxième alinéa de l'article R. 212-17.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, le montant minimal défini au deuxième alinéa de l'article R. 212-17 n'est pas applicable aux mutuelles répondant cumulativement aux conditions définies à l'article R. 212-14 et aux trois derniers alinéas de l'article R. 212-17.

Le fonds est constitué par les éléments mentionnés au 1, 2 et 3 du I, au 1 du II et au 1 du III de l'article R. 212-15.

Article R212-20-1

I. # La marge de solvabilité des mutuelles et unions de réassurance agréées dans les conditions prévues à l'article L. 211-7-2 est constituée, après déduction des pertes et des éléments incorporels, par les éléments suivants :

1. Le fonds d'établissement constitué ;
2. Les réserves de toute dénomination, réglementaires ou libres, ne correspondant pas aux engagements, y compris la réserve de capitalisation ;
3. Le report des excédents ;
4. L'emprunt ou les emprunts pour fonds de développement : toutefois, à partir de la moitié de la durée d'un emprunt, celui-ci n'est retenu dans la marge de solvabilité que pour sa valeur progressivement réduite chaque année d'un montant constant égal au double du montant total de cet emprunt divisé par le nombre d'années de sa durée ;
5. Les titres et prêts subordonnés mentionnés au II de l'article R. 212-11 ou de l'article R. 212-15 dans les conditions et limites fixées par ces articles ;
6. Sur demande et justification de l'entreprise, les éléments mentionnés au III de l'article R. 212-11 ou de l'article R. 212-15, dans les conditions et limites fixées par ces articles.

II. # Lorsque la mutuelle ou l'union n'est pas soumise à une surveillance complémentaire en application de l'article L. 212-7-2 ou de l'article L. 212-7-4, la marge de solvabilité disponible est également diminuée des éléments suivants :

1. Les participations que la mutuelle ou union de réassurance détient dans un établissement de crédit, une entreprise d'investissement ou un établissement financier ;
2. Les créances et autres instruments financiers que la mutuelle ou l'union de réassurance détient sur des établissements de crédit, des entreprises d'investissement ou des établissements financiers dans lesquels elle détient une participation, et qui sont considérés comme des fonds propres pour le calcul des exigences de fonds propres applicables aux entreprises et établissements mentionnés ci-dessus.

Lorsqu'une participation dans un établissement de crédit, une entreprise d'investissement ou un établissement financier est détenue temporairement par une mutuelle ou une union de réassurance en vue de faciliter l'assainissement et la sauvegarde de cette entité, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut autoriser la mutuelle ou l'union à ne pas effectuer les déductions prévues aux deux alinéas précédents.

En outre, la mutuelle ou union n'est pas tenue d'effectuer ces déductions lorsqu'elle présente une solvabilité ajustée positive calculée selon les modalités précisées, pour le calcul des exigences complémentaires en fonds propres des conglomérats financiers, par l'arrêté des ministres chargés de l'économie, de la sécurité sociale et de la mutualité prévu à l'article L. 517-8 du code monétaire et financier.

III. # Lorsqu'elle estime que l'appréciation du report des excédents mentionnés au 3 du I est susceptible d'être faussée par l'existence d'un contrat de réassurance financière limitée souscrit par l'institution ou l'union, l'Autorité de contrôle peut limiter la prise en compte de ce report, en vue d'y intégrer les charges futures attendues au titre de ce contrat. Le cas échéant, le montant de la marge de solvabilité est ajusté au terme du contrat de réassurance financière limitée, en fonction du report cumulé effectivement constaté.

Article R212-20-2

I. # Sous réserve des dispositions du II et du III, l'exigence de marge de solvabilité des mutuelles et unions agréées dans les conditions prévues à l'article L. 211-7-2 est égale au plus élevé des deux résultats obtenus par l'application des deux méthodes suivantes :

a) Première méthode : calcul par rapport au montant annuel des cotisations.

L'assiette des cotisations est calculée à partir des cotisations brutes émises ou des cotisations brutes acquises, le montant le plus élevé étant retenu.

Les cotisations émises dans le cadre des acceptations en réassurance au cours du dernier exercice, accessoires compris, sont agrégées.

De ce montant sont déduits le montant total des cotisations annulées au cours du dernier exercice ainsi que le montant total des impôts et taxes afférents aux cotisations précitées.

Le montant obtenu est divisé en deux tranches, respectivement inférieure et supérieure à 50 millions d'euros. A 18 % de la première tranche sont ajoutés 16 % de la seconde.

Le résultat déterminé par application de la première méthode est le produit de la somme prévue à l'alinéa précédent par le rapport, sur les trois derniers exercices, entre le montant des sinistres demeurant à la charge de l'entreprise de réassurance après déduction des montants récupérables au titre des cessions en réassurance et le montant des sinistres bruts. Ce rapport ne peut, en aucun cas, être inférieur à 50 %.

Sous réserve de l'accord de l'Autorité de contrôle, des méthodes statistiques peuvent être utilisées pour l'affectation des cotisations.

b) Deuxième méthode : calcul par rapport à la charge moyenne des sinistres.

La charge moyenne des sinistres est calculée sur la base des trois derniers exercices.

Les montants des sinistres réglés durant les périodes mentionnées à l'alinéa précédent, sans déduction des sinistres supportés par les récessionnaires, sont agrégés. A cette somme est ajouté le montant des provisions pour sinistres constituées à la fin du dernier exercice. Il en est déduit le montant des recours encaissés au cours des mêmes périodes, ainsi que le montant des provisions pour sinistres constituées au début du second exercice précédant le dernier exercice inventorié.

Un tiers du montant ainsi obtenu est réparti en deux tranches, respectivement inférieure et supérieure à 35 millions d'euros. A 26 % de la première tranche sont ajoutés 23 % de la seconde tranche.

La somme ainsi obtenue est multipliée par le rapport, sur les trois derniers exercices, entre le montant des sinistres demeurant à la charge de l'organisme après déduction des montants récupérables au titre des rétrocessions en réassurance et le montant des sinistres bruts. Ce rapport ne peut, en aucun cas, être inférieur à 50 %.

Avec l'accord des autorités compétentes, des méthodes statistiques peuvent être utilisées pour l'affectation des sinistres, provisions et recours.

Si les calculs prévus au a et au b donnent un résultat inférieur à l'exigence de marge de solvabilité de l'exercice précédent, l'exigence de marge de solvabilité est au moins égale à celle de l'exercice précédent, multipliée par le rapport entre le montant des provisions techniques pour sinistres à la fin du dernier exercice et leur montant au début du dernier exercice. Dans ce cas, les provisions techniques sont calculées déduction faite des rétrocessions, ce rapport ne pouvant cependant pas être supérieur à un.

Les montants correspondant aux seuils des cotisations et des sinistres mentionnés aux a et b sont révisés annuellement en fonction de l'évolution de l'indice européen des prix à la consommation publié par Eurostat pour l'ensemble des Etats membres.

Chaque année, l'Autorité de contrôle communique les nouveaux montants en euros calculés en fonction de l'évolution de cet indice et arrondis au multiple de 100 000 euros supérieur.

Si la variation de l'indice depuis la dernière adaptation est inférieure à 5 %, ces montants ne sont pas révisés.

II. # Sur demande et justification de l'organisme auprès de l'Autorité de contrôle, et avec l'accord de celle-ci, les montants récupérables au titre des risques cédés à un véhicule de titrisation mentionné à l'article L. 310-1-2 du code des assurances peuvent être assimilés à des cessions en réassurance pour le calcul du rapport mentionné à l'avant-dernier alinéa du a et au quatrième alinéa du b du I.L'Autorité de contrôle tient compte du transfert de risque effectif pour apprécier l'ampleur de la réduction d'exigence de marge de solvabilité autorisée au titre de chaque opération réalisée avec un véhicule de titrisation. Elle tient également compte de la capacité de ce véhicule à tenir à tout moment ses engagements.

En outre, pour la prise en compte de la réassurance financière limitée dans le ratio de réassurance mentionné au premier alinéa, l'Autorité de contrôle se fonde sur le transfert de risque effectif.

III. # L'Autorité de contrôle peut exiger d'une mutuelle ou union de réassurance, sur décision motivée, que pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, à l'exception des opérations d'assurance collective en cas de décès et des opérations mentionnées au d du 1 de l'article 2 de la directive n° 2002 / 83 / CE concernant l'assurance directe sur la vie, l'exigence de marge de solvabilité soit déterminée conformément à l'article R. 212-16.

L'exigence de marge de solvabilité de cette mutuelle ou union de réassurance pratiquant simultanément la réassurance vie et non-vie est alors égale à la somme des exigences de marge de solvabilité applicables aux activités de réassurance vie et aux activités de réassurance non-vie, calculées conformément au II et à l'alinéa précédent.

Article R212-20-3

Le fonds de garantie des mutuelles et unions de réassurance est égal au tiers de l'exigence de marge de solvabilité mentionnée à l'article R. 212-20-1. Il ne peut être inférieur à 3 millions d'euros.

Ce montant est révisé annuellement en fonction de l'évolution de l'indice européen des prix à la consommation publié par l'Eurostat pour l'ensemble des Etats membres. Chaque année, l'Autorité de contrôle communique le nouveau montant en euros calculé en fonction de l'évolution de cet indice et arrondi au multiple de 100 000 euros supérieur. Si la variation de l'indice depuis la dernière adaptation est inférieure à 5 %, ce montant n'est pas révisé.

Toutefois, cette limite est fixée à 1 million d'euros s'agissant du fonds de garantie des mutuelles et unions de réassurance n'appartenant pas à un groupe d'assurance au sens du I de l'article L. 212-7, détenues par un établissement de crédit, une société de financement, une entreprise d'investissement, une compagnie financière holding mixte ou par une entreprise non financière, et qui ont pour objet exclusif la réassurance des risques d'un ou plusieurs organismes, autres que des entreprises d'assurance, du groupe au sens du 7° de l'article L. 334-2 du code des assurances auquel elles appartiennent.

Le fonds de garantie est composé des éléments mentionnés au I de cet article, après déduction des éléments mentionnés au II du même article.

Section 3 : Engagements réglementés.

Article R212-21

Les engagements réglementés dont les mutuelles et unions doivent, à toute époque, être en mesure de justifier l'évaluation sont les suivants :

1° Les provisions techniques suffisantes pour le règlement intégral de leurs engagements vis-à-vis des membres participants, des mutuelles et unions réassurées ou bénéficiaires de règlements et contrats collectifs ;

2° Les postes du passif correspondant aux autres créances privilégiées ;

3° Les dépôts de garantie des membres participants et des tiers, s'il y a lieu ;

4° Une réserve d'amortissement des emprunts pour les mutuelles et unions relevant du 1° du I de l'article L. 111-1 ;

5° Une provision pour charges destinée à faire face aux engagements pris par la mutuelle ou l'union en faveur de ses salariés.

Les provisions techniques mentionnées au 1° du présent article sont calculées, sans déduction des réassurances cédées, dans les conditions fixées aux articles R. 212-23 à R. 212-27.

Article R212-22

I. - Lorsque les garanties d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat collectif sont exprimées dans une monnaie déterminée, les engagements de la mutuelle ou de l'union mentionnés à l'article R. 212-21 sont libellés dans cette monnaie.

II. - Lorsque les garanties d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat collectif ne sont pas exprimées dans une monnaie déterminée, les engagements de la mutuelle ou de l'union sont libellés dans la monnaie du pays où le risque est situé. Toutefois, cette mutuelle ou union peut choisir de libeller ses engagements dans la monnaie dans laquelle la cotisation est exprimée si, dès la souscription du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, il paraît vraisemblable qu'un sinistre sera payé, non dans la monnaie du pays de situation du risque, mais dans la monnaie dans laquelle la cotisation a été libellée.

III. - Si un sinistre a été déclaré à la mutuelle ou à l'union et si les prestations sont payables dans une monnaie déterminée autre que celle résultant de l'application des dispositions précédentes, les engagements de la mutuelle ou de l'union sont libellés dans la monnaie dans laquelle l'indemnité à verser par cette mutuelle ou union a été fixée par une décision de justice ou bien par accord entre la mutuelle ou l'union et, selon le cas, le membre participant ou le souscripteur du contrat collectif.

IV. - Lorsqu'un sinistre est évalué dans une monnaie connue d'avance de la mutuelle ou de l'union mais différente de celle qui résulte de l'application des dispositions précédentes, la mutuelle ou l'union peut libeller ses engagements dans cette monnaie.

Section 4 : Provisions techniques.

Sous-section 1 : Provisions techniques des opérations d'assurance.

Article R212-23

Les provisions techniques correspondant aux opérations relevant des branches ou sous-branches mentionnées aux 1, 2, 15, 16 a et h, 17 et 18 de l'article R. 211-2 sont les suivantes :

1° Provision mathématique des rentes : valeur actuelle des engagements de la mutuelle ou de l'union relatifs aux rentes et accessoires de rentes mis à sa charge ;

2° Provisions pour prestations à payer : valeur estimative des dépenses en principal et en frais, tant internes qu'externes, nécessaires au règlement de tous les sinistres survenus et non payés, y compris les capitaux constitutifs des rentes non encore mises à la charge de la mutuelle ou de l'union.

3° Provision pour cotisations non acquises : provision destinée à constater, pour l'ensemble des bulletins d'adhésion ou contrats collectifs en cours, la part des cotisations émises et des cotisations restant à émettre se rapportant à la période comprise entre la date de l'inventaire et la date de la prochaine échéance de la cotisation ou, à défaut, du terme du bulletin d'adhésion ou du contrat ;

4° Provision pour risques en cours : provision destinée à couvrir, pour l'ensemble des bulletins d'adhésion ou contrats collectifs en cours, la charge des sinistres et des frais afférents aux bulletins d'adhésion et contrats, pour la période s'écoulant entre la date de l'inventaire et la date de la première échéance de la cotisation pouvant donner lieu à révision de la cotisation par la mutuelle ou l'union ou, à défaut, entre la date de l'inventaire et le terme du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, pour la part de ce coût qui n'est pas couverte par la provision pour cotisations non acquises ;

5° Réserve de capitalisation : réserve destinée à parer à la dépréciation des valeurs comprises dans l'actif de la mutuelle ou de l'union et à la diminution de leur revenu ;

6° Provision pour risques croissants : provision pouvant être exigée pour les opérations d'assurance contre les risques de maladie et d'invalidité et égale à la différence des valeurs actuelles des engagements respectivement pris par la mutuelle et l'union et par les membres participants ou les souscripteurs de contrats collectifs ;

7° Provision pour risque d'exigibilité : provision destinée à faire face aux engagements dans le cas de moins-value de l'ensemble des actifs mentionnés à l'article R. 212-53, à l'exception des valeurs amortissables que la

mutuelle ou l'union a la capacité et l'intention de détenir jusqu'à leur maturité. La provision à constituer est calculée dans les conditions définies au I de l'article R. 212-24 ;

8° Provision pour égalisation : provision destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité afférentes aux opérations collectives couvrant les risques de dommages corporels.

Un arrêté du ministre chargé de la mutualité fixe, en tant que de besoin, les modalités de calcul de ces provisions.

Article R212-24

I. # La provision pour risque d'exigibilité est constituée lorsque les placements mentionnés à l'article R. 212-53 , à l'exception des valeurs amortissables que la mutuelle ou l'union a la capacité et l'intention de détenir jusqu'à leur maturité, se trouvent en situation de moins-value latente nette globale. Une moins-value latente nette globale est constatée lorsque la valeur nette comptable de ces placements est supérieure à la valeur globale de ces mêmes placements évalués de la manière suivante :

a) Pour les valeurs mobilières cotées et les titres cotés mentionnés au a de l'article R. 212-54, la valeur retenue est le cours moyen calculé sur les trente derniers jours précédant le jour de l'inventaire ou, à défaut, le dernier cours coté avant cette date ;

b) Pour les actions de sociétés d'investissement à capital variable et les parts de fonds communs de placement mentionnés au c de l'article R. 212-54, la valeur retenue est la moyenne des prix de rachat publiés au cours des trente derniers jours précédant le jour de l'inventaire ou, à défaut, le dernier prix de rachat publié avant cette date ;

c) Pour les autres actifs, leur valeur est évaluée selon les règles prévues à l'article R. 212-54.

1° Lorsque la mutuelle ou l'union, avant dotation à la provision pour risque d'exigibilité, satisfait à la représentation de ses engagements réglementés et à la couverture de l'exigence minimale de marge de solvabilité, la dotation annuelle à la provision pour risque d'exigibilité au titre de l'exercice est égale au tiers du montant de la moins-value latente nette globale constatée sur les placements mentionnés au premier alinéa, sans que cette dotation puisse conduire à ce que le montant total de la provision inscrite au bilan excède le montant de la moins-value latente nette globale constatée ces placements.

2° Dans les autres cas, la provision pour risque d'exigibilité inscrite au bilan au titre de l'exercice est égale à la moins-value latente nette globale constatée sur les placements mentionnés au premier alinéa

Pour les calculs mentionnés aux alinéas précédents, les valeurs mentionnées aux a, b et c prennent en compte les moins-values latentes des opérations sur instruments financiers à terme prévues aux articles R. 212-70 à R. 212-72 ayant comme sous-jacent les actifs mentionnés au premier alinéa. Ces moins-values latentes sont prises en compte à hauteur de la partie excédant la valeur des titres ou espèces donnés en garantie. Les plus-values latentes ne sont prises en compte que si elles sont garanties dans les conditions prévues à l'article R. 212-81.

II.-La provision pour frais d'acquisition reportés doit être constituée pour un montant égal au montant des frais d'acquisitions reportés en application des dispositions de l'article R. 212-59.

Article R212-24-1

Lorsque les conditions mentionnées au 1° du I de l'article R. 212-24 sont respectées, la charge constituée par la dotation à la provision pour risque d'exigibilité mentionnée à l'article R. 212-24 peut être étalée dans des conditions précisées par arrêté du ministre chargé de la mutualité. Le report de charge consécutif à cet étalement ne peut toutefois pas conduire à ce que la charge totale relative au provisionnement de la moins-value latente globale mentionnée à l'article R. 212-24 pour un exercice donné soit supportée sur plus de huit exercices consécutifs, à compter de l'exercice où cette moins-value latente globale a été constatée.

Lorsqu'une provision pour risque d'exigibilité est constituée dans une comptabilité auxiliaire d'affectation établie en vertu du présent code, le report de la charge est constaté dans les comptes de la mutuelle ou de l'union de mutuelles et n'affecte pas cette comptabilité auxiliaire.

Article R212-25

La provision pour prestations à payer est calculée exercice par exercice.

L'évaluation des sinistres connus est effectuée dossier par dossier, le coût d'un dossier comprenant toutes les charges externes individualisables ; elle est augmentée d'une estimation du coût des sinistres survenus mais non déclarés.

La provision pour prestations à payer doit toujours être calculée pour son montant brut, sans tenir compte des recours à exercer ; les recours à recevoir font l'objet d'une évaluation distincte.

Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa du présent article, toute mutuelle ou union peut, après accord de l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1, utiliser des méthodes statistiques pour l'estimation des sinistres survenus au cours des deux derniers exercices.

La provision pour prestations à payer est complétée par une évaluation des charges de gestion qui, compte tenu des éléments déjà inclus dans la provision, doit être suffisante pour liquider tous les sinistres.

Article R212-26

Les provisions techniques correspondant aux opérations relatives aux branches 20 à 22 et 24 sont les suivantes :

1° Provision mathématique : différence entre les valeurs actuelles des engagements pris par la mutuelle ou l'union, d'une part, et par les membres participants ou souscripteurs de contrats collectifs, d'autre part ;

2° Provision pour participation aux excédents : montant des participations aux excédents attribuées aux membres participants et bénéficiaires de bulletins d'adhésion ou de contrats collectifs lorsque ces excédents ne sont pas payables immédiatement après la liquidation de l'exercice qui les a produits ;

3° Réserve de capitalisation : réserve destinée à parer à la dépréciation des valeurs comprises dans l'actif de la mutuelle ou de l'union et à la diminution de leur revenu ;

4° Provision de gestion : destinée à couvrir les charges de gestion future des bulletins d'adhésion ou des contrats collectifs non couvertes par ailleurs ;

5° Provision pour aléas financiers : destinée à compenser la baisse de rendement de l'actif ;

6° Provision pour risque d'exigibilité : provision destinée à faire face aux engagements dans le cas de moins-value de l'ensemble des actifs mentionnés à l'article R. 212-53, à l'exception des valeurs amortissables que la mutuelle ou l'union a la capacité et l'intention de détenir jusqu'à leur maturité. La provision à constituer est calculée dans les conditions définies au I de l'article R. 212-24 ;

7° Provision pour frais d'acquisition reportés : provision destinée à couvrir les charges résultant du report des frais d'acquisition constaté en application de l'article R. 212-59 ;

8° Provision pour égalisation : provision destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité afférentes aux opérations collectives couvrant le risque décès.

Un engagement ne peut être provisionné qu'au titre d'une seule des catégories mentionnées au présent article.

Un arrêté du ministre chargé de la mutualité fixe en tant que de besoin les modalités de calcul de ces provisions.

Article R212-27

Pour tout bulletin d'adhésion ou contrat collectif relatif à une opération d'assurance sur la vie comportant une valeur de rachat et pour les opérations de capitalisation, la valeur de rachat est égale à la provision mathématique du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif diminuée, éventuellement, d'une indemnité qui ne peut dépasser 5 % de cette provision mathématique. Cette indemnité doit être nulle à l'issue d'une période de dix ans à compter de la date d'effet du bulletin d'adhésion ou du contrat.

Pour l'application du présent article, la provision mathématique ne tient pas compte des éventuelles garanties de fidélité non exigibles par le membre participant au moment du rachat.

Ces garanties doivent être explicitement décrites dans le règlement ou le contrat collectif et clairement distinguées de la garantie qui en est l'objet principal.

Article R212-27-1

Les mutuelles et unions effectuent chaque année avant l'arrêté des comptes un test d'exigibilité destiné à évaluer leur capacité à faire face à leurs engagements à l'égard des membres participants, bénéficiaires et ayants droit et des organismes réassurés. dans des conditions détériorées de marché. Les modalités de ce test et de communication de ses résultats sont fixées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Sous-section 2 : Provisions techniques des opérations de réassurance.

Article R212-27-2

Les provisions techniques constituées pour les opérations de réassurance acceptées sont les suivantes :

- 1° Provision mathématique : différence entre les valeurs actuelles des engagements respectivement pris par le réassureur et par les organismes réassurés ;
- 2° Provision mathématique des rentes : valeur actuelle des engagements de la mutuelle ou de l'union en ce qui concerne les rentes et accessoires de rentes mis à sa charge ;
- 3° Provision pour frais d'acquisition reportés : provision destinée à couvrir les charges résultant du report des frais d'acquisition ;
- 4° Provision pour cotisations non acquises : fraction de cotisations qui correspond à la durée du restant à courir pour un risque ou un ensemble de risques après la clôture de l'exercice considéré et jusqu'au terme de la garantie ;
- 5° Provision pour sinistres à payer : valeur estimative des dépenses en principal et en frais, tant internes qu'externes, nécessaires au règlement de tous les sinistres survenus et non payés, y compris les capitaux constitutifs des rentes non encore mises à la charge de la mutuelle ou de l'union ;
- 6° Provision pour risques croissants : provision pouvant être exigée pour les opérations de réassurance contre les risques de maladie et d'invalidité et égale à la différence des valeurs actuelles des engagements respectivement pris par le réassureur et par l'assureur ;
- 7° Provision pour participation aux bénéfices :
- a) Montant à la charge de l'organisme qui réassure au titre des participations aux bénéfices attribuées par la mutuelle ou union réassurée aux bénéficiaires de contrats lorsque ces bénéfices ne sont pas payables immédiatement après la liquidation de l'exercice qui les a produits ;
 - b) Montant à la charge de l'organisme qui réassure au titre des bénéfices correspondant au contrat qui la lie à la mutuelle ou union réassurée ;
- 8° Réserve de capitalisation : réserve destinée à parer à la dépréciation des valeurs comprises dans l'actif de la mutuelle ou de l'union et à la diminution de leur revenu ;
- 9° Provision de gestion : destinée à couvrir les charges de gestion future des contrats non couvertes par ailleurs ;
- 10° Provision pour risque d'exigibilité : provision destinée à faire face aux engagements dans le cas de moins-value de l'ensemble des actifs mentionnés à l'article R. 212-53, à l'exception des valeurs amortissables que la mutuelle ou l'union a la capacité et l'intention de détenir jusqu'à leur maturité . La provision à constituer est calculée dans les conditions définies au I de l'article R. 212-24 ;
- 11° Provision pour risques en cours : provisions constituées en sus de la provision pour primes non acquises pour couvrir les risques à assumer par l'organisme de réassurance après la clôture de l'exercice, de manière à pouvoir faire face à toutes les demandes d'indemnisation et à tous les frais liés aux garanties en cours excédant le montant des primes non acquises et des primes restant à émettre nettes de primes restant à annuler, relatives aux dites garanties, jusqu'à la date de la première échéance de prime pouvant donner lieu à révision de la prime par le réassureur ou, à défaut, jusqu'au terme du contrat ;
- 12° Provision pour égalisation : provision destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité afférentes aux opérations de réassurance de groupe contre les risques de décès ou de dommages corporels et aux opérations d'assurance de groupe contre le risque décès.

Section 5 : Réglementation des placements et autres éléments d'actifs.

Article R212-28

Les engagements réglementés mentionnés à l'article R. 212-21 doivent, à toute époque, être représentés par des actifs équivalents.

Les engagements pris dans une monnaie doivent être couverts par les actifs congruents, c'est-à-dire libellés ou réalisables dans cette monnaie.

Les actifs mentionnés au 1 doivent être localisés sur le territoire d'un membre de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Les engagements pris par les mutuelles et unions résultant d'opérations réalisées en libre prestation de services dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen non membre de la Communauté européenne sont soumis aux règles du pays de situation du risque ou de l'engagement lorsque ce dernier subordonne l'exercice de ces opérations à agrément.

Article R212-29

I. - Les mutuelles ou les unions peuvent ne pas représenter leurs provisions techniques par des actifs congruents si, pour satisfaire aux dispositions de l'article R. 212-28, elles doivent détenir dans une monnaie des éléments d'actif d'un montant ne dépassant pas 7 % des éléments d'actif existant dans l'ensemble des autres monnaies.

II. - Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 212-28, les mutuelles ou unions peuvent ne pas couvrir par des actifs congruents un montant n'excédant pas 20 % de leurs engagements dans une monnaie déterminée.

Article R212-30

Les mutuelles et unions agréées pour d'autres branches que les branches 1 et 2, ou dont les cotisations nettes de réassurance encaissées en branches 1 et 2 au cours du cours du dernier exercice connu dépassent 10 millions d'euros ou qui versent des prestations d'incapacité ou d'invalidité dont la durée est supérieure à un an doivent procéder en permanence à une évaluation de leurs risques financiers en effectuant notamment des simulations de l'impact de la variation des taux d'intérêt et des cours boursiers sur leur actif et leur passif et des estimations comparées de l'exigibilité de leur passif et de la liquidité de leur actif. Les résultats de cette évaluation sont déterminés et présentés selon des principes généraux et dans des conditions définies par décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article R212-31

En application des dispositions de l'article R. 212-28 et sous réserve des dérogations prévues à ce même article, à l'article R. 212-29 ainsi qu'aux articles R. 212-35 à R. 212-42, les mutuelles et unions d'assurance représentent leurs engagements réglementés mentionnés à l'article R. 212-21 par les actifs suivants :

A.-Valeurs mobilières et titres assimilés :

1° Obligations et autres valeurs émises ou garanties par l'un des Etats membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) ainsi que les titres émis par la caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'article 1er de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 ; obligations émises ou garanties par un organisme international à caractère public dont un ou plusieurs Etats membres de la Communauté européenne font partie ; obligations émises ou garanties par les collectivités publiques territoriales d'un Etat membre de l'OCDE ;

2° Les valeurs et titres assimilés, autres que celles et ceux mentionnés au 1° et négociés sur un marché reconnu, qui suivent :

a) Obligations émises par une société commerciale ;

b) Obligations, parts ou actions émises par un organisme de titrisation régi par la sous-section 5 de la section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier ou par un organisme de droit étranger ayant un objet équivalent ;

c) Titres participatifs ;

3° Titres de créances négociables d'un an au plus (certificats de dépôt et billets de trésorerie) rémunérés à taux fixe ou indexé sur un taux usuel sur les marchés interbancaires, monétaires ou obligataires et émis par les personnes morales autres que les Etats membres de l'OCDE ayant leur siège social sur le territoire de ces Etats ou des organismes de titrisation régis par la sous-section 5 de la section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier et dont des titres sont négociés sur un marché reconnu ;

4° Bons à moyen terme négociables répondant aux conditions mentionnées à l'article R. 212-47, et émis par des personnes morales autres que les Etats membres de l'OCDE ayant leur siège social sur le territoire de ces Etats et dont les titres sont négociés sur un marché reconnu ;

4° bis Obligations, parts ou actions, émises par un organisme de titrisation régi par la sous-section 5 de la section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier, respectant les règles prévues à l'article R. 212-47-1 ;

5° Actions des sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placement dont l'objet est limité à la gestion d'un portefeuille de valeurs mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° du présent article, dans les conditions fixées par l'article R. 212-46 ;

6° Actions et autres valeurs mobilières, négociées sur un marché reconnu, autres que celles visées aux 5°, 7°, 8°, 12° et 14° ;

7° Actions des entreprises d'assurance, de réassurance, de capitalisation ayant leur siège social sur le territoire de l'un des Etats membres de l'OCDE ;

8° Actions des entreprises d'assurance, de réassurance, de capitalisation autres que celles visées au 7° ;

9° Les valeurs et titres assimilés autres que les valeurs mentionnées aux 2°, 3°, 4°, 4° bis, 5°, 6°, 7°, 8°, 10° bis, 12°, 14° et 17° bis qui suivent :

- a) Titres de créances négociables, obligations, actions, parts et droits émis par des sociétés commerciales ;
- b) Titres de créances négociables, obligations, parts ou actions émises par un organisme de titrisation régi par la sous-section 5 de la section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier ;
- c) Obligations, titres participatifs, certificats mutualistes, le cas échéant certificats paritaires, et titres subordonnés émis par les sociétés d'assurance mutuelles, les mutuelles, unions et fédérations régies par le code de la mutualité et les institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ayant leur siège social sur le territoire de l'un des Etats membres de l'OCDE ;

10° Parts des fonds communs de placement à risques de l'article L. 214-28 du code monétaire et financier, parts des fonds communs de placement dans l'innovation de l'article L. 214-30 du même code et parts des fonds d'investissement de proximité de l'article L. 214-31 du même code ;

10° bis Actions des sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placement des articles L. 214-160 et L. 214-161 du code monétaire et financier, actions ou parts de placements collectifs relevant de l'article L. 214-154 du code monétaire et financier, actions ou parts d'organismes de placement collectif en valeurs mobilières autres que celles mentionnées au 11° bis dans sa rédaction antérieure au 2 août 2003 ;

10° ter Parts ou actions de fonds professionnels à vocation générale mentionnés à l'article R. 214-190 du code monétaire et financier ;

11° Parts ou actions de fonds de fonds alternatifs mentionnés à l'article R. 214-186 du code monétaire et financier et des placements collectifs mentionnés au III de l'article L. 214-24 du même code ;

11° bis Parts ou actions des fonds professionnels spécialisés mentionnés à l'article L. 214-154 du code monétaire et financier, respectant les règles prévues à l'article R. 212-47-1, à l'exception de celle figurant au septième alinéa du II de l'article R. 332-14-2 du code des assurances ;

12° Actions des sociétés d'investissement à capital variable et parts des fonds communs de placement, autres que celles mentionnées aux 5°, 10°, 10° bis, 10° ter, 11° et 11° bis, dans les conditions fixées par l'article R. 212-46.

Les marchés reconnus mentionnée aux 2°, 3°, 4° et 6° du présent article sont les marchés réglementés des Etats membres de la Communauté européenne ou des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen ou les marchés de pays tiers membres de l'OCDE en fonctionnement régulier. Les autorités compétentes de ces pays doivent avoir défini les conditions de fonctionnement du marché, d'accès à ce marché et d'admission aux négociations, et imposé le respect d'obligations de déclaration et de transparence.

B.-Actifs immobiliers :

13° Droits réels immobiliers afférents à des immeubles situés sur le territoire de l'un des Etats membres de l'OCDE et actions de sociétés d'épargne forestière relevant du paragraphe 4 de la sous-section 2 de la section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier ;

14° Parts ou actions des sociétés à objet strictement immobilier, parts des sociétés civiles à objet strictement foncier, ayant leur siège social sur le territoire de l'un des Etats membres de l'OCDE, dans les conditions fixées par l'article R. 212-48 ;

14° bis Parts ou actions d'organismes de placement collectif immobilier relevant du paragraphe 3 de la sous-section 2 de la section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier, autres que ceux mentionnés au 14 quinquies ;

14° ter (Abrogé) ;

14° quater Parts ou actions d'organismes professionnels de placement collectif immobilier relevant du sous-paragraphe 2 du paragraphe 1 de la sous-section 3 de la section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier ;

14° quinquies Parts ou actions d'organismes de placement collectif immobilier mentionnés à l'article R. 214-120 du code monétaire et financier, lorsqu'ils exercent la dérogation prévue à ce même article.

C.-Prêts, dépôts et titres assimilés :

15° Prêts obtenus ou garantis par les Etats membres de l'OCDE, par les collectivités publiques territoriales et les établissements publics des Etats membres de l'OCDE ;

16° Prêts hypothécaires aux personnes physiques ou morales ayant leur domicile ou leur siège social sur le territoire de l'un des Etats membres de l'OCDE, dans les conditions fixées par l'article R. 212-44 ;

17° Autres prêts ou créances représentatives de prêts consentis aux personnes physiques ou morales ayant leur domicile ou leur siège social sur le territoire de l'un des Etats membres de l'OCDE, dans les conditions fixées par l'article R. 212-45 ;

17° bis Obligations, parts ou actions émises par un organisme de titrisation régi par la sous-section 5 de la section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier, dont l'actif est composé exclusivement de valeurs mentionnées au 15° ou au 16° du présent article et des actifs mentionnés aux 2°, 3° et 4° du II de l'article R. 332-14-2 du code des assurances, et respectant les règles prévues aux III, V, VI et VII de l'article R. 332-14-2 du code des assurances ;

18° Dépôts, dans les conditions fixées par l'article R. 212-49.

D.-Dispositions communes :

Les intérêts courus des placements énumérés ci-dessus sont assimilés auxdits placements.

Lorsqu'un instrument financier à terme a été souscrit dans les conditions définies à l'article R. 212-70 et qu'il est lié à un titre ou à un groupe de titres de même nature, parmi ceux mentionnés au paragraphe A du présent article, les primes ou soultes versées ou reçues pour la mise en place de l'instrument sont assimilées audit titre ou groupe de titres de même nature, dans la limite de la part restant à amortir et, pour les primes ou soultes versées au titre d'opérations de gré à gré, du montant des garanties reçues dans les conditions de l'article R. 212-81.

Les actifs représentatifs des provisions techniques sont évalués nets des dettes contractées pour l'acquisition de ces mêmes actifs.

Les actifs donnés en garantie d'un engagement particulier ne sont pas admissibles en représentation des autres engagements. Par exception, les actifs remis en garantie d'opérations de taux sur instruments financiers à terme mentionnées aux articles R. 212-70 et R. 212-71 sont admis en représentation à hauteur des plus-values latentes enregistrées sur les actifs mentionnés à l'article R. 212-52 auxquels ces instruments financiers à terme sont liés.

Article R212-31-1

Lorsqu'une mutuelle ou union investit, directement ou indirectement, dans des titres de créances négociables, des obligations, des parts ou actions visées au 2°, au 4° bis ou au 9° de l'article R. 212-31 ainsi que dans des titres de créance négociables visés au 3° du même article, émis par un véhicule de titrisation mentionné à l'article L. 310-1-2 du code des assurances, supportant des risques d'assurance transférés par cette même mutuelle ou union ou une mutuelle ou union appartenant au même périmètre de combinaison ou de consolidation tel que défini par l'article L. 212-7, le montant de ces investissements est déduit des actifs admis en représentation des engagements réglementés.

Article R212-32

Rapportée à la base de dispersion constituée par la différence entre le montant total des engagements réglementés mentionnés à l'article R. 212-21, toutes monnaies confondues, et le montant total des actifs mentionnés aux articles R. 212-36 à R. 212-42, toutes monnaies confondues, la valeur au bilan d'une mutuelle ou union d'assurance de chacune des catégories d'actif énumérées ci-après admis en représentation des engagements réglementés ne peut excéder, sauf dérogation accordée cas par cas par l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 :

1° 65 % pour l'ensemble des valeurs mentionnées du 6° au 12° et 14° quater de l'article R. 212-31 et des prêts mentionnés au troisième alinéa du I de l'article R. 212-45, dont 10 % au maximum pour l'ensemble formé par :

- a) Les actions d'entreprises étrangères d'assurance mentionnées au 8° de l'article R. 212-31 ;
- b) Les actions et parts mentionnées aux 9°, 10° à 10° ter, 11° et au 14° quater de l'article R. 212-31 ;
- c) Les obligations et titres de créances négociables mentionnés au 9° de l'article R. 212-31 lorsqu'ils sont émis par un organisme de titrisation ou une société commerciale ;
- d) Les prêts mentionnés au premier alinéa du présent 1° ;

2° 40 % pour les actifs immobiliers mentionnés aux 13° et 14° quinquies de l'article R. 212-31 ;

3° 10 % pour l'ensemble des valeurs mentionnées, d'une part, aux 15°, 16° et 17° de l'article R. 212-31, à l'exception des prêts mentionnés aux troisième et quatrième alinéas du I de l'article R. 212-45, et, d'autre part, au 17° bis de l'article R. 212-31 ;

4° 5 % pour l'ensemble des valeurs constituées par :

- a) Les obligations, parts ou actions mentionnées au 2° du A de l'article R. 212-31 ainsi que les titres de créances négociables mentionnés au 3° du A du même article, émis par un véhicule de titrisation mentionné à l'article L. 310-1-2 du code des assurances ;
- b) Les obligations, parts ou actions mentionnées au 4° bis du A de l'article R. 212-31 ;
- c) Les parts ou actions mentionnées au 11° bis de l'article R. 212-31 ;
- d) Les prêts mentionnés au quatrième alinéa du I de l'article R. 212-45.

Sur demande de la mutuelle ou de l'union et après accord de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, cette limite peut être relevée. Un arrêté du ministre chargé de la mutualité fixe la valeur maximale du relèvement que peut accorder l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article R212-33

Rapportée au montant défini à l'article R. 212-32, la valeur au bilan d'une mutuelle ou union d'assurance admise en représentation des actifs mentionnés ci-après admis en représentation des engagements réglementés ne peut excéder, sauf dérogation accordée au cas par cas par l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 :

1° 5 % pour l'ensemble des valeurs émises, prêts obtenus ou garantis par un même organisme et des dépôts placés auprès de cet organisme, à l'exception des valeurs émises ou garanties, ou des prêts obtenus, par un Etat membre de l'OCDE ainsi que des titres émis par la caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'article 1er de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Le ratio de droit commun de 5 % peut atteindre 10 % pour les titres d'un même émetteur, à condition que la valeur des titres de l'ensemble des émetteurs dont les émissions sont admises au-delà du ratio de 5 % n'excède pas 40 % du montant défini à l'article R. 212-32.

Pour l'application des présentes dispositions, les mutuelles et unions détenant des actions des sociétés d'investissement à capital variable et des parts de fonds communs de placement doivent être en mesure de démontrer qu'elles respecteraient le présent article si elles détenaient elles-mêmes directement, au prorata de leur participation, les valeurs détenues par ces organismes ;

2° 10 % pour un même immeuble ou pour les valeurs mentionnées aux 14° à 14° bis et 14° quinquies de l'article R. 212-31 ;

3° 1 % pour les valeurs mentionnées aux 4° bis, 9°, 10°, 10° bis, 10° ter, 11° bis, 14° quater et 17° bis de l'article R. 212-31 et les prêts mentionnés aux troisième et quatrième alinéas du I de l'article R. 212-45, respectivement émises ou obtenus par une même société, un même organisme ou un même compartiment d'une société ou d'un organisme.

Pour l'application des dispositions du 7° de l'article R. 212-31, une mutuelle ou union ne peut affecter à la représentation de ses engagements réglementés plus de 50 % des actions émises par une même société.

Article R212-34

I. - Les provisions techniques des mutuelles et unions opérant à la fois sur le territoire français et sur le territoire monégasque doivent être représentées dans des conditions prévues par la réglementation française. Toutefois, les actifs admis en représentation desdites provisions peuvent comprendre, à concurrence de 5 % du montant de celles-ci, des placements mobiliers ou immobiliers monégasques sur autorisation donnée conjointement, pour chaque mutuelle ou union ou pour chaque cas, par l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 et par le ministre d'Etat de la Principauté de Monaco.

II. - Pour ce qui concerne les opérations réalisées dans les départements d'outre-mer, à Saint-Pierre-et-Miquelon, à Wallis-et-Futuna et à Mayotte, l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 peut, sur proposition du représentant de l'Etat dans la collectivité concernée, consentir des dérogations aux règles de l'article R. 212-32. Elle peut de même, à titre exceptionnel, accorder aux mutuelles et unions des dérogations à la réglementation de contrôle.

Article R212-35

Les provisions relatives aux affaires cédées à un organisme d'assurance ou de réassurance ayant son siège social en France ou dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen peuvent être représentées sans condition par une créance sur cet organisme.

Les provisions techniques relatives aux affaires cédées par une mutuelle ou union à un organisme d'assurance ou de réassurance ayant son siège social dans un Etat non partie à l'Espace économique européen peuvent être représentées par une créance sur cet organisme, à concurrence du montant garanti conformément aux dispositions de l'article R. 212-50.

La fraction des provisions techniques relatives aux affaires transférées à un véhicule de titrisation défini à l'article L. 310-1-2 du code des assurances peut être représentée par une créance sur ce véhicule.

Toutefois, si un véhicule de titrisation n'est plus en mesure de respecter à tout moment ses engagements, les créances sur ce véhicule de titrisation ne sont admises en représentation des engagements relatifs aux affaires cédées à ce véhicule que sur autorisation de l'Autorité de contrôle et dans les limites fixées par celle-ci.

Article R212-36

Sont admises en représentation des provisions techniques correspondant aux branches mentionnées aux 20 à 22, 24 et 25 de l'article R. 211-2 :

- les avances de cotisations ;

- les cotisations relatives à ces branches, restant à recouvrer de trois mois de date au plus, dans la limite d'un plafond défini par arrêté du ministre chargé de la mutualité. Ce plafond est fixé en fonction de l'incidence, aux termes de la réglementation, du non-recouvrement éventuel de ces cotisations sur le montant des engagements réglementés.

Article R212-37

Les provisions mathématiques des bulletins d'adhésion ou des contrats collectifs d'assurance sur la vie ou de capitalisation à capital variable, dans lesquels la somme assurée est déterminée par rapport à une valeur de référence, doivent être représentées à l'actif du bilan par des placements entrant dans la composition de cette valeur de référence et dans les proportions fixées par ladite composition.

Ces placements ne sont pas soumis aux limitations prévues aux articles R. 212-32 et R. 212-33.

Par dérogation aux dispositions des articles R. 212-52 et R. 212-53, ils font l'objet d'une estimation séparée et ils sont inscrits au bilan pour leur valeur au jour de l'inventaire.

Article R212-38

La provision pour cotisations non acquises constituée au titre d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat collectif par une mutuelle ou union pratiquant les opérations mentionnées aux a, c, d et e du 1° du I de l'article L. 111-1 peut être représentée, jusqu'à concurrence de 25 % de son montant, par les frais d'acquisition reportés au titre de ce bulletin ou contrat, nets des commissions des réassureurs reportées au titre de ce même bulletin ou contrat.

La provision pour primes non acquises constituée par ces mêmes mutuelles ou unions peut être représentée jusqu'à 25 % de son montant par des cotisations relatives aux mêmes opérations émises et non encore encaissées ou des cotisations restant à émettre, nettes d'impôt, de taxes et de commissions, et de trois mois de date au plus.

Article R212-39

Pour la représentation des provisions techniques correspondant à la branche mentionnée au 18 de l'article R. 211-2, les avances faites aux transporteurs sont admises dans la limite de 10 % du montant défini à l'article R. 212-32.

Article R212-40

Les provisions techniques afférentes aux acceptations en réassurance peuvent être représentées à l'actif par les créances nettes détenues sur les cédants au titre desdites acceptations.

Article R212-41

Les mutuelles et unions peuvent représenter les engagements afférents aux opérations réalisées par leurs succursales situées hors du territoire des Etats membres de la Communauté européenne ou des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, par les éléments d'actif admis par les législations des pays où elles opèrent et localisés sur le territoire de ces pays.

Il en est de même lorsque les engagements réglementés des mutuelles et unions résultent d'opérations réalisées en libre prestation de services dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen non membre de la Communauté européenne et que le pays de situation du risque ou de l'engagement subordonne l'exercice de ces opérations à agrément.

Les cautionnements ou garanties qui pourraient être exigés par lesdits pays ou par les entreprises d'assurances cédantes desdits pays peuvent être représentés dans les mêmes conditions.

Article R212-42

Les dépôts de garantie mentionnés au 3° de l'article R. 212-21 peuvent être représentés à l'actif par les créances de la mutuelle ou de l'union sur les déposants.

Article R212-43

Les mutuelles et unions ne peuvent acquérir d'immeubles grevés de droits réels représentant plus de 65 % de leur valeur ni consentir de droits réels sur leurs immeubles, sauf autorisation accordée à titre exceptionnel par l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1.

Article R212-44

Les prêts hypothécaires mentionnés au 16° de l'article R. 212-31 doivent être garantis par une hypothèque de premier rang prise sur un immeuble situé sur le territoire de l'un des Etats membres de l'OCDE ou sur un navire. L'ensemble des privilèges et hypothèques en premier rang ne doit pas excéder 65 % de la valeur vénale de l'immeuble ou du navire constituant la garantie du prêt, estimée au jour de la conclusion du contrat.

Article R212-45

I.-Les prêts mentionnés au 17° de l'article R. 212-31 doivent avoir une durée totale d'au moins deux ans et satisfaire aux conditions suivantes.

Ils doivent être garantis par une caution donnée par un établissement de crédit, une société de financement ou une entreprise d'assurances n'appartenant pas au même groupe que le prêteur ou l'emprunteur et agréés par l'un des Etat membres de la Communauté européenne ou par l'un des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, ou un nantissement de valeurs répondant aux conditions fixées par l'article R. 212-50, dans la limite de 75 % du montant nominal desdites valeurs. Sont considérés comme appartenant au même groupe, au sens du présent article, les organismes entrant dans le même périmètre de consolidation ou d'établissements des comptes combinés mentionnés à l'article L. 212-7.

Toutefois, les prêts peuvent ne pas être assortis de garantie, lorsque l'emprunteur est soit une société dont l'un des Etats membres de l'OCDE ou un de ses établissements publics détient plus de la moitié du capital, soit une société dont les actions sont négociées sur un marché reconnu tel que défini au dernier alinéa du A de l'article R. 212-31.

II.-Les créances représentatives des prêts de titres sont admises en représentation des engagements réglementés si elles ont fait l'objet d'un cautionnement en espèces ou d'une caution donnée par un établissement de crédit, une société de financement ou une entreprise d'assurance agréés par l'un des Etats membres de la Communauté économique européenne, ou d'un nantissement de valeurs répondant aux conditions fixées par l'article R. 212-50.

Article R212-46

En application des dispositions des 5° et 12° de l'article R. 212-31, sont admissibles en représentation des engagements réglementés les parts ou actions d'organismes de placement collectif en valeurs mobilières relevant de la section 1 et de placements collectifs relevant du paragraphe 1 de la sous-section 2 de la section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier ; sont également admissibles les parts ou actions des organismes de placement collectif en valeurs mobilières régis par les réglementations des Etats membres de l'Union européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, pour autant que ces règles soient conformes à la directive n° 2009/65/ CE du Parlement européen et du Conseil du 13 juillet 2009 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant certains organismes de placement collectif en valeurs mobilière.

Article R212-47

Les bons à terme négociables mentionnés au 4° de l'article R. 212-31 doivent répondre aux conditions suivantes :

- a) Provenir d'une émission au moins égale à 30 millions d'euros ;
- b) Etre valorisés par au moins deux organismes distincts et non liés financièrement ni entre eux ni avec la mutuelle ou l'union détentrice de bons ;
- c) Faire sur cette base l'objet d'un cours publié au moins tous les quinze jours et tenu à la disposition du public en permanence ;
- d) Comporter une clause de liquidité émanant de l'émetteur ou d'un garant et qui doit garantir que les actifs pourraient être rachetés à un cours cohérent avec le cours publié, c'est-à-dire prenant en compte la variation de taux d'intérêt entre les dates de publication du cours et de transaction.

Article R212-47-1

Les organismes de titrisation mentionnés au 4° bis de l'article R. 212-31 et les fonds professionnels spécialisés mentionnés au 11° bis de l'article R. 212-31 sont des fonds de prêts à l'économie. Ces fonds respectent les règles définies à l'article R. 332-14-2 du code des assurances.

Article R212-48

Pour l'application des dispositions du 14° de l'article R. 212-31, les mutuelles et unions sont autorisées à détenir les parts ou actions de sociétés à objet strictement immobilier, à l'exclusion de sociétés ayant une activité de marchand de biens et de sociétés en nom collectif. Le patrimoine de ces sociétés ne peut être composé que d'immeubles bâtis ou de terrains situés sur le territoire de l'un des Etats membres de l'OCDE, de parts ou actions des sociétés répondant à ces mêmes conditions.

Les mutuelles et unions sont également autorisées à détenir les parts des sociétés civiles à objet strictement foncier dont l'activité est limitée à la gestion directe de biens fonciers situés sur le territoire de l'un des Etats membres de l'OCDE ou les parts des groupements ayant pour seule activité la gestion de biens fonciers répondant à ces mêmes conditions. Les biens constitutifs du patrimoine doivent faire l'objet d'une exploitation. Les massifs forestiers doivent être assurés contre l'incendie.

Article R212-49

Les valeurs mobilières et titres assimilés, les parts ou actions des sociétés immobilières ou foncières doivent faire l'objet soit d'une inscription en compte, ou d'un dépôt, auprès d'un intermédiaire habilité, soit d'une inscription nominative dans les comptes de l'organisme émetteur, à condition que celui-ci soit situé en France.

Les actes de propriété des actifs immobiliers, les actes et les titres consacrant les prêts ou créances doivent être conservés sur le territoire de la République française.

Les comptes de dépôt visés au 18° de l'article R. 212-31 doivent être ouverts auprès d'un établissement de crédit agréé dans un Etat membre de la Communauté européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Leur terme ne doit pas dépasser un an ou leur préavis de retrait trois mois. Les comptes doivent être libellés au nom de la mutuelle ou de l'union et ne peuvent être débités qu'avec l'accord respectivement d'un dirigeant de la mutuelle ou de l'union ou encore d'une personne désignée par celui-ci à cet effet.

Article R212-50

La garantie des créances sur les réassureurs mentionnée à l'article R. 212-35 est constituée par le nantissement des valeurs visées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 4° bis, 5°, 6°, 12° et 14° de l'article R. 212-31. Ces valeurs sont déposées sur un compte gagé au sens de l'article L. 211-20 du code monétaire et financier.

Les valeurs reçues en nantissement sont évaluées conformément aux dispositions de l'article R. 212-54. Pour l'estimation des valeurs mentionnées au 1° de l'article R. 212-31, la fraction courue du coupon est prise en compte.

A la demande d'une mutuelle ou union, l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 peut, par dérogation aux dispositions du premier alinéa du présent article, l'autoriser, pour une durée déterminée, à constituer la garantie mentionnée à l'article R. 212-35 dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité, par une caution ou un engagement équivalent pris par un établissement de crédit ou une société de financement, dès lors que la nature et la forme de l'engagement ainsi que la qualité du garant répondent aux conditions fixées par le même arrêté.

Pour l'application des dispositions des articles R. 212-32 et R. 212-33, les valeurs reçues en nantissement des réassureurs sont assimilées à des valeurs figurant à l'actif du bilan de l'entreprise cédante.

Article R212-51

En ce qui concerne les acceptations en réassurance, les mutuelles et unions enregistrent immédiatement en comptabilité tous les éléments reçus de leurs cédantes. En l'absence d'informations suffisantes, elles estiment les comptes non reçus des cédantes à la clôture de l'exercice avec pour contrepartie des comptes de régularisation qui seront soldés à l'ouverture de l'exercice suivant ou à réception des comptes des cédantes, ou elles compensent provisoirement les soldes de tous les comptes incomplets d'un même exercice par une écriture d'attente qui sera contrepassée à l'ouverture de l'exercice suivant.

En tout état de cause et quel que soit le mode de comptabilisation retenu, lorsque le réassureur connaît l'existence d'une perte, celle-ci doit être provisionnée pour son montant prévisible.

Article R212-52

I.-Les valeurs amortissables énumérées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article R. 212-31, autres que les obligations et les parts indexées, les parts de fonds communs de créance et les titres participatifs, sont inscrites à leur prix d'achat à la date d'acquisition.

Lorsqu'un instrument financier à terme est utilisé dans les conditions définies à l'article R. 212-71 et qu'il est lié à l'achat d'un titre ou d'un groupe de titres de même nature, la valeur de réalisation de l'instrument est prise en compte dans le prix d'achat de ce titre ou de ce groupe de titres.

Lorsque le prix d'achat de ces titres est supérieur à leur prix de remboursement, la différence est amortie sur la durée de vie résiduelle des titres.

Lorsque le prix d'achat de ces titres est inférieur à leur prix de remboursement, la différence est portée en produits sur la durée de vie résiduelle des titres. La mutuelle ou l'union peut décider de ne pas appliquer les dispositions du présent alinéa aux titres acquis aux cours des exercices clos avant l'entrée en vigueur du décret n° 2002-720 du 2 mai 2002 relatif aux règles prudentielles applicables aux mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation. Le choix ainsi effectué par la mutuelle ou l'union s'applique à l'ensemble des titres acquis avant cette date.

Le prix d'achat et le prix de remboursement s'entendent hors intérêt couru.

Lors de l'arrêté comptable, les moins-values latentes ressortant de la différence entre la valeur comptable, diminuée des amortissements et majorée des produits mentionnés aux troisième et quatrième alinéas, et la valeur de réalisation des titres correspondants évaluée conformément à l'article R. 212-54, ne font pas l'objet d'une provision.

Néanmoins, lorsqu'il y a lieu de considérer que le débiteur ne sera pas en mesure de respecter ses engagements, soit pour le paiement des intérêts, soit pour le remboursement du principal, une dépréciation doit être constatée à l'inventaire.

II.-Le I du présent article s'applique également aux obligations indexées sur le niveau général des prix d'un pays ou d'un ensemble de pays dont la devise est celle dans laquelle sont libellées ces obligations, avec garantie de remboursement au pair. Ces obligations sont soit émises par une personne morale de droit privé ayant son siège social sur le territoire d'un Etat membre de l'OCDE et négociées sur un marché reconnu, soit émises ou garanties par un Etat, un organisme ou une collectivité publics mentionnés au 1° du A de l'article R. 212-31, soit celles dont le débiteur est un établissement public national de l'un des Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen.

Pour le calcul de la différence à amortir entre le prix d'achat d'une obligation indexée sur le niveau général des prix et son prix de remboursement, celui-ci est le prix de remboursement initial du titre multiplié par le rapport entre l'indice des prix de référence à la date d'acquisition et ce même indice à la date d'émission.

A chaque arrêté comptable, le gain ou la perte lié à l'indexation depuis le dernier arrêté comptable ou depuis l'achat, s'il est plus récent, est enregistré en produits ou en charges.

Sans préjudice des dispositions du I, les obligations indexées sur le niveau général des prix donnent lieu à la constatation d'une dépréciation si une situation de déflation durable est envisagée. Pour la détermination du montant de cette provision, la valeur de réalisation de ces obligations, qui ne peut être inférieure à leur nominal, est la valeur la plus faible entre, d'une part, leur valeur de marché et, d'autre part, leur valeur calculée sur la base des prévisions d'évolution de l'indice des prix de référence publiées par un organisme figurant sur la liste fixée par arrêté du ministre chargé de l'économie en application de l'article R. 332-19 du code des assurances.

Article R212-53

A l'exception des valeurs inscrites comme il est dit à l'article R. 212-52, les placements sont inscrits au bilan sur la base du prix d'achat ou de revient, dans les conditions ci-après :

- a) Les valeurs mobilières et les parts de fonds communs de placement sont retenues pour leur prix d'achat. Lorsqu'un instrument financier à terme est utilisé dans les conditions définies à l'article R. 212-71 et qu'il est lié à l'achat d'un titre ou d'un groupe de titres de même nature, la valeur de réalisation de l'instrument est prise en compte dans le prix d'achat de ce titre ou de ce groupe de titres. Le prix d'achat s'entend hors intérêt couru ;
- b) Les immeubles et les parts ou actions des sociétés immobilières ou foncières non inscrites à la cote d'une bourse de valeurs d'un Etat membre de l'Organisation de coopération et de développement économique sont retenus pour leur prix d'achat ou de revient ou, dans les conditions fixées dans chaque cas par l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1, pour une valeur déterminée après expertise effectuée conformément à l'article R. 212-56. Les valeurs sont diminuées des amortissements pratiqués. Le prix de revient des immeubles est celui qui ressort des travaux de construction et d'amélioration, à l'exclusion des travaux d'entretien proprement dits ;
- c) Les prêts sont évalués d'après les actes qui en font foi ou, s'ils sont acquis sur un marché secondaire, à leur prix d'acquisition ;
- d) Les nues-propriétés et les usufruits sont évalués suivant les règles déterminées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Dans tous les cas, sont déduits, s'il y a lieu, les remboursements effectués et les dépréciations, lesquelles ne peuvent être constatées que lorsqu'il y a lieu de considérer qu'elles ont un caractère durable.

Article R212-54

Les valeurs énumérées à l'article R. 212-31 et les autres placements financiers et immobiliers font l'objet, aux fins notamment d'effectuer le calcul prévu au premier alinéa de l'article L. 212-6, d'une évaluation sur la base de leur valeur de réalisation, dans les conditions ci-après :

a) Les valeurs mobilières cotées et les titres cotés de toute nature sont retenus pour le dernier cours coté au jour de l'inventaire ;

b) Les titres non cotés et les prêts sont retenus pour leur valeur vénale correspondant au prix qui en serait obtenu dans des conditions normales de marché et en fonction de leur utilité pour la mutuelle ou l'union ;

c) Les actions de sociétés d'investissement à capital variable et les parts de fonds communs de placement sont retenues pour le dernier prix de rachat publié au jour de l'inventaire ;

d) La valeur de réalisation des immeubles et des parts ou actions des sociétés immobilières ou foncières non inscrites à la cote d'une bourse de valeurs d'un Etat membre de l'organisation de coopération et de développement économique est déterminée sur la base d'une expertise quinquennale effectuée par un expert accepté par l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1. Entre deux expertises, la valeur fait l'objet d'une estimation annuelle, certifiée par un expert accepté par cette Autorité ;

e) Les autres placements sont retenus pour leur valeur comptable déterminée comme il est prévu aux articles R. 212-52 et R. 212-53 ci-dessus, sauf dans le cas où une autre valeur résulte soit d'une expertise effectuée dans les conditions prévues à l'article R. 212-56, soit d'un accord entre l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 et la mutuelle ou l'union.

Pour les titres inscrits en comptabilité hors coupon couru en application des articles R. 212-52 et R. 212-53, il y a lieu de déduire de l'évaluation prévue au présent article les prorata d'intérêt courus depuis la dernière échéance jusqu'à la date de l'inventaire.

Article R212-54-1

La valeur de réalisation des instruments financiers à terme mentionnés aux articles R. 212-70 à R. 212-73 est :

a) Pour les instruments financiers à terme échangés sur des marchés reconnus au sens du dernier alinéa du A de l'article R. 212-31, la valeur de la dernière cotation ;

b) Pour les instruments échangés de gré à gré, le coût de remplacement, évalué par au moins deux organismes n'appartenant pas à un même groupe au sens de l'article R. 212-45. Un des organismes peut être la mutuelle ou union elle-même, sauf opposition de l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1. Les organismes habilités à cette évaluation sont les établissements de crédit, les entreprises d'investissement ou, sur accord de l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1, des organismes spécialisés.

Article R212-55

I.-Les cessions de titres en portefeuille sont réputées porter par priorité sur les titres de même nature acquis ou souscrits à la date la plus ancienne. Lorsque des titres de même nature ont été acquis de manière successive en fonction d'un même ordre d'achat ou au cours d'un même exercice, la détermination du prix unitaire d'achat de chacun de ces titres peut s'effectuer en prix d'achat unitaire pondéré.

Toutefois, les mutuelles et unions qui, un an avant la publication du plan comptable déterminaient les plus-values ou les moins-values de cession en fonction de la valeur d'origine unitaire moyenne pondérée des titres de même nature figurant dans leur patrimoine doivent continuer de faire application de cette méthode en cas de cessions de titres figurant dans leur portefeuille à la date de publication du plan comptable. Dans ce cas, le prix de revient unitaire des titres de même nature détenus à cette date est égal au prix unitaire moyen pondéré de l'ensemble de ces titres calculé à cette même date.

II.-Lorsque des placements détenus par la mutuelle ou l'union et évalués conformément à l'article R. 212-52 ou à l'article R. 212-53 changent de destination et sont affectés en représentation d'engagements à capital variable tels que définis au premier alinéa de l'article R. 212-37, ils sont inscrits au bilan à la valeur estimée conformément aux dispositions du troisième alinéa du même article ; la différence entre cette valeur et la valeur comptable antérieure est constatée en compte de résultat.

De même, la variation de valeur, d'un exercice à l'autre, des placements affectés en représentation d'engagements à capital variable, telle qu'elle résulte de l'application des règles d'évaluation prévues par l'article R. 212-37, est constatée en compte de résultat.

III.-Les actifs visés aux articles R. 212-52 et R. 212-53 inscrits dans une devise autre que l'euro sont évalués dans cette même devise pour l'application de l'article R. 212-54.

IV.-abrogé.

Article R212-56

L'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 peut requérir la fixation par une expertise de la valeur de tout ou partie de l'actif des mutuelles ou unions, et notamment des immeubles et des parts et actions de sociétés immobilières leur appartenant ou sur lesquels elles ont consenti un prêt ou une ouverture de crédit hypothécaire, ainsi que des instruments financiers à terme utilisés par les mutuelles ou unions.

Cette expertise peut être également demandée à l'Autorité par les mutuelles et unions.

La valeur résultant de l'expertise doit figurer dans l'évaluation de la valeur de réalisation des placements prévue aux articles R. 212-54 et R. 212-54-1. Elle peut également être inscrite à l'actif du bilan dans les limites et les conditions fixées dans chaque cas par l'Autorité de contrôle. Elle constitue alors le nouveau prix

d'achat mentionné à l'article R. 212-53, la différence entre cette valeur et la valeur comptable antérieure étant constatée en compte de résultat.

Les frais de l'expertise sont à la charge de la mutuelle ou de l'union.

Article R212-57

Les modalités de l'expertise prévue à l'article R. 212-56, et notamment le mode de désignation du ou des experts, sont fixés par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article R212-58

Les mutuelles et unions agréées pour les branches mentionnées aux 1, 2, 15, 16 a et h, 17 et 18 de l'article R. 211-2 inscrivent à l'actif de leur bilan la fraction non imputable à l'exercice des frais d'acquisition des bulletins d'adhésion ou des contrats collectifs constatés en charge de l'exercice. La période d'imputation des frais d'acquisition ne peut s'étendre au-delà de la date à laquelle le membre participant ou le souscripteur de contrat collectif peut exercer son droit de résiliation ou de non-reconduction ni, lorsque les frais à reporter sont des commissions payables à chaque échéance de cotisation, au-delà de la prochaine échéance de cotisation.

Le montant reporté est calculé bulletin d'adhésion par bulletin d'adhésion, contrat collectif par contrat collectif ou sur la base de méthodes statistiques, dans les mêmes conditions et selon les mêmes méthodes que la provision pour cotisations non acquises ; il ne peut faire l'objet d'une augmentation ultérieure ; il est amorti linéairement sur la durée restant à courir entre la date de l'inventaire et la fin de la période d'imputation des frais, et au maximum sur cinq exercices ; il est amorti en totalité en cas de résiliation anticipée, d'annulation ou de transfert de bulletin d'adhésion ou de contrat collectif.

La fraction non imputable à l'exercice des commissions des réassureurs est également inscrite au bilan ; le montant reporté est calculé et repris en compte de résultat selon les mêmes méthodes que celles retenues pour les frais d'acquisition des opérations brutes correspondantes.

Article R212-59

Les mutuelles et unions agréées pour les branches 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 211-2 inscrivent à l'actif du bilan les frais d'acquisition à reporter en fonction de la durée de vie résiduelle des bulletins d'adhésion ou des contrats collectifs. Le montant des frais d'acquisition ainsi reportés est au plus égal à l'écart entre les montants de provisions mathématiques inscrites au bilan et le montant des provisions mathématiques qui seraient à inscrire si les frais d'acquisition n'étaient pas pris en compte dans les engagements des membres participants, bénéficiaires et ayants droit. Le montant de cet écart, ainsi que le calcul des frais d'acquisition reportés, doivent pouvoir être justifiés à tout moment auprès de l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1. Les frais d'acquisition reportés sont admis en représentation des provisions techniques.

Article R212-59-1

Les mutuelles et unions de réassurance doivent procéder avec une régularité suffisante à une évaluation de leurs risques financiers en effectuant notamment des simulations de l'impact de la variation des taux d'intérêt sur leur actif et leur passif et des estimations comparées de l'exigibilité de leur passif et de la liquidité de leur actif.

Article R212-59-2

Les mutuelles et unions de réassurance mentionnées à l'article L. 211-7-2 représentent leurs engagements réglementés par des actifs qui tiennent compte de la nature, du montant et de la durée de ces engagements, de manière à garantir le caractère suffisant, la liquidité, la sécurité, le rendement et la congruence des placements qu'elles réalisent.

Elles veillent en particulier à ce que les actifs soient diversifiés et correctement répartis et permettent à l'organisme de réagir convenablement à des fluctuations de la situation économique, et en particulier à l'évolution des marchés financiers et immobiliers ou à des catastrophes majeures. L'organisme évalue l'incidence de conditions de marché irrégulières sur ses actifs et diversifie ses actifs de façon à réduire cette incidence.

Elles veillent également à ce que les placements en actifs non négociés sur un marché financier réglementé soient, en toutes circonstances, maintenus à des niveaux prudents.

Ces mutuelles et unions peuvent investir dans des instruments financiers à terme dans la mesure où ces derniers contribuent à réduire les risques d'investissement ou à permettre une gestion efficace du portefeuille. Ils sont évalués de manière prudente, en tenant compte des actifs sous-jacents, et sont inclus dans l'évaluation des actifs de l'institution. L'organisme doit également éviter une exposition excessive aux risques liés à une contrepartie unique et à d'autres opérations dérivées.

Article R212-59-3

I. # Lorsqu'elle estime que la politique d'investissement d'une mutuelle ou union de réassurance ne répond plus aux conditions mentionnées à l'article R. 212-45-2, ou si la maîtrise par l'organisme de ses risques financiers est insuffisante, l'Autorité de contrôle peut exiger que la mutuelle ou union représente ses engagements réglementés afférents aux opérations réalisées dans les Etats membres de l'OCDE par des actifs dans les conditions suivantes :

1° Rapportée au montant total des engagements mentionnés à l'article R. 212-27-2, toutes monnaies confondues, la valeur des actifs libellés dans des devises autres que celles dans lesquelles sont établis les engagements réglementés est limitée à 30 % ;

2° Rapportée à ce même montant, la somme des valeurs des actifs visés aux 9 à 11 de l'article R. 212-31 et des prêts mentionnés au troisième alinéa du 1° de l'article R. 212-45, avec celle des actifs non listés aux articles R. 212-31 et R. 212-45 est limitée à 30 % ;

3° Rapportée à ce même montant, la valeur au bilan des actifs émis, prêtés ou garantis par un même organisme ou un même groupe ne peut excéder respectivement 5 % et 10 %, sauf dérogation accordée au cas par cas par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Toutefois, le ratio de 5 % susmentionné peut atteindre 10 %, à condition que la valeur totale des titres émis et des prêts obtenus ou garantis par les organismes ou groupes dont les émissions, prêts ou garanties de prêt sont admis au-delà de 5 % n'excède pas 40 % de la base de dispersion définie au présent article.

II. # Lorsque la mutuelle ou union de réassurance doit représenter ses engagements réglementés dans les conditions prévues au I du présent article, les provisions techniques relatives aux affaires cédées à un organisme d'assurance ou de réassurance peuvent également être représentées sans condition par une créance sur cet organisme.

Section 6 : Transfert de portefeuille.

Article R212-60-1

Le transfert prévu à l'article L. 212-11-1, de tout ou partie d'un portefeuille de contrats ou de sinistres à payer est soumis à l'approbation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

La demande d'autorisation présentée par la mutuelle ou l'union est portée à la connaissance des organismes réassurés et des créanciers par un avis publié au Journal officiel, qui leur fixe un délai de deux mois pour présenter leurs observations.

Article R212-61

Les actifs transférés avec des garanties liées aux bulletins d'adhésion ou aux contrats collectifs relevant du b du 1° du I de l'article L. 111-1 par une mutuelle ou une union sont affectés à une section comptable distincte du bilan de la mutuelle ou de l'union cessionnaire des bulletins d'adhésion ou contrats collectifs.

Pour le calcul de la participation aux excédents afférents à ces actifs prévue à l'article L. 212-5, il n'est pas tenu compte de l'importance respective des fonds propres et des engagements pris envers les membres participants, les bénéficiaires et les ayants droit figurant au bilan de la mutuelle ou de l'union.

Article R212-62

Lorsqu'en application du 8° de l'article L. 612-33 du code monétaire et financier, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution décide le transfert d'office d'un portefeuille de bulletins d'adhésion ou de contrats collectifs conclus sur le territoire d'un ou plusieurs Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, elle en avise les autorités compétentes de ces différents Etats.

Lorsque l'entreprise d'assurance cessionnaire a son siège social dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, l'Autorité de contrôle s'assure auprès des autorités compétentes de cet Etat que l'entreprise possède, compte tenu du transfert, la marge de solvabilité nécessaire.

La décision de transfert et le nom de l'entreprise cessionnaire font l'objet d'une publication au Journal officiel à la diligence de l'Autorité de contrôle.

Article R212-63

Les transferts de portefeuille mentionnés à l'article L. 212-11 relatifs à des opérations régies par l'article R. 211-21 sont effectués par la mutuelle ou l'union substituée aux organismes cédants conformément aux dispositions du même article, qui agit pour le compte des organismes auxquels elle s'est substituée. L'avis et la décision de transfert de portefeuille mentionnés à l'article L. 212-11 comportent en annexe la liste des opérations et des organismes concernés par le transfert.

Article R212-64

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut s'opposer dans les conditions prévues à l'article L. 212-13 à la fusion ou à la scission d'une mutuelle ou union.

Section 7 : Instruments financiers à terme.

Article R212-70

Une mutuelle ou union peut utiliser un instrument financier à terme au sens de l'article L. 211-1 du code monétaire et financier, lié à un placement ou un groupe de placements détenus ou à détenir si sont remplies durant toute l'opération les conditions suivantes :

- a) Le placement ou le groupe de placements est détenu ou a été acquis à terme avec une échéance antérieure à la date d'échéance ou d'exercice de cet instrument ;
- b) Le placement ou le groupe de placements est identique ou assimilable au sous-jacent de cet instrument, et de montant au moins égal au montant notionnel de cet instrument ;
- c) Pour les contrats d'échange, le sous-jacent mentionné au b est celui que l'organisme s'engage à échanger ;
- d) L'instrument financier à terme permet, en adéquation avec les engagements de la mutuelle ou union, une gestion efficace et prudente du placement ou du groupe de placements détenus visant à titre principal au maintien de sa valeur ou de son rendement.

Article R212-71

Une mutuelle ou union peut utiliser un instrument financier à terme en anticipation de placement si sont remplies durant toute l'opération les conditions suivantes :

- a) La mutuelle ou union détient ou recevra avant la date d'échéance ou d'exercice de cet instrument un montant de liquidités au moins égal au montant notionnel de l'instrument. Lorsque l'instrument financier à terme n'emporte pour la mutuelle ou union aucune obligation financière exigible à la date d'exercice ou ultérieurement, les liquidités peuvent être à recevoir de façon probable ;
- b) L'opération a pour objet de diminuer l'aléa des conditions de placement futur, en adéquation avec les engagements de la mutuelle ou union.

Sont assimilées à des liquidités détenues les actions des sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placement mentionnés aux 3° et 8° de l'article R. 212-31 et classés dans la catégorie des OPCVM et des FIA monétaires.

Lorsque les liquidités sont à recevoir à une échéance supérieure à un an, les créances découlant de l'opération à terme doivent être intégralement garanties dans les conditions prévues à l'article R. 212-81.

Article R212-72

Une mutuelle ou union peut utiliser un instrument financier à terme de taux ou de devise lié à une dette financière si sont remplies durant toute l'opération les conditions suivantes :

- a) L'emprunt contracté ou la dette émise est identique ou assimilable au sous-jacent de cet instrument ;
- b) Pour les contrats d'échange, le sous-jacent mentionné au a est celui que la mutuelle ou union s'engage à échanger ;
- c) L'emprunt contracté ou la dette émise par la mutuelle ou union est de montant au moins égal au montant notionnel de cet instrument ;
- d) L'instrument financier à terme permet une gestion efficace et prudente de cette dette en adéquation avec les placements de la mutuelle ou union.

Article R212-73

Sauf dérogation expresse de l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1, une mutuelle ou union ne peut utiliser d'instrument financier à terme que dans les cas prévus par les articles R. 212-70, R. 212-71 et R. 212-72.

Toute opération financière à terme ne respectant plus les conditions fixées à ces articles doit être dénouée dans un délai de trois mois, et fait l'objet d'une analyse détaillée dans le rapport prévu à l'article L. 212-3.

Article R212-74

Une mutuelle ou union ne peut procéder à des ventes d'option que dans les cas suivants :

- a) Vendre une option précédemment acquise dans le cadre défini par les articles R. 212-70 à R. 212-73 ;
- b) Vendre une option lorsque la mutuelle ou union achète simultanément une option similaire, à la seule différence du prix d'exercice ;
- c) Vendre une option d'achat à la condition que le sous-jacent soit un placement déjà détenu, à l'exclusion de tout placement à détenir comme de toute anticipation de placement.

Article R212-75

Les modalités d'enregistrement et de comptabilisation des opérations mentionnées aux articles R. 212-70 à R. 212-73 sont fixées par règlement de l'Autorité des normes comptables.

Article R212-76

Sauf dérogation accordée au cas par cas par l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1, notamment au regard d'une modification globale des conditions de marché, la somme des valeurs de réalisation positives de l'ensemble des instruments financiers à terme conclus de gré à gré avec l'ensemble des contreparties ne peut excéder 10 % de la base de dispersion définie au premier alinéa de l'article R. 212-32.

Les valeurs de réalisation positives peuvent être compensées avec des valeurs de réalisation négatives vis-à-vis d'une même contrepartie s'il existe entre les parties à l'opération une convention-cadre mentionnée à l'article R. 212-81.

Article R212-77

Sauf dérogation accordée au cas par cas par l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1, le montant des liquidités à recevoir qui proviennent d'actifs mentionnés aux 1^o, 2^o, 2^o bis et 2^o ter du A de l'article R. 212-31 et qui font l'objet d'opérations d'anticipation de placement dans des titres de même nature ne peut excéder 20 % de la base de dispersion définie au premier alinéa de l'article R. 212-32.

Dans les cas autres que prévus au premier alinéa, le montant des liquidités à recevoir faisant l'objet d'opérations d'anticipation de placement ne peut excéder 5 % de la base de dispersion.

Lorsque l'instrument financier à terme n'emporte pour la mutuelle ou union aucune obligation financière exigible à la date d'exercice ou ultérieurement, les limitations du présent article ne s'appliquent pas.

Article R212-78

Une mutuelle ou union ne peut souscrire d'instruments financiers à terme que :

1. Sur les marchés reconnus au sens du dernier alinéa du A de l'article R. 212-31 ;

2. De gré à gré, auprès :

a) Des établissements de crédit et entreprises d'investissement ayant leur siège social sur le territoire de l'un des Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen ;

b) Des organismes mentionnés à l'article L. 518-1 du code monétaire et financier ;

c) Des établissements de crédit ou entreprises d'investissement de pays tiers assujettis à des règles prudentielles considérées comme équivalentes par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;

d) D'entreprises d'assurance, de réassurance ou d'autres organismes, sur accord de l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1.

Article R212-79

La somme des valeurs de réalisation positives de l'ensemble des contrats conclus avec une même société ou plusieurs sociétés appartenant au même groupe au sens de l'article R. 212-45 est prise en compte dans le plafond mentionné au 1° de l'article R. 212-33.

Les valeurs de réalisation positives peuvent être compensées avec des valeurs de réalisation négatives des instruments financiers à terme conclus avec un même organisme s'il existe entre les parties à l'opération une convention-cadre mentionnée à l'article R. 212-81.

Article R212-80

La somme des valeurs de réalisation positives des contrats financiers à terme conclus de gré à gré avec une même société ou plusieurs sociétés appartenant au même groupe au sens de l'article R. 212-45 ne peut excéder 0,5 % de la base de dispersion définie au premier alinéa de l'article R. 212-32.

Les valeurs de réalisation positives peuvent être compensées avec des valeurs de réalisation négatives des instruments financiers à terme conclus avec un même organisme s'il existe entre les parties à l'opération une convention-cadre mentionnée à l'article R. 212-81.

Article R212-81

Les montants prévus aux articles R. 212-79 et R. 212-80 sont calculés net de la valeur des garanties reçues en application d'une convention-cadre admissible.

Est admissible une convention-cadre qui remplit l'ensemble des conditions suivantes :

- a) Elle respecte les principes généraux d'une convention-cadre de place nationale ou internationale ;
- b) Elle prévoit de façon explicite la compensation entre valeurs de réalisation positives et négatives ;
- c) Elle prévoit que la garantie prend la forme de remises en pleine propriété, opposables aux tiers sans formalité, d'espèces, de valeurs mentionnées au 1° du A de l'article R. 212-31, ou de parts ou d'actions d'organismes de placement collectif en valeurs mobilières ou de placements collectifs mentionnés au 3° de cet article dont le portefeuille est exclusivement composé des valeurs mentionnées au 1° de cet article ;
- d) Elle prévoit que les lois ou règlements régissant la contrepartie, notamment en cas d'insolvabilité, ne font pas obstacle à la mise en oeuvre des modalités de résiliation, d'évaluation et de compensation, en application notamment des articles L. 211-36 et L. 211-36-1 du code monétaire et financier.

La liste des conventions-cadres qui remplissent ces conditions est déterminée par un arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article R212-82

L'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 peut, pour apprécier les limites fixées à la présente section, prendre en compte les instruments financiers utilisés par les organismes :

- a) Dans lesquels, d'une part, la mutuelle ou union a investi un montant supérieur à 0,5 % de la base de dispersion définie au premier alinéa de l'article R. 212-32 et dans lesquels, d'autre part, le groupe auquel appartient la mutuelle ou union dispose de plus de 50 % du capital ou des parts ;
- b) Ou bien dans lesquels la mutuelle ou union a investi un montant supérieur à 5 % de la base de dispersion.

Les dispositions du présent article s'appliquent notamment aux organismes mentionnés aux 3° et 8° de l'article R. 212-31. Elles ne s'appliquent pas aux actifs mis en représentation de contrats d'assurance vie ou de capitalisation, en unités de compte, dont la mutuelle ou union n'assume pas le risque de placement.

Article R212-83

La mutuelle ou union utilisant des instruments financiers à terme effectue, au moins une fois par mois, des projections concernant la composition de son portefeuille de placements afin de prendre en compte l'impact sur celle-ci de ses opérations sur instruments financiers à terme.

Ces projections sont établies pour les échéances d'un mois, trois mois, six mois, un an, et annuellement jusqu'à l'échéance maximale des instruments financiers à terme utilisés, en distinguant l'impact des opérations qui n'emportent aucune obligation pour la mutuelle ou union.

Section 8 : Comptes et états statistiques.

Article R212-90

I. - La quote-part mentionnée à l'article L. 212-6 est un pourcentage de la valeur de l'ensemble des placements appartenant à la mutuelle ou l'union et de ceux des autres actifs affectables à la représentation des engagements réglementés, évalués conformément aux dispositions de l'article R. 212-54. Ce pourcentage est au moins égal au résultat obtenu en divisant par cette valeur la somme des montants suivants :

a) Actifs correspondant aux opérations relevant de l'article L. 222-1, évalués comme il est dit à l'article R. 212-54 ;

b) Placements affectés à la représentation des opérations en unités de compte dans lesquels la somme assurée est déterminée par rapport à une valeur de référence et évalués comme il est dit au dernier alinéa de l'article R. 212-37 ;

c) Actifs transférés avec un portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats, évalués comme il est dit à l'article R. 212-54 ;

d) Montant des provisions techniques brutes de réassurance constituées au titre des opérations pratiquées par la mutuelle ou l'union pour les branches 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 211-2 autres que celles qui sont mentionnées aux a et b et diminué du montant des actifs mentionnés au c, évalués comme il est dit aux articles R. 212-52 et R. 212-53 ;

e) Un pourcentage, défini au II du présent article, de la différence entre la valeur, d'une part, évaluée comme il est dit à l'article R. 212-54, d'autre part, évaluée comme il est dit aux articles R. 212-52 et R. 212-53, de l'ensemble des placements appartenant à la mutuelle ou l'union et de ceux des autres actifs affectables à la représentation des engagements réglementés autres que ceux mentionnés aux a, b et c ci-dessus.

II. - Le pourcentage mentionné au e du I du présent article est égal à 85 % du quotient A/B, avec :

A : montant moyen des provisions techniques brutes de réassurance constituées au titre de l'ensemble des opérations pratiquées par la mutuelle ou l'union autres que celles qui sont mentionnées aux a et b du I du présent article ou qui sont relatives à des opérations collectives en cas de décès ou, pour les mutuelles ou unions agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b du 1° de l'article L. 111-1,

à des opérations relevant des branches 1 ou 2 de l'article R. 211-2, et diminué du montant moyen des actifs mentionnés en c du I du présent article, évalués comme il est dit aux articles R. 212-52 et R. 212-53 ;

B : montant moyen de l'ensemble des placements appartenant à la mutuelle ou l'union et de ceux des autres actifs affectables à la représentation des engagements réglementés, autres que ceux qui sont mentionnés aux a, b et c du I ci-dessus, évalués comme il est dit aux articles R. 212-52 et R. 212-53.

Les montants moyens mentionnés à l'alinéa précédent sont obtenus en divisant par deux la somme des montants inscrits dans les comptes à l'ouverture et à la clôture de l'exercice.

III. - Les placements, actifs et provisions mentionnés au présent article ne comprennent pas ceux qui sont constitués par la mutuelle ou l'union dans le cadre des opérations effectuées par ses succursales situées à l'étranger.

IV. - En cas de transfert de portefeuille, la valeur des actifs transférés ne peut excéder celle qui résulte de leur évaluation conformément aux dispositions de l'article R. 212-54.

Chapitre III : Surveillance complémentaire

Article R213-1

Les mutuelles et unions régies par le présent livre qui sont des organismes participants, au sens du 3° de l'article L. 212-7-1, d'au moins une mutuelle ou une union, une institution de prévoyance ou une union régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, une entreprise régie par le code des assurances, une entreprise de réassurance ou d'assurance dont le siège social est situé hors de France, disposent d'un système de contrôle interne pour la production de données et informations destinées à permettre la surveillance complémentaire de leur situation financière.

Article R213-2

Les mutuelles et unions mentionnées à l'article R. 213-1 doivent présenter une solvabilité ajustée positive déterminée selon les modalités précisées à l'article R. 213-3 sur la base des comptes consolidés ou combinés établis conformément aux dispositions de l'article L. 212-7.

Toutefois, lorsque ces mutuelles et unions sont des organismes participants d'un établissement de crédit, d'une entreprise d'investissement ou d'un établissement financier, elles peuvent, alternativement, présenter une solvabilité ajustée positive selon les modalités précisées, pour le calcul des exigences complémentaires en fonds propres applicables aux conglomérats financiers, par l'arrêté des ministres chargés de l'économie, de la sécurité sociale et de la mutualité prévu à l'article L. 517-8 du code monétaire et financier.

En outre, l'Autorité de contrôle peut dispenser du calcul de la solvabilité ajustée une mutuelle ou union :

- a) Si cette mutuelle ou union est prise en compte pour le calcul de la marge de solvabilité ajustée d'une entreprise d'assurance ou de réassurance ayant son siège en France, une autre mutuelle ou union régie par le livre II du code de la mutualité, ou une institution de prévoyance ou union régie par le livre IX du code de la sécurité sociale à laquelle elle est apparentée ;
- b) Si cette mutuelle ou union est apparentée à une société de groupe d'assurance ayant son siège en France, à une union de groupe mutualiste ou à un groupement paritaire de prévoyance et que ces deux organismes sont pris en compte dans le calcul effectué pour un autre organisme apparenté ;
- c) Si cette mutuelle ou union est un organisme apparenté soit à une entreprise d'assurance, soit à une entreprise de réassurance, soit à une société de groupe d'assurance qui a son siège social dans un Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen lorsque l'Autorité de contrôle a conclu un accord avec l'autorité compétente de cet Etat pour lui attribuer l'exercice de la surveillance complémentaire.

Dans tous ces cas de dispense du calcul de la solvabilité ajustée, l'Autorité de contrôle s'assure au préalable que les éléments admissibles pour la marge de solvabilité des organismes pris en compte dans le calcul sont répartis de manière adéquate entre ces organismes.

Lorsqu'elle vérifie le calcul de la solvabilité ajustée d'une mutuelle ou union, l'Autorité de contrôle peut prendre en compte l'évaluation par une autre autorité compétente de la situation de solvabilité d'un organisme apparenté dont le siège est situé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

En cas de solvabilité ajustée négative, l'Autorité de contrôle exige de la mutuelle ou union concernée qu'elle prenne les mesures nécessaires au rétablissement d'une solvabilité ajustée positive.

Article R213-3

La solvabilité ajustée d'une mutuelle ou d'une union participante est la différence entre les éléments admissibles pour la marge de solvabilité calculés à partir des données consolidées ou combinées établies conformément aux dispositions de l'article L. 212-7 et l'exigence de solvabilité calculée à partir des données consolidées ou combinées des organismes assureurs entrant dans le champ de la surveillance complémentaire établies en application de ces mêmes dispositions.

Les éléments admissibles pour la marge de solvabilité de la mutuelle ou l'union participante pour laquelle la solvabilité ajustée est calculée et ceux pris en compte au titre des organismes apparentés sont ceux mentionnés aux articles R. 212-11, R. 212-15, R. 212-18 et R. 212-20-1. Toutefois, des éléments admissibles, notamment les plus-values latentes, les rappels de cotisations des mutuelles et les emprunts subordonnés, ne sont pris en compte, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la mutualité, que dans la mesure où ils peuvent être effectivement rendus disponibles pour couvrir la marge de solvabilité de la mutuelle ou de l'union participante pour laquelle la solvabilité ajustée est calculée. En outre, sont déduits les participations, créances subordonnées et autres instruments financiers détenus sur des établissements de crédit, des entreprises d'investissement et des établissements financiers, et mentionnés au I de l'article R. 212-11.

L'exigence de solvabilité des organismes assureurs inclus dans le calcul de solvabilité ajustée se définit de la manière suivante :

1. Pour une mutuelle ou union d'assurance ou de réassurance, elle correspond au montant réglementaire de la marge de solvabilité mentionné aux articles R. 212-12, R. 212-14, R. 212-16, R. 212-19 et R. 212-20-2 ;

2. Pour une institution ou union relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, elle correspond au montant réglementaire de la marge de solvabilité mentionné aux articles R. 931-10-4, R. 931-10-7, R. 931-10-10 et R. 931-10-6-1 du code de la sécurité sociale ;

3. Pour une entreprise d'assurance ou de réassurance agréée en France et soumise au contrôle de l'Etat en application de l'article L. 310-1 du code des assurances, elle correspond au montant réglementaire de la marge de solvabilité décrit aux articles R. 334-5, R. 334-6, R. 334-13, R. 334-14, R. 334-19, R. 334-20 et R. 334-27 du code précité ;

4. Pour une entreprise de réassurance ou pour un organisme assureur dont le siège est situé hors de France, elle correspond à une exigence de solvabilité calculée dans les mêmes conditions que la marge de solvabilité pour les risques assimilables, le résultat ainsi obtenu ne pouvant être inférieur à celui qui serait résulté de l'application de ces règles à un organisme assureur agréé en France ;

5. Pour une mutuelle ou union participante dont les participations sont détenues au travers d'une société de groupe d'assurance, l'exigence de solvabilité ajustée de cette dernière est égale à zéro.

L'Autorité de contrôle peut prendre en compte les exigences de solvabilité et les éléments admissibles pour satisfaire ces exigences, retenus par les autorités d'un Etat non membre de la Communauté européenne ou qui n'est pas partie à l'accord sur l'Espace économique européen dans lequel un organisme assureur apparenté ou une entreprise de réassurance a son siège et dont les exigences sont considérées comme équivalentes.

En outre, si une mutuelle ou union applique les normes comptables internationales adoptées par règlement de la Commission européenne, les données consolidées ou combinées prises en compte pour le calcul de sa marge de solvabilité ajustée font l'objet des retraitements strictement nécessaires pour assurer la comparabilité de celle-ci avec la marge de solvabilité ajustée des organismes n'appliquant pas ces normes. Un arrêté du ministre chargé de la mutualité fixe la liste de ces retraitements et précise les cas et conditions dans lesquels l'Autorité de contrôle peut dispenser une mutuelle ou union d'effectuer un ou plusieurs de ces retraitements.

Article R213-4

Lorsque la méthode décrite à l'article R. 213-3 ne permet pas d'obtenir un résultat satisfaisant en raison des structures du groupe concerné, l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 est autorisée à appliquer, à titre exceptionnel et dérogatoire, l'une des deux méthodes suivantes :

1. Méthode n° 1 : déduction et agrégation la solvabilité ajustée de la mutuelle ou de l'union participante est la différence entre :

a) La somme des éléments admissibles pour la marge de solvabilité de la mutuelle ou de l'union participante et de la part proportionnelle de cette dernière dans les éléments admissibles pour la marge de solvabilité de l'organisme assureur apparenté ;

b) La somme de la valeur comptable de l'organisme assureur apparenté dans la mutuelle ou l'union participante et de la part proportionnelle de l'exigence de solvabilité de l'organisme assureur apparenté.

2. Méthode n° 2 : déduction d'une exigence la solvabilité ajustée de l'institution ou l'union participante est la différence entre :

- a) La somme des éléments admissibles pour la marge de solvabilité de la mutuelle ou l'union participante ;
- b) La somme de l'exigence de marge de solvabilité de la mutuelle ou l'union participante et de la part proportionnelle de l'exigence de solvabilité de l'organisme assureur apparenté.

Lorsque l'organisme assureur apparenté est une filiale et qu'il présente un déficit de solvabilité, ce déficit de solvabilité doit être pris en compte en totalité dans le calcul de la solvabilité ajustée de l'organisme référent mentionné au 1° de l'article L. 212-7-1. Toutefois, dans le cas où la responsabilité de l'organisme de référence détenant une part de capital est limitée strictement et sans ambiguïté à cette part de capital, l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 peut décider d'admettre que le déficit de la filiale est pris en compte sur une base proportionnelle.

Pour le calcul de la solvabilité ajustée en application de ces deux méthodes, les opérations intragroupe sont éliminées d'une manière équivalente à celle prévue pour l'établissement des comptes consolidés ou combinés mentionnés à l'article L. 212-7. En outre, sont déduits des éléments admissibles pour la marge de solvabilité les participations, créances et autres instruments détenus sur des établissements de crédit, des entreprises d'investissement et des établissements financiers mentionnés au I de l'article R. 212-11.

Lorsque la mutuelle ou l'union est un organisme participant d'un établissement de crédit, d'une entreprise d'investissement ou d'un établissement financier, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution est également autorisée à appliquer, en alternative à ces deux méthodes, les méthodes définies, pour le calcul des exigences complémentaires en fonds propres des conglomérats financiers, par l'arrêté des ministres chargés de l'économie, de la sécurité sociale et de la mutualité prévu à l'article L. 517-8 du code monétaire et financier.

Article R213-5

Les mutuelles ou unions dont l'organisme de référence mentionné au 1° de l'article L. 212-7-1 est une société de groupe d'assurance, une compagnie financière holding mixte dont le coordonnateur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, une entreprise soumise au contrôle de l'Etat en application de l'article L. 310-1-1 du code des assurances ou une entreprise d'assurance ou de réassurance dont le siège social est situé dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen doivent justifier d'une solvabilité ajustée positive selon des modalités définies aux articles R. 213-2 à R. 213-4. Dans ce but, elles procèdent à un calcul de la solvabilité ajustée de leur organisme de référence dans les mêmes conditions que celles permettant de déterminer la marge de solvabilité d'une mutuelle ou union participante agréée en France et pratiquant les mêmes opérations.

L'Autorité de contrôle peut dispenser du calcul de la solvabilité ajustée une mutuelle ou une union d'assurance ou de réassurance :

- a) Si cette mutuelle ou cette union est prise en compte pour le calcul de la marge de solvabilité ajustée d'un autre organisme d'assurance ou de réassurance ayant son siège en France, une mutuelle ou union régie par le livre II du code de la mutualité, ou une institution de prévoyance ou union régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale auquel elle est apparentée ;

b) Si cette mutuelle ou cette union a pour organisme de référence une entreprise d'assurance ou de réassurance ou une société de groupe d'assurance ou une compagnie financière holding mixte dont le coordonnateur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ayant son siège dans un Etat non partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui est également l'organisme de référence d'un ou plusieurs autres organismes d'assurance ou de réassurance et qu'elle est prise en compte dans le calcul de la marge de solvabilité de l'un de ces autres organismes d'assurance ou de réassurance ;

c) Si cette mutuelle ou cette union a pour organisme de référence une entreprise d'assurance ou de réassurance ou une société de groupe d'assurance ou une compagnie financière holding mixte dont le coordonnateur est l'Autorité de contrôle, et dont le siège social est situé dans un Etat membre ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, lorsque l'Autorité de contrôle a conclu un accord avec l'autorité compétente de cet Etat pour lui attribuer l'exercice de la surveillance complémentaire.

Si l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 estime, à partir de ce calcul de solvabilité ajustée, que la solvabilité de la mutuelle ou l'union concernée est compromise ou susceptible de l'être, elle exige de celle-ci qu'elle prenne les mesures nécessaires au rétablissement ou au maintien de sa solvabilité.

Article R213-6

Les opérations qu'une mutuelle ou union effectue avec ses organismes apparentés sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, notamment celles qui portent sur les prêts, les garanties et les opérations hors bilan, les éléments admissibles pour la marge de solvabilité, les investissements, les opérations de réassurance et les accords de répartition des coûts. La mutuelle ou l'union déclare au moins une fois par an à cette Autorité les opérations importantes mentionnées ci-dessus. La mutuelle ou l'union dispose en outre de procédures de gestion des risques et de dispositifs de contrôle interne destinés à détecter, mesurer, encadrer et contrôler ces opérations. Une décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution précise les conditions dans lesquelles ces opérations doivent être déclarées.

Si l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution estime, à partir de l'examen de ces déclarations, que la solvabilité de la mutuelle ou de l'union est compromise ou susceptible de l'être, elle exige de cette mutuelle ou union qu'elle prenne les mesures nécessaires au rétablissement ou au maintien de sa solvabilité.

Article R213-7

Lorsqu'une union de mutuelles exerce, à titre principal, une influence dominante sur un autre organisme ayant une activité économique à raison de l'existence de liens de solidarité importants et durables résultant d'engagements financiers ou de dirigeants ou de services communs, elle est tenue de transmettre à l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1, dans un délai d'un mois, l'ensemble des informations nécessaires à l'appréciation de l'honorabilité, la compétence et l'expérience de ses dirigeants. La liste de ces informations est fixée par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article R213-8

Les modalités de la surveillance complémentaire des conglomérats financiers mentionnée à l'article L. 212-7-4 sont précisées par l'arrêté des ministres chargés de l'économie, de la sécurité sociale et de la mutualité prévu aux articles L. 517-3 et L. 517-8 du code monétaire et financier.

Titre II : Opération des mutuelles et des unions.

Chapitre Ier : Dispositions générales.

Section 1 : Fourniture à distance d'opérations d'assurance à un consommateur

Article R221-1

Pour l'application de l'article L. 221-18, la mutuelle ou l'union communique au membre participant les informations suivantes :

1° Les modalités d'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

2° En cas de communication par téléphonie vocale, le nom de la mutuelle ou de l'union ainsi que le caractère commercial de l'appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec le membre participant. La personne en contact avec le membre participant doit en outre préciser son identité et son lien avec la mutuelle ou l'union.

Sous réserve de l'accord formel du membre participant, seules les informations visées aux 2°, 3° et 5° du III de l'article L. 221-18 peuvent lui être communiquées. Le membre participant est toutefois informé que les informations visées aux 1°, 4°, 6° et 7° peuvent lui être fournies sur demande.

En outre, la mutuelle ou l'union est tenue de fournir l'ensemble des informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 lorsqu'elle remplit ses obligations en vertu de l'article L. 121-20-11 du code de la consommation.

Article R221-2

L'absence matérielle des éléments d'information prévus au III de l'article L. 221-18 est punie de la peine d'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe.

Section 2 : Certificats mutualistes

Article R221-3

La part maximale des résultats du dernier exercice clos et des précédents exercices susceptible d'être affectée annuellement à la rémunération des certificats mutualistes est égale à 10 % de la somme des résultats des trois derniers exercices clos.

Toutefois, si par application de la règle énoncée ci-dessus, les certificats mutualistes ne peuvent pas être rémunérés alors que le résultat du dernier exercice clos est positif, la part maximale des résultats pouvant être affectée à la rémunération des certificats est égale à 25 % du résultat du dernier exercice clos.

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, une union mutualiste de groupe peut, dans la limite de 95 % du résultat du dernier exercice clos, affecter à la rémunération des certificats mutualistes qu'elle a émis l'intégralité de la rémunération qu'elle a reçue au titre des certificats mutualistes ou paritaires souscrits auprès de ses membres.

Chapitre II : Dispositions relatives à certaines opérations de retraite.

Section 1 : Contenu du règlement.

Article R222-1

Les opérations collectives prévues à l'article L. 222-1 sont autorisées à la condition qu'elles comportent une prestation déterminée dans les conditions fixées par la présente section.

Article R222-2

Les opérations collectives prévues à l'article L. 222-1 sont réalisées dans le cadre d'adhésions à un règlement dans les conditions fixées au 2° du III de l'article L. 221-2 ou à l'article L. 221-3 pour les opérations collectives à adhésion obligatoire et au 1° du III de l'article L. 221-2 pour les opérations collectives à adhésion facultative. Ce règlement doit indiquer les modalités de fonctionnement du régime, y compris dans les cas de conversion prévus aux articles R. 222-19 et R. 222-20.

Article R222-3

Le règlement d'opérations collectives prévues à l'article L. 222-1 doit définir le mode de détermination des cotisations annuelles. Il doit contenir, en outre, en vue de la détermination du nombre des unités de rente attribué à chaque cotisant, les indications relatives aux valeurs d'acquisition. Le bulletin d'adhésion au

règlement comporte les mêmes indications pour chacun des membres participants et fixe l'âge d'entrée en jouissance de la retraite pour chacun des bénéficiaires.

Article R222-4

Le règlement peut prévoir la possibilité d'une attribution exceptionnelle d'unités de rente sans contrepartie de cotisation, pour des actions de solidarité et dans la limite du fonds d'action sociale visé à l'article R. 222-9.

Article R222-5

Le nombre de membres participants à un règlement ne peut être inférieur à 1 000. Cet effectif doit être réuni dans un délai de trois ans à partir de l'entrée en vigueur dudit règlement.

Article R222-6

En cas de cessation de paiement des cotisations, le règlement peut prévoir la déchéance des droits acquis si le membre participant ne justifie pas du versement d'au moins dix années de cotisations.

Le règlement peut également prévoir une réduction du nombre d'unités de rente inscrites au compte d'un membre participant en application de l'article R. 222-10 :

a) Lorsque celui-ci a payé les cotisations afférentes à la durée minimale prévue par le règlement en application des dispositions du premier alinéa mais n'a pas effectué de versements réguliers jusqu'à l'âge de l'entrée en jouissance, cette réduction ne peut avoir pour effet de réduire la prestation à un montant inférieur au produit du nombre d'unités de rente inscrites avant réduction par la moyenne des valeurs de service de l'unité de rente fixées pour les années au cours desquelles il a effectué ses versements ;

b) Lorsque, à l'âge de l'entrée en jouissance, le membre participant ne peut faire état d'un nombre minimal d'années fixé par le règlement depuis son adhésion ;

c) Lorsque le membre participant demande une anticipation de la date de l'entrée en jouissance ;

d) Lorsque le membre participant use de la faculté d'obtenir une réversion prévue à titre facultatif par le règlement.

Le règlement peut prévoir une majoration du nombre des unités de rente attribuées pour les versements effectués au-delà d'une durée minimale de cotisation.

Le règlement peut également prévoir une majoration du nombre d'unités de rente inscrites au compte du membre participant en application de l'article R. 222-10 lorsque celui-ci ajourne la date de l'entrée en jouissance.

Section 2 : Dispositions techniques et comptables.

Article R222-7

Les tables de mortalité servant au calcul de la provision mathématique théorique mentionnée à l'article R. 222-16 et les charges de gestion prévisionnelles à prendre en compte pour ce calcul, ainsi que pour l'établissement des inventaires, sont déterminées dans les conditions et limites définies par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article R222-8

Les opérations prévues à l'article L. 222-1 comportent la constitution d'une provision technique spéciale, à laquelle sont affectées les cotisations versées, et sur laquelle sont réglées les prestations servies et imputées les charges de gestion. Elle est représentée à l'actif dans les conditions et limites fixées au chapitre II du titre Ier du présent livre.

Est affectée à ladite provision la totalité des produits générés par la gestion financière des opérations mentionnées à l'article L. 222-1.

Les valeurs mobilières figurant à l'actif du bilan en représentation de la provision technique spéciale sont évaluées conformément aux règles fixées au chapitre II du titre Ier du présent livre.

Article R222-9

Si les statuts le prévoient, la mutuelle ou l'union peut prélever une cotisation additionnelle limitée à 2 % de la cotisation principale pour alimenter un fonds d'action sociale. Ce fonds doit être isolé en comptabilité et être représenté par des éléments d'actifs particuliers. Les produits financiers de ces actifs sont affectés au fonds. Dans la limite du fonds des prestations exceptionnelles peuvent être servies et des attributions d'unités de rente peuvent être accordées selon les conditions prévues à l'article R. 222-4 ; dans ce cas la charge comptable est égale à la provision mathématique théorique correspondante calculée conformément à l'article R. 222-16.

Article R222-10

Il est ouvert, pour chacun des membres participants cotisants ou bénéficiaires, un compte individuel où sont portés les cotisations versées et le nombre d'unités de rentes correspondantes, ventilés par année.

Article R222-11

Le nombre d'unités de rente, éventuellement ajusté comme il est dit à l'article R. 222-6, qui est inscrit chaque année au compte individuel de chacun des membres participants cotisants et bénéficiaires, est égal au quotient de la cotisation, nette de prélèvements et de taxes, par la valeur d'acquisition de l'unité de rente stipulée au règlement.

Article R222-12

Pour les opérations collectives prévues à l'article L. 222-1, il doit être tenu une comptabilité spéciale et établi, en fin d'exercice, un compte spécial des résultats. Un arrêté du ministre chargé de la mutualité fixe les modalités d'application du présent article.

Article R222-13

Le montant de la prestation est égal, pour chaque bénéficiaire, au produit du nombre d'unités de rente inscrites à son compte par la valeur de service de l'unité déterminée par le règlement auquel il a adhéré.

Article R222-14

Les valeurs d'acquisition des unités de rente et leur valeur de service commune sont fixées chaque année par la mutuelle ou l'union, dans les conditions prévues par le règlement.

Article R222-15

Dans le cas d'une rente sans réversion payable à soixante-cinq ans, le quotient de la valeur de service par la valeur d'acquisition doit être au moins égal à 0,05.

Dans les autres cas, il est procédé à une équivalence actuarielle dont les conditions sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article R222-16

Chaque année, la mutuelle ou l'union calcule le montant de la provision mathématique théorique qui serait nécessaire pour assurer le service des rentes viagères immédiates et différées sur la base de la valeur de service à la date de l'inventaire. Ce calcul est effectué à partir des règles techniques, et notamment du taux d'actualisation, fixés par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article R222-17

Pour chaque règlement, le montant de la provision technique spéciale est au moins égal à celui de la provision mathématique théorique.

Article R222-18

La valeur de service de l'unité de rente doit être déterminée chaque année de telle manière que, après le service des prestations dues au titre de l'année, le rapport de la provision technique spéciale à la provision mathématique théorique ne devienne pas inférieur à 1 et que, le cas échéant, l'excédent par rapport à 1 ne diminue pas de plus d'un dixième.

Section 3 : Conversion du règlement.

Article R222-19

Lorsque, dans le cadre d'un règlement et lors de deux inventaires successifs, le rapport de la provision technique spéciale à la provision mathématique théorique est inférieur à 1 ou que le quotient de la valeur de service par la valeur d'acquisition de l'unité de rente est inférieur à la limite prévue au premier alinéa de l'article R. 222-15, il est procédé à la conversion du règlement.

Article R222-20

Lorsque le nombre de membres participants cotisants à un règlement est ou devient inférieur à 1 000 après l'expiration du délai prévu à l'article R. 222-5, il est procédé à la conversion du règlement.

Article R222-21

La conversion du règlement entraîne, dans un délai d'un an, la transformation des opérations concernées en opérations de rentes viagères couvertes, intégralement et à tout moment, par des provisions mathématiques. La part des provisions revenant à chaque membre participant dans la conversion des opérations considérées détermine la prestation que comporte l'opération d'assurance de substitution. Cette répartition est effectuée sur des bases techniques définies par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article R222-22

En cas de la conversion d'un ou de plusieurs règlements dans les conditions visées aux articles R. 222-19 et R. 222-20, l'actif est réparti entre les bénéficiaires du ou des règlements considérés dans la limite du total de l'actif constitué pour chacun des règlements.

Chapitre II bis : Retraite professionnelle supplémentaire.

Article R222-23

I. - Le présent chapitre s'applique aux opérations mentionnées à l'article L. 222-3.

II. - Rapportée à la base de dispersion définie à l'article R. 212-32 et appliquée à la comptabilité mentionnée à l'article L. 222-6, l'ensemble des valeurs émises, prêts obtenus ou garantis et dépôts placés auprès des organismes d'un même groupe et admis en représentation des engagements réglementés ne peut dépasser 10 % de ladite base de dispersion.

Article R222-24

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 212-29, les mutuelles et leurs unions peuvent, à concurrence de 30 % de leurs engagements relatifs à chaque comptabilité mentionnée à l'article L. 222-6, ne pas couvrir ceux-ci par des actifs congruents.

Article R222-25

Les provisions techniques correspondant aux opérations de la mutuelle ou de l'union au titre des contrats relevant de l'article L. 222-3 sont celles mentionnées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 6° et 7° de l'article R. 212-26.

Sont inscrits dans le compte mentionné au b de l'article R. 222-35 les actifs du contrat et les provisions techniques mentionnées aux 1°, 2°, 3°, 6° et 7° de l'article R. 212-26.

Article R222-26

L'opération mentionnée à l'article L. 222-10 obéit aux règles fixées à l'article R. 332-63 du code des assurances.

Article R222-27

Les tarifs pratiqués par les mutuelles et leurs unions sont établis d'après des tables de mortalité et des taux définis par arrêté du ministre de la mutualité.

Article R222-28

I. - Pour l'application de l'article L. 222-4, la valeur de transfert d'un membre participant d'un contrat d'origine ne relevant pas de l'article L. 222-1 au contrat d'accueil ne peut être inférieure à la cotisation unique qui à la date de calcul dudit transfert conduirait par hypothèse à disposer dans le contrat d'origine des mêmes droits individuels que ceux du membre participant demandant le transfert.

Pour l'application de la règle mentionnée à l'alinéa précédent, la cotisation unique mentionnée au même alinéa est calculée en retenant les taux d'intérêt techniques et les tables utilisées lors de l'établissement du ou des tarifs pratiqués vis-à-vis du membre participant demandant le transfert, et il n'est pas tenu compte des éventuels prélèvements sur cotisations prévus au contrat.

II. - Pour les contrats ne relevant pas du troisième alinéa de l'article L. 222-3, le comité de surveillance mentionné au troisième alinéa de l'article L. 222-4 est composé à parts égales de représentants des salariés et des employeurs.

Nul ne peut être membre du comité de surveillance s'il a fait l'objet de l'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 5° de l'article L. 114-21.

Le comité de surveillance élit son président par un scrutin à bulletin secret.

Le comité de surveillance est composé d'au moins une personne représentant les adhérents ayant déjà procédé à la liquidation de leurs droits, et d'au moins une personne représentant les adhérents dont l'adhésion n'est plus obligatoire, mais n'ayant pas transféré leurs droits, sous réserve que le nombre de personnes ainsi représentées appartenant à chacune de ces catégories soit supérieur à un seuil précisé par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article R222-29

Pour l'application de l'article L. 222-4, le règlement intérieur du comité détermine les possibilités pour ses membres de donner pouvoir, les conditions et les délais de convocation du comité ainsi que les conditions dans lesquelles ce comité délibère. Il prévoit en particulier que chacun de ses membres détient un droit de vote et qu'en cas d'égalité des suffrages le président du comité a voix prépondérante.

Le comité est réuni au moins une fois par an, sur convocation de son président ou d'au moins la moitié de ses membres. L'ordre du jour de la réunion est fixé par l'auteur de la convocation. Il est tenu un procès-verbal et un registre de présence des réunions du comité.

Article R222-30

Le comité de surveillance :

1° Emet un avis sur le rapport prévu au dernier alinéa de l'article L. 222-8, lors de son établissement et à chaque modification de celui-ci ;

2° Peut entendre le ou les commissaires aux comptes mentionnés à l'article L. 222-8 sur les comptes mentionnés au deuxième alinéa de cet article. Ils sont sur cette question déliés à son égard de l'obligation du secret professionnel.

Lorsque le comité de surveillance institué au niveau d'un contrat souhaite entendre le commissaire aux comptes en application de l'article L. 222-3, les informations communiquées sont celles relatives à la comptabilité auxiliaire d'affectation dans laquelle sont enregistrées les opérations de ce contrat, et portent sur les comptes annuels issus de cette comptabilité même si celle-ci regroupe plusieurs contrats de retraite professionnelle supplémentaire.

Article R222-31

Le rapport mentionné au dernier alinéa de l'article L. 222-8 peut être intégré dans le rapport mentionné à l'article R. 211-28.

Article R222-32

Les provisions techniques correspondant aux opérations mentionnées à l'article L. 222-3 sont calculées chaque année par un actuair e et certifiées soit par le ou les commissaires aux comptes de la mutuelle ou l'union dans le cadre d'une mission distincte de la mission générale de commissariat aux comptes exercée dans cette mutuelle ou union, soit par un autre actuair e, indépendant de la mutuelle ou union et agréé à cet effet par l'une des associations d'actuai res reconnues par l'autorité instituée à l'article L. 510-1. L'actuair e ou le ou les commissaires aux comptes vérifie que les provisions sont, dans le respect des dispositions du présent code applicables à celles-ci, constituées de façon suffisamment prudente, en tenant compte le cas échéant d'une marge adéquate pour les écarts défavorables, et que les méthodes et les bases de calcul des

provisions techniques restent en général constantes d'un exercice à l'autre. Une modification de ces méthodes peut toutefois être justifiée, dans le respect du présent code, par un changement des données juridiques, démographiques ou économiques sur lesquelles se fondent ces hypothèses.

Article R222-33

Toute mutuelle ou union projetant de fournir des services d'institutions de retraite professionnelle sur le territoire d'un autre Etat membre ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, conformément aux dispositions de l'article L. 222-11, notifie son projet à l'autorité de contrôle instituée à l'article L. 510-1 dans les conditions fixées à l'article R. 310-17-1 du code des assurances.

Lorsque l'autorité de contrôle instituée à l'article L. 510-1 exerce la faculté mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 222-6, elle en informe l'autorité compétente de l'Etat dans lequel la mutuelle ou l'union fournit des services d'institution de retraite professionnelle dans les conditions fixées à l'article R. 310-17-2 du code des assurances.

Article R222-33-1

Lorsque, dans le cadre des opérations mentionnées à l'article L. 222-3, les mutuelles et leurs unions utilisent des références à des notations de crédit émises par des agences de notation de crédit au sens de l'article 3, paragraphe 1, point b, du règlement (CE) n° 1060/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 sur les agences de notation de crédit dans leurs politiques d'investissement, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, en tenant compte de la nature, de l'ampleur et de la complexité de ces opérations, surveille l'adéquation des processus d'évaluation du crédit de la mutuelle ou de l'union, évalue l'utilisation de références à des notations de crédit et, le cas échéant, encourage l'atténuation des effets de telles références, en vue de réduire le recours exclusif et mécanique à de telles notations de crédit.

Article R222-34

Les modalités techniques de mise en oeuvre du présent chapitre sont précisées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Chapitre II ter : Dispositions relatives aux comptabilités auxiliaires d'affectation.

Article R222-35

Le présent chapitre s'applique aux contrats pour lesquels il est tenu une comptabilité auxiliaire d'affectation ne relevant pas de l'article L. 222-1 ou de l'article L. 144-2 du code des assurances. Il est établi, pour chaque comptabilité auxiliaire :

- a) Un compte de résultat d'affectation ;
- b) Un compte de bilan d'affectation, où sont inscrits les actifs du ou des contrats et ses provisions techniques ;
- c) Une annexe comportant un inventaire des actifs du ou des contrats et un état récapitulatif des opérations mentionnées aux articles R. 222-37 et R. 222-38 ;
- d) Un tableau des engagements reçus et donnés.

Ces documents sont établis et arrêtés par la mutuelle ou l'union à chaque fin d'exercice dans les mêmes conditions que ses comptes individuels.

Lorsque le contrat prévoit l'acquisition de droits individuels relatifs à des engagements exprimés en unités de compte, ces droits font l'objet d'un enregistrement comptable distinct de celui mentionné au présent article, comme il est dit à l'article R. 212-37.

Article R222-36

Les dispositions des articles R. 212-32 et R. 212-33 et du I de l'article R. 212-55 s'appliquent séparément à chaque portefeuille de titres et de placements qui fait l'objet d'un enregistrement comptable distinct.

Article R222-37

Lorsque les engagements de la mutuelle ou l'union au titre d'une comptabilité auxiliaire ne sont plus représentés de manière au moins équivalente par les actifs de ce contrat, la mutuelle ou l'union parfait cette représentation en procédant à l'affectation aux engagements relatifs à cette comptabilité auxiliaire d'actifs représentatifs de ses réserves ou de ses provisions autres que ceux représentatifs de ses engagements réglementés. Ces actifs sont obligatoirement choisis dans les catégories de placements mentionnés à l'article R. 222-38.

Ce changement d'affectation d'actifs emporte affectation à la comptabilité auxiliaire du produit des droits attachés à ces actifs, y compris les produits correspondant aux éventuels crédits d'impôts attachés à la détention de ces mêmes actifs. Les actifs ainsi affectés à la comptabilité auxiliaire sont inscrits au bilan mentionné à l'article R. 222-35 pour leur valeur de réalisation déterminée conformément aux dispositions des articles R. 212-54 et R. 212-54-1. La différence entre cette valeur et la valeur comptable antérieure est le cas échéant constatée dans le compte de résultat de la mutuelle ou l'union.

Lorsque le niveau de la représentation de ses engagements au titre du ou des contrats le permet, la mutuelle ou l'union peut réaffecter en représentation de réserves ou de provisions autres que celles relatives à ce ou

ces contrats, des actifs représentatifs des engagements du contrat choisis dans les catégories d'actifs définies au premier alinéa. Les actifs ainsi réaffectés sont inscrits au bilan pour leur valeur de réalisation déterminée conformément aux dispositions des articles R. 212-54 et R. 212-54-1. La différence entre cette valeur et la valeur comptable antérieure inscrite dans le compte de bilan d'affectation est le cas échéant constatée dans le compte de résultat mentionné à l'article R. 222-35. La valeur de réalisation cumulée des actifs ainsi réaffectés, à la date de cette réaffectation, ne peut excéder la valeur de réalisation des actifs affectés au ou aux contrats au titre du premier alinéa à la date de cette affectation.

Article R222-38

Les placements détenus par la mutuelle ou l'union en représentation d'engagements autres que ceux relatifs aux contrats mentionnés à l'article R. 222-35 ne peuvent changer d'affectation pour être affectés à ces derniers qu'à condition de relever de l'une des catégories de placements définies aux 1° à 7°, 9° et 18° de l'article R. 212-31. Les mêmes dispositions s'appliquent aux placements d'un contrat qui changent d'affectation et sont affectés en représentation d'autres engagements de la mutuelle ou l'union, y compris ceux relatifs à d'autres contrats mentionnés à l'article R. 222-35 ou à l'article L. 222-3.

L'enregistrement comptable des opérations mentionnées au premier alinéa est identique à celui qui résulte d'une opération de cession d'actifs pour le portefeuille de placements d'origine et d'une opération concomitante d'acquisition d'actifs pour le portefeuille de placements d'accueil.

Article R222-39

Les actifs de chaque contrat sont conservés par un dépositaire unique. Ce dépositaire ouvre au nom de la mutuelle ou l'union, pour les opérations financières liées à la gestion financière du contrat, un compte espèce et un compte de titres propres à chaque contrat ainsi que tout compte nécessaire à la tenue des positions sur les marchés d'instruments financiers à terme.

Le dépositaire assure la conservation des actifs des contrats qui font l'objet d'un enregistrement comptable distinct tel que prévu à l'article R. 222-35, dépouille les ordres de la mutuelle ou l'union concernant les opérations sur les titres et placements de ce ou ces contrats, y compris ceux relatifs aux changements d'affectation de titres mentionnés aux articles R. 222-37 et R. 222-38 et exerce les droits de souscription et d'attribution attachés aux titres et aux valeurs de ce ou de ces contrats.

Article R222-40

La participation aux excédents techniques et financiers est calculée séparément pour chaque portefeuille de titres et de placements qui fait l'objet d'un enregistrement comptable distinct, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de l'économie.

Article R222-41

Le produit des droits attachés aux actifs détenus en représentation des engagements de la mutuelle ou l'union relatifs à un contrat est intégralement pris en compte, y compris les produits correspondant aux éventuels crédits d'impôts attachés à la détention de ces mêmes actifs, dans la limite de leur récupération.

Article R222-42

Dans le cadre des opérations relatives à une comptabilité auxiliaire, la mutuelle ou l'union ne peut conclure des contrats constituant des instruments financiers à terme au sens de l'article L. 211-1 du code monétaire et financier que dans les cas et les conditions prévus aux articles R. 212-70 à R. 212-83 du même code et à condition que ces contrats aient pour seul objet la gestion financière de ces mêmes opérations, à l'exclusion de toute autre opération de la mutuelle ou de l'union.

Article R222-43

La mutuelle ou l'union peut conclure des traités de réassurance portant sur les engagements qu'elle a contractés au titre d'un contrat mentionné à l'article R. 222-35, et à condition que ces opérations porte exclusivement sur tout ou partie de la différence entre le montant des prestations effectivement versées au titre de ce contrat et celui des prestations correspondant aux provisions mathématiques avant cession et que l'ensemble de ces opérations portent sur un engagement total inférieur à 10 % desdites provisions mathématiques.

Chapitre III : Opérations qui dépendent de la durée de la vie humaine et opérations de capitalisation.

Section 1 : Dispositions générales

Article R223-1

Les unités de compte visées à l'article L. 223-2 sont :

1° Les actifs énumérés aux 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° et 12° de l'article R. 212-31 ;

2° Dans les conditions fixées à l'article R. 223-3, les parts ou actions visées au 14° de l'article R. 212-31 ;

3° Les parts visées au 10° de l'article R. 212-31 et les actions de sociétés commerciales mentionnées au 9° de l'article R. 212-31 ;

Le règlement ou le contrat collectif peut se référer soit à une seule unité de compte, soit à la combinaison de plusieurs unités de compte. Dans ce dernier cas, la cotisation doit être ventilée entre les différentes unités de compte conformément aux dispositions du règlement ou du contrat collectif. La part de la cotisation représentée par les unités de compte relevant du 3° ne doit pas dépasser 10 %.

Le règlement ou le contrat collectif doit prévoir les modalités selon lesquelles, en cas de disparition d'une unité de compte, une autre unité de compte de même nature lui est substituée, par modification du règlement ou avenant au contrat collectif.

Article R223-2

Dans le cas où le règlement ou le contrat collectif se réfère à une part ou à une action de société immobilière non cotée, la mutuelle ou l'union fixe, suivant les modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la mutualité, la valeur de cette action ou de cette part préalablement à la diffusion du règlement ou du contrat collectif et, par la suite, au moins, une fois par an pendant la durée de l'adhésion ou du contrat.

Article R223-3

Les sociétés non cotées à objet uniquement immobilier ou foncier visées à l'article R. 223-1 doivent répondre aux conditions suivantes :

1° Les parts non cotées des sociétés civiles à objet uniquement foncier ne peuvent servir de valeur de référence unique du règlement ou du contrat collectif ;

2° Le patrimoine de la société immobilière non cotée constitutive de l'unité de compte, ou de chacune des sociétés immobilières ou foncières dans le cas où le règlement ou le contrat collectif se réfère à plusieurs unités de compte, doit être composé d'au moins cinq immeubles d'une valeur minimale globale de 15 244 900 Euros estimée selon les dispositions de l'article R. 223-2 ;

3° Les actifs de la société immobilière ou foncière non cotée doivent être constitués à tout instant d'au moins 70 % de parts ou de droits définis aux 13° et 14° de l'article R. 212-31. Le solde des placements de la société doit appartenir aux catégories visées aux 1°, 2°, 3° et 5° du même article.

Article R223-4

Pendant la durée de l'adhésion ou du contrat, la mutuelle ou l'union peut effectuer pour les bulletins d'adhésion ou contrats collectifs l'ayant prévu la substitution d'une unité de compte visée au 2° de l'article R. 223-1 au profit d'unités de compte de nature comparable si l'unité de compte initiale ne remplit plus les conditions définies au 2° de l'article R. 223-3 ou si la mutuelle ou l'union qui en fait la demande y est autorisée par l'Autorité de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance.

Les modalités d'application du présent article sont définies par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article R223-5

I. - Les organismes professionnels représentatifs mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 223-10-1 avisent les autres organismes professionnels habilités, en vertu du premier alinéa de l'article L. 132-9-2 du code des assurances, des lettres qu'ils reçoivent en application du deuxième alinéa de l'article L. 223-10-1.

II. - Les mutuelles et unions agréées pour exercer les opérations d'assurance dépendant de la durée de la vie humaine susceptibles d'être concernées par la demande mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 223-10-1 invitent dès réception de cette demande l'auteur de celle-ci à leur fournir les éléments nécessaires à son identification et à celle de l'assuré.

Le délai d'un mois mentionné au troisième alinéa de l'article L. 223-10-1 court à compter de la réception de ces éléments par ces mutuelles et unions agréées.

Article R223-6

I.-Les précisions ainsi que, le cas échéant, la mise en garde prévues à l'article L. 223-25-3 sont communiquées à l'adhérent par écrit, avec clarté et exactitude, sur support papier ou tout autre support durable à sa disposition et auquel il a facilement accès.

II.-Lorsque l'adhérent le demande ou lorsqu'une couverture immédiate est nécessaire, les informations peuvent être fournies oralement. Dans ce cas, sitôt le contrat conclu, les informations sont communiquées à l'adhérent sur support papier ou tout autre support durable à sa disposition et auquel il a facilement accès.

En cas de commercialisation d'un contrat à distance, les informations précontractuelles fournies à l'adhérent sont conformes aux dispositions de l'article L. 221-18. En outre, lorsque le contrat a été conclu à la demande de l'adhérent en utilisant une technique de commercialisation à distance ne permettant pas la transmission des informations sur support papier ou sur un autre support durable, ces informations sont, sitôt le contrat conclu, communiquées à l'adhérent sur support papier ou tout autre support durable à sa disposition et auquel il a facilement accès.

Livre III : Ouverture des services des mutuelles et unions pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales.

Titre Ier : Constitution et règles de fonctionnement.

Titre II : Champ d'intervention.

Article R320-1

Sans préjudice des dispositions législatives et réglementaires applicables à l'activité en cause et définissant les conditions d'ouverture au public, les statuts des mutuelles et unions régies par le présent livre peuvent prévoir que tout ou partie de leurs services, à l'exception des pharmacies mutualistes mentionnées à l'article L. 5125-19 du code de la santé publique, est ouvert à toute personne, en plus de leurs membres participants ou les personnes mentionnées aux articles L. 320-1 et L. 320-3, qui en fait la demande.

Livre IV : Relations avec l'Etat et les autres collectivités publiques.

Titre Ier : Organes administratifs de la mutualité.

Chapitre Ier : Conseil supérieur de la mutualité.

Article R411-1

I. # Le Conseil supérieur de la mutualité comprend, outre le ministre chargé de la mutualité, ou son représentant :

1° Un député et un sénateur ;

2° Vingt représentants des mutuelles, unions et fédérations nommés par arrêté du ministre chargé de la mutualité dans les conditions définies au chapitre III ;

3° Le vice-président de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ou son représentant ;

4° Le président du directoire du fonds de garantie institué à l'article L. 431-4 ou son représentant ;

5° Un membre des professions de santé désigné par arrêté du ministre chargé de la mutualité ;

6° Un représentant de chaque confédération syndicale désignée ci-après :

a) Confédération française démocratique du travail ;

b) Confédération française des travailleurs chrétiens ;

c) Confédération française de l'encadrement-CGC ;

d) Confédération générale du travail ;

e) Confédération générale du travail-Force ouvrière ;

7° Un représentant du Mouvement des entreprises de France ;

8° Une personnalité qualifiée dans le domaine de l'activité des mutuelles, désignée par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

II. # Le Conseil supérieur de la mutualité siège soit en formation plénière, soit en commissions spécialisées.

Lorsqu'il siège en formation plénière, le Conseil supérieur de la mutualité est présidé par le ministre chargé de la mutualité ou son représentant.

Les commissions spécialisées comprennent des membres titulaires et des membres suppléants, choisis parmi les membres mentionnés au I, dont le nombre et le mode de désignation sont définis par arrêté du ministre chargé de la mutualité. Cet arrêté précise également les conditions de désignation des présidents de ces commissions ainsi que leurs règles de fonctionnement.

III. # Le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations ou son représentant assiste, sans voix délibérative, aux séances de la formation plénière du conseil supérieur et de la commission chargée d'assurer la gestion du Fonds national de solidarité et d'action mutualistes instituée par l'article R. 411-2-1.

IV. # Pour l'examen des projets de texte soumis à l'avis du conseil en application du deuxième alinéa de l'article L. 411-1 et sur l'invitation du secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité, les représentants des autres ministres compétents peuvent participer, sans voix délibérative, aux séances de la formation plénière ou de la commission spécialisée.

Article R411-2

La durée du mandat des membres du conseil est de quatre ans. Les fonctions de membre du Conseil supérieur de la mutualité sont gratuites.

Le conseil choisit, parmi ses membres, deux vice-présidents et un trésorier.

Il est convoqué par le ministre chargé de la mutualité.

Le ministre désigne deux fonctionnaires comme secrétaire général et secrétaire général adjoint du conseil supérieur.

Article R411-2-1

Les commissions spécialisées mentionnées au II de l'article R. 411-1 sont au nombre de trois. Entre les séances plénières du Conseil supérieur de la mutualité, elles sont chargées, respectivement, d'émettre les avis sur les demandes d'agrément, de donner les avis sur tout projet de texte mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 411-1 et d'assurer la gestion du Fonds national de solidarité et d'action mutualistes.

Article R411-3

Le Conseil supérieur de la mutualité établit un règlement intérieur approuvé par le ministre chargé de la mutualité. Ce règlement intérieur peut créer des commissions spécialisées, autres que celles mentionnées à l'article R. 411-2-1.

Chapitre III : Modalités de désignation au Conseil supérieur de la mutualité

Article R413-1

Les représentants des mutuelles, unions et fédérations mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 411-1 sont nommés par arrêté du ministre chargé de la mutualité, sur proposition des fédérations, selon les modalités définies par le présent chapitre.

Article R413-2

Seules peuvent être représentées au Conseil supérieur de la mutualité les fédérations de mutuelles qui satisfont, à la date de publication de l'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article R. 413-5, à l'ensemble des conditions suivantes :

1° La fédération justifie d'un nombre de membres participants des mutuelles adhérentes à la fédération, à jour de leurs cotisations au 31 décembre de l'avant-dernière année précédant l'année de la désignation, au moins égal à 1 million.

Toutefois, lorsqu'une mutuelle a été créée dans les conditions prévues par l'article L. 111-3 et si ses statuts définissent ses membres participants comme étant ceux de la mutuelle fondatrice, ces membres participants ne sont pas comptabilisés ; dans le cas contraire, ils sont comptabilisés à hauteur de 50 % ;

2° L'ancienneté de la fédération est au minimum de deux ans à compter de son immatriculation prévue à l'article R. 414-1 ;

3° La fédération est financée pour au moins 70 % par des cotisations des mutuelles et unions adhérentes ;

4° Les comptes de la fédération pour l'avant-dernière année connue ont été certifiés par un commissaire aux comptes.

Article R413-3

Le nombre de représentants dont bénéficie chaque fédération respectant les conditions définies à l'article R. 413-2 est déterminé comme suit :

1° Chaque fédération dispose d'un siège ;

2° Les sièges restants sont répartis entre les fédérations, proportionnellement au nombre de membres participants, comptabilisés dans les conditions prévues à l'article R. 413-2 des mutuelles adhérentes aux fédérations, selon la règle de la plus forte moyenne.

Article R413-4

Les mutuelles, unions et fédérations disposant de représentants au Conseil supérieur de la mutualité sont régulièrement immatriculées.

Leurs représentants sont choisis parmi les membres de leurs conseils d'administration respectifs.

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de membre du conseil d'administration de la mutuelle, union ou fédération d'un membre représentant au Conseil supérieur de la mutualité, il est pourvu à son remplacement, pour la durée du mandat restant à courir, par arrêté du ministre, sur proposition de la mutuelle, union ou fédération concernée.

Article R413-5

Au moins quatre-vingt-quinze jours avant la date d'expiration des mandats des membres du conseil définie à l'article R. 411-2, le ministre chargé de la mutualité publie un arrêté invitant les fédérations à adresser, dans un délai de quarante-cinq jours, leur candidature au secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité.

Un arrêté du ministre chargé de la mutualité précise les pièces qui doivent accompagner la candidature et les modalités de présentation de celles-ci.

Article R413-6

Dans les vingt jours suivant l'expiration du délai de présentation des candidatures, le secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité fait connaître à chaque fédération si elle satisfait aux conditions prévues à l'article R. 413-2 et, le cas échéant, au nombre de représentants dont elle dispose en application de l'article R. 413-3.

Lorsque le secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité constate qu'une mutuelle est adhérente à deux fédérations, il lui demande de lui notifier, dans un délai de quinze jours, le nom de la fédération candidate au titre de laquelle le nombre de ses membres participants est pris en compte pour l'application du présent chapitre. Le délai mentionné au premier alinéa est alors prolongé de quinze jours.

A défaut de réponse de la mutuelle mentionnée à l'alinéa précédent dans le délai de quinze jours, ses adhérents ne sont pas comptabilisés.

Article R413-7

Chaque fédération concernée dispose à l'expiration du délai prévu au premier alinéa de l'article R. 413-6 d'un délai de quinze jours pour proposer au secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité la liste des mutuelles, unions et fédérations qu'elle souhaite voir représentées ainsi que leurs représentants, qui sont désignés sans délai par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Chapitre IV : Immatriculation et obligations déclaratives des mutuelles, des unions et des fédérations

Article R414-1

Les organismes qui envisagent d'acquérir la qualité de mutuelle et les unions ou fédérations demandent leur immatriculation auprès du secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité prévu à l'article L. 411-1.

Article R414-2

La demande d'immatriculation conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la mutualité est signée par le président de l'organisme et déposée auprès du secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité.

La demande comporte les renseignements suivants :

- 1° La dénomination de l'organisme suivie, le cas échéant, du sigle représentatif de ce dernier ;
- 2° La nature des activités envisagées par les mutuelles et unions selon la nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la mutualité qui précise notamment la liste des activités figurant à l'article L. 111-1 du présent code ;
- 3° L'adresse du siège ;
- 4° La liste des sections de mutuelles mentionnées aux articles L. 115-1 et L. 115-4 ;
- 5° Les noms, noms d'usage, prénoms, domiciles personnels du président, des administrateurs et des dirigeants salariés mentionnés à l'article L. 114-19 ;
- 6° Lorsque les organismes envisagent d'acquérir la qualité de mutuelles, les noms et adresses des personnes physiques ayant participé à leur création ;
- 7° Lorsque les organismes sont des unions ou des fédérations, la dénomination et l'adresse du siège des mutuelles et unions ainsi que, pour les unions, celles des membres honoraires ayant participé à leur création ;
- 8° Pour les organismes résultant d'une fusion ou d'une scission, la dénomination de tous les organismes mutualistes qui y ont participé ;
- 9° Pour ceux créés suivant les modalités définies aux articles L. 111-3 et L. 111-4, la dénomination des organismes ayant participé à leur création.

La demande est accompagnée des statuts et du procès-verbal de l'assemblée générale constitutive.

Le secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité accuse sans délai réception de la demande. Il s'assure que le dossier est complet et que cette demande satisfait aux dispositions du présent code. Lorsque le dossier est incomplet, il demande dans le délai de cinq jours ouvrables les renseignements ou pièces manquants qui sont fournis dans un délai de quinze jours à compter de cette réclamation.

Dans un délai de quinze jours francs suivant le dépôt du dossier complet, il délivre un certificat d'immatriculation portant mention du numéro d'identité visé par les dispositions de l'article R. 123-220 du code de commerce ou notifie le refus d'immatriculation.

Le délai prévu à l'alinéa précédent peut être prolongé d'un même délai lorsque la complexité de cette demande exige un examen approfondi.

Le secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité informe l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution de l'immatriculation ou du refus d'immatriculation des organismes ayant demandé leur immatriculation, lorsque ceux-ci envisagent d'effectuer des opérations relevant de la compétence de cette autorité, conformément aux 3° et 4° du B du I de l'article L. 612-2 du code monétaire et financier.

Article R414-2-1

Le secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité procède également, selon les modalités prévues à l'article R. 414-2, aux radiations des organismes qui le demandent.

En cas de fusion d'organismes, le secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité procède, selon les modalités prévues à l'article R. 414-2, aux demandes de radiations et changements de nom qui lui sont adressés.

Article R414-3

Les mesures d'incapacité et d'interdiction de diriger un organisme mutualiste prises à l'encontre de ses dirigeants à la suite d'une décision juridictionnelle passée en force de chose jugée doivent être communiquées, s'agissant des mutuelles entrant dans le champ d'application de l'article L. 612-2 du code monétaire et financier, à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, et, s'agissant des mutuelles relevant du livre III, au ministre chargé de la mutualité.

Article R414-4

Le liquidateur d'une mutuelle, union ou fédération dépose auprès du secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité pour le compte de l'organisme une déclaration constatant la clôture de la liquidation dans un délai d'un mois à compter de la clôture.

Le secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité procède, sans délai, à la radiation de la mutuelle, de l'union ou de la fédération.

Article R414-8

Toute mutuelle, union ou fédération indique le numéro d'immatriculation mentionné à l'article R. 414-2 dans ses statuts, règlements, contrats, publicités ou tous autres documents concernant son activité et signés par elle ou en son nom.

Article R414-9

Le fait pour tout dirigeant ou liquidateur d'une mutuelle, union ou fédération de méconnaître les obligations résultant du présent chapitre est puni d'une contravention de cinquième classe.

Titre II : Incitation à l'action mutualiste.

Chapitre unique : Fonds national de solidarité et d'action mutualistes.

Article R421-1

Les prêts accordés en application de l'article L. 421-1 sont remboursables sur une durée ne pouvant excéder quinze années. Le taux d'intérêt est compris entre le taux moyen des emprunts d'Etat du mois précédant la décision d'attribution du prêt et cette valeur minorée d'un tiers. Toutefois, lorsque la durée de remboursement n'excède pas cinq années, le prêt peut être accordé à un taux inférieur ou sans intérêt.

Un différé de remboursement en capital et intérêts, inclus dans la durée totale du prêt, de trois années au plus, peut être accordé.

Le prêt ou la subvention accordé ne peut représenter plus de 50 % du montant total de l'opération sauf lorsqu'il est destiné à aider au développement de réalisations sanitaires et sociales présentant un caractère innovant ou d'intérêt général.

La décision d'attribution du prêt peut être subordonnée à la constitution d'une garantie.

Article R421-2

I. - L'organisme qui sollicite un prêt ou une subvention adresse au secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité un dossier présentant notamment un exposé des besoins auxquels répond le projet, les activités et la situation financière de l'organisme, la nature de l'opération envisagée, l'accord ou l'agrément des autorités administratives compétentes, le coût prévisionnel de l'opération, son plan de financement ainsi qu'un descriptif précisant notamment ses objectifs, son contenu et ses conditions de réalisation et les modalités de remboursement du prêt demandé. L'organisme joint à ce dossier une déclaration de l'ensemble des aides publiques qu'il a reçues durant les trois dernières années.

Lorsque le projet présenté par la mutuelle ou l'union s'inscrit dans un projet d'ensemble comprenant d'autres opérations pour lesquelles elle a déjà obtenu du fonds un prêt ou une subvention, l'organisme présente à l'appui de sa demande un état d'exécution des dépenses correspondantes.

Un arrêté du ministre chargé de la mutualité précise la forme du dossier de demande de prêt ou de subvention.

II. - En cas de dossier incomplet, le secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité indique au demandeur la liste des pièces manquantes ou incomplètes.

Article R421-3

I.-Les décisions relatives à l'attribution des prêts et subventions sont prises, sur le rapport du secrétariat général du Conseil supérieur de la mutualité et conformément aux orientations générales définies par sa

formation plénière, par la commission spécialisée, mentionnée à l'article R. 411-2-1, chargée d'assurer la gestion du Fonds national de solidarité et d'action mutualistes.

Les membres de la commission ne peuvent prendre part aux délibérations et aux décisions relatives à une mutuelle ou une union dans laquelle ils exercent une fonction ou ont un intérêt personnel.

II.-La décision statuant sur une demande d'attribution de prêt ou de subvention est motivée. Lorsqu'elle accorde un prêt ou une subvention, elle précise :

1° La part de la somme demandée pour laquelle il est attribué un prêt, une subvention ou, le cas échéant, un prêt et une subvention ainsi que leur montant ;

2° L'objet de la subvention ou du prêt et la nature des dépenses couvertes ;

3° L'échéancier des versements ainsi que, pour un prêt, sa durée, le taux d'intérêt applicable et l'échéancier de remboursement ;

4° Le cas échéant, les conditions auxquelles est subordonné l'octroi du prêt ou de la subvention.

III.-Les décisions de la commission spécialisée sont adoptées, en ce qui concerne les établissements relevant de sa compétence, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente. Cet avis est réputé rendu à l'issue d'un délai de deux mois à compter de la saisine.

IV.-Avant la notification de la décision d'attribution du prêt ou de la subvention à l'organisme qui l'a sollicité, le secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité peut demander à la commission, lorsqu'il estime que la décision d'attribution méconnaît les règles fixées par le présent code, une seconde délibération.

V.-Le silence gardé par la commission spécialisée pendant six mois à compter de la demande vaut décision implicite de rejet.

Article R421-4

Sauf dans le cas prévu au IV de l'article R. 421-3, le secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité notifie la décision de la commission spécialisée à l'organisme attributaire ainsi qu'à la Caisse des dépôts et consignations, qui procède au versement des fonds selon l'échéancier défini par la décision. Lorsque le montant ou les conditions de l'aide attribuée diffèrent de ceux figurant dans la demande initiale, le secrétaire général recueille au préalable l'accord de l'organisme.

Sur la base des décisions qui lui sont notifiées, un registre central des prêts et subventions accordés à chaque organisme est tenu par la Caisse des dépôts et consignations aux fins du respect des dispositions du règlement (UE) n° 1407/2013 de la Commission du 18 décembre 2013 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis.

Article R421-5

Le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations adresse deux fois par an au secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité le relevé des opérations effectuées et l'état du compte au 30 juin et au 31 décembre, un extrait du registre central, l'état des remboursements des prêts ainsi qu'un état des dépôts en numéraires et titres aux mêmes dates. En fin d'année, ces documents sont accompagnés d'une note présentant les résultats et perspectives de la gestion financière du fonds. Ces documents sont présentés à la prochaine séance du Conseil supérieur de la mutualité ou de sa commission spécialisée.

Une convention entre le président du Conseil supérieur de la mutualité et le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations, conclue après avis du Conseil supérieur de la mutualité, peut préciser les modalités de gestion du Fonds national de solidarité et d'action mutualistes, y compris les frais de gestion.

Article R421-6

Une délibération de la commission spécialisée définit les modalités selon lesquelles le secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité agit, au nom de celui-ci, en justice et dans les actes de la vie civile relatifs au Fonds national de solidarité et d'action mutualistes. Le secrétaire général rend compte de l'exercice de cette délégation à chaque réunion de la commission spécialisée.

Article R421-7

L'organisme attributaire d'un prêt ou d'une subvention transmet au minimum une fois par an un état justificatif de l'emploi des fonds, conformément à l'échéancier joint au dossier, ainsi que, après réalisation de l'opération, un compte rendu d'achèvement. L'organisme attributaire d'un prêt transmet également, avant le 30 septembre de chaque année, un document présentant sa situation financière.

Les sommes non dépensées ou n'ayant pas été affectées à la réalisation de l'opération présentée lors de la demande de prêt ou de subvention sont remboursables sans délai.

Le rapport mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 411-1 comporte un bilan quantitatif et qualitatif des prêts et des subventions accordés par le Fonds national de solidarité et d'action mutualistes. Le secrétaire général présente ce rapport au Conseil supérieur de la mutualité.

Titre III : Fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et des unions pratiquant des opérations d'assurance

Chapitre unique : Le fonds de garantie

Article R432-1

Le fonds de garantie institué par l'article L. 431-1 ne peut refuser l'adhésion d'une mutuelle ou union mentionnée au même article, agréée dans les conditions prévues aux articles L. 211-7 à L. 211-8 ou à laquelle un autre organisme s'est substitué au sens de l'article L. 211-5.

L'adhésion au fonds ne prend fin qu'en cas de retrait, de cessation ou de caducité de l'agrément ou bien de retrait ou d'abrogation de la dispense d'agrément mentionnée à l'article L. 211-5.

Pour les mutuelles ou unions qui adhèrent à un système fédéral de garantie prévu à l'article L. 111-6 agréé dans les conditions prévues à l'article R. 111-1, le fonds de garantie intervient à hauteur de la différence entre les limites fixées par l'article R. 432-7 et le montant pris en charge par le système fédéral conformément à son règlement. Lorsque la limite fixée par l'article R. 432-7 est inférieure au montant pris en charge par le système fédéral de garantie, le fonds de garantie n'intervient pas.

Article R432-2

Les membres participants de mutuelles ou unions adhérentes, ainsi que leurs ayants droit et bénéficiaires, bénéficient du fonds de garantie, au titre des prestations relevant des branches 1,2,20 à 26 définies à l'article R. 211-2.

Il est interdit d'utiliser à des fins publicitaires le fait que des bulletins d'adhésion à des règlements ou des contrats sont couverts par le mécanisme de garantie institué à l'article L. 431-1.

Article R432-3

Le collège institué à l'article L. 431-2 est composé du directeur de la sécurité sociale, du président de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et du président du conseil de surveillance du fonds de garantie, ou de leurs représentants.

Article R432-4

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut retenir un taux de réduction différent par ensemble de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats présentant les mêmes caractéristiques. Tous les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats d'un même ensemble ont le même taux de réduction.

Si l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution décide le transfert de tout ou partie des bulletins d'adhésion à un règlement ou des contrats à un ou plusieurs organismes assureurs, elle fait procéder, aux frais de la mutuelle ou de l'union défailillante, à l'évaluation des actifs de cette dernière, afin de procéder à leur attribution. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution notifie à chaque organisme cessionnaire la liste des actifs accompagnant le transfert de portefeuille.

Si l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution estime que les taux de réduction proposés sont excessifs, elle peut, sur le fondement de l'évaluation mentionnée à l'alinéa précédent, demander aux organismes ayant répondu à l'appel d'offres d'améliorer leur offre dans un délai qu'elle fixe. En l'absence de réponse satisfaisante, elle peut rejeter leur candidature.

Si la mutuelle ou l'union défailillante pratiquait les opérations relevant de l'article L. 222-1, les actifs affectés à ces opérations sont attribués aux cessionnaires des engagements correspondants.

Article R432-5

L'organisme cessionnaire présente au fonds de garantie la demande de versement prévue au premier alinéa de l'article L. 431-3, dont il calcule le montant sur la base des engagements arrêtés à la date de publication au Journal officiel de la République française du transfert de portefeuille et des actifs accompagnant ce

transfert. Lorsque la mutuelle ou l'union défailante est garantie par un système fédéral de garantie, le fonds informe celui-ci sans délai de la demande de versement. Le système fédéral de garantie dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande pour verser au fonds la part à sa charge conformément à son règlement. Dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande, le fonds, après avoir vérifié que les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats sont couverts par la garantie et contrôlé le montant garanti par bulletin d'adhésion à un règlement ou par contrat, verse en une seule fois à l'organisme cessionnaire le montant de la somme qui lui est due en précisant, le cas échéant, la part prise en charge par le système fédéral de garantie.

A titre exceptionnel, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut, sur la demande du fonds de garantie, accorder au fonds et au système fédéral de garantie une prolongation, qui ne saurait excéder au total trois mois, des délais prévus aux alinéas précédents.

Les sommes dues par le fonds de garantie et, le cas échéant, par le système fédéral de garantie et non versées portent intérêt aux taux éventuellement prévus dans les bulletins d'adhésion à un règlement ou dans les contrats transférés, à compter de la date d'expiration du délai imparti au fonds pour en effectuer le versement.

Pour les membres participants, leurs ayants droit et les bénéficiaires de prestations qui, en vertu des clauses du règlement auquel ils ont adhéré, ont un droit sur la provision mathématique du bulletin d'adhésion au règlement ou du contrat, l'organisme cessionnaire informe chaque membre participant, ayant droit ou bénéficiaire de prestations du montant de la reconstitution, effectuée par le fonds de garantie et, le cas échéant, par le système fédéral de garantie, de la provision attachée à son bulletin d'adhésion ou son contrat. Pour les autres opérations, l'organisme cessionnaire informe les bénéficiaires de prestations à la date d'intervention du fonds de garantie du montant de la reconstitution, effectuée respectivement par le fonds de garantie et, le cas échéant, le système fédéral de garantie, des prestations auxquelles ils ont droit.

Le fonds de garantie dispose d'un délai de deux mois à compter de la date de versement prévue au présent article pour présenter à l'organisme cessionnaire, en son nom ou, le cas échéant, en celui du système fédéral de garantie, une demande de reversement.

Article R432-6

Le liquidateur demande au fonds de garantie le versement prévu au deuxième alinéa de l'article L. 431-3, qu'il calcule sur la base des engagements arrêtés à la date de cessation des effets des bulletins d'adhésion à un règlement ou des contrats, déterminée dans les conditions prévues aux articles L. 212-20 et L. 212-21. Lorsque la mutuelle ou l'union défailante est garantie par un système fédéral de garantie, le fonds informe celui-ci sans délai de la demande de versement. Le système fédéral de garantie dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande pour verser au fonds la part à sa charge conformément à son règlement. Dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande, le fonds, après avoir vérifié que les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats sont couverts par la garantie et après avoir contrôlé le montant garanti par bulletin d'adhésion à un règlement ou par contrat, procède à un versement en une seule fois, en précisant, le cas échéant, la part prise en charge par le système fédéral de garantie, au profit de chaque membre participant, ayant droit ou bénéficiaire de prestations contre la remise par celui-ci d'un récépissé du versement.

A titre exceptionnel, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut, sur la demande du fonds de garantie, accorder au fonds et au système fédéral de garantie une prolongation, qui ne saurait excéder au total trois mois, des délais prévus à l'alinéa précédent.

Le fonds met en œuvre la garantie, selon la même procédure, si le liquidateur présente une demande complémentaire de versement en apportant la preuve que des membres participants, ayants droit ou

bénéficiaires de prestations concernés n'ont pas été en mesure de présenter à temps les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats susceptibles de bénéficier de la garantie.

Les sommes dues par le fonds de garantie et, le cas échéant, par le système fédéral de garantie et non versées portent intérêt au taux légal, à compter de la date d'expiration du délai imparti au fonds pour en effectuer le versement.

Le fonds de garantie dispose d'un délai de deux mois à compter de la date de versement prévue au premier alinéa du présent article pour présenter au membre participant, ayant droit ou bénéficiaire de prestations concerné, en son nom ou, le cas échéant, en celui du système fédéral de garantie, une demande de reversement.

Article R432-7

L'ensemble des provisions représentatives des droits à prestations résultant d'un même bulletin d'adhésion à un règlement ou contrat dont bénéficie un membre participant au titre d'une opération collective ou d'une opération individuelle est reconstitué :

1° Intégralement pour les prestations dues et échues à la date de notification mentionnée au I de l'article L. 431-2 ;

2° Intégralement pour les prestations des bulletins d'adhésion à un règlement ou contrats des branches 1 et 2 mentionnées à l'article R. 211-2 dues et échues entre la date de notification prévue au I de l'article L. 431-2 et la date de publication du transfert des bulletins d'adhésion à un règlement ou contrats ou de cessation de leurs effets ;

3° Jusqu'à concurrence d'un montant de provisions techniques de 70 000 euros pour les prestations déterminées par le ou les bulletins d'adhésion à un règlement ou contrats à devoir ou à échoir après la date de notification prévue au I de l'article L. 431-2, sauf pour les prestations mentionnées au 4° ;

4° Jusqu'à concurrence d'un montant de provisions techniques de 90 000 euros pour les rentes d'incapacité ou d'invalidité et les rentes résultant de bulletins d'adhésion à un règlement ou contrat en cas de décès, à devoir ou à échoir après la date de notification prévue au I de l'article L. 431-2, sans préjudice des dispositions prévues au 2°.

Article R432-8

Dès la notification prévue au I de l'article L. 431-2, la mutuelle ou l'union défailante informe chaque membre participant, ayant droit ou bénéficiaire de prestations de la procédure en cours.

Les formalités à remplir par l'organisme cessionnaire du portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats pour bénéficier du versement par le fonds prévu au premier alinéa de l'article L. 431-3 sont précisées par le règlement du fonds de garantie. Celles qui devront être accomplies par le liquidateur en vue de permettre le versement prévu au deuxième alinéa du même article aux membres participants, ayants droit ou bénéficiaires de prestations sont également précisées par ce même règlement.

Article R432-9

Le membre participant, l'ayant droit, le bénéficiaire de prestations ou l'organisme cessionnaire qui conteste une décision du fonds de garantie saisit la juridiction compétente du lieu de son domicile ou de son siège social.

Article R432-10

Pour l'élection des membres du conseil de surveillance du fonds de garantie, chaque mutuelle ou union adhérente dispose d'un nombre de voix proportionnel à la part de ses cotisations dans le montant global prévu au premier alinéa de l'article R. 432-13.

Les membres du conseil de surveillance du fonds sont élus pour une durée de cinq ans renouvelable. En cas de démission ou de décès d'un membre, il est procédé à une nouvelle désignation pour la durée du mandat restant à courir.

Les statuts du fonds de garantie précisent en tant que de besoin les dispositions du présent article.

Article R432-11

Les statuts du fonds de garantie déterminent la composition du directoire, la durée du mandat de ses membres, les conditions de leur remplacement ainsi que les modalités de convocation et de réunion des membres des organes dirigeants du fonds.

Son règlement intérieur fixe les conditions de fonctionnement du fonds, de versement des sommes dues aux membres participants, ayants droit ou bénéficiaires ou aux organismes cessionnaires, de recouvrement des cotisations des mutuelles ou unions adhérentes et des pénalités de retard prévues à l'article L. 431-7, ainsi que les règles relatives à la tenue de la comptabilité du fonds.

Article R432-12

Les décisions du fonds de garantie sont communiquées sans délai au ministre chargé de la mutualité.

Article R432-13

I. # Sous réserve des dispositions de l'article R. 432-15 et des dispositions du présent article relatives aux mutuelles ou unions se soumettant aux obligations prévues au premier alinéa de l'article R. 111-5 et prenant les mesures de redressement demandées par le système fédéral de garantie, le fonds doit disposer en permanence d'un montant global de ressources égal à 0,05 % du total des provisions mathématiques constatées au 31 décembre de l'année précédente pour l'ensemble des mutuelles et unions mentionnées à l'article L. 431-1. Le montant global est constitué par les mutuelles et unions adhérentes, après déduction des ressources propres du fonds qui comprennent les produits financiers, pour moitié par des cotisations versées au fonds et pour moitié par des cotisations non versées prenant la forme de réserves pour fonds de garantie.

II. # Le fonds de garantie notifie à chaque mutuelle ou union adhérente le montant de sa cotisation annuelle qui correspond à sa quote-part du montant global prévu au premier alinéa.

Cette quote-part est égale au pourcentage que représentent ses provisions techniques constatées au 31 décembre de l'année précédente, après un abattement des trois quarts pour les provisions des contrats en unités de compte, dans les provisions techniques de l'ensemble des mutuelles et unions adhérentes calculées avec le même abattement. Pour les opérations faisant l'objet d'une convention de substitution au sens de l'article L. 211-5, les provisions techniques prises en compte dans le calcul sont celles constituées dans la mutuelle ou l'union garante.

La cotisation annuelle d'une mutuelle ou union agréée dans les conditions prévues aux articles L. 211-7 et L. 211-8 ne peut être inférieure à 1 000 euros.

III. # Si le montant de sa cotisation de l'année est supérieur à celui de l'année précédente, chaque mutuelle ou union procède en une seule fois au versement au fonds et à la dotation à la réserve pour un montant identique, égal à cette différence. Lorsque cette différence est négative, elle donne lieu, la même année,

pour moitié à sa restitution par le fonds à la mutuelle ou union concernée et pour moitié à une reprise par la mutuelle ou union sur la réserve pour fonds de garantie. Sous réserve du respect des dispositions du premier alinéa de l'article R. 432-13 concernant le montant global de ressources, lorsque cette différence est inférieure à 400 euros, le fonds peut ne pas ajuster la cotisation annuelle de la mutuelle ou union.

Les mutuelles ou unions adhérentes disposent d'un délai de dix jours ouvrés à compter de la réception de la notification prévue au premier alinéa du II pour verser au fonds les cotisations.

Le fonds de garantie informe sans délai l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution de tout retard de versement de plus d'un mois ou de tout refus de versement d'une mutuelle ou d'une union, afin que l'autorité mette en œuvre, le cas échéant, les pouvoirs qu'elle tire du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier.

Les cotisations versées au fonds de garantie par les mutuelles ou unions dont l'adhésion au fonds a pris fin ne peuvent faire l'objet d'un reversement par celui-ci.

Article R432-14

Si le fonds de garantie intervient dans les conditions prévues à l'article L. 431-3, il utilise par priorité ses ressources disponibles, avant d'appeler, en tant que de besoin, les réserves pour fonds de garantie prévues à l'article R. 432-13.

Si la mise en jeu de la garantie du fonds excède le montant global prévu au premier alinéa de l'article R. 432-13, le fonds emprunte les sommes nécessaires à la préservation des droits des membres participants, de leurs ayants droit ou bénéficiaires de prestations, dans la limite d'une fois ce montant global.

Article R432-15

En cas d'intervention du fonds de garantie dans les conditions prévues à l'article L. 431-3, les mutuelles ou unions reconstituent, au cours des trois années suivantes, le montant des sommes versées par le fonds par un versement complémentaire au fonds égal, pour chacune de ces trois années, au tiers des ressources disponibles utilisées par le fonds et, le cas échéant, par une dotation complémentaire de leur réserve pour fonds de garantie égale, pour chacune des trois années, au tiers du montant de cette réserve appelé par le fonds.

Selon les branches définies à l'article R. 211-2 dont relèvent les droits ayant fait l'objet de l'intervention du fonds, la reconstitution des sommes versées par le fonds s'effectue sur la base d'une quote-part égale au pourcentage que représentent dans chaque mutuelle ou union les provisions techniques afférentes soit aux branches 1 et 2, soit aux branches 20 à 26 dans les provisions techniques de même nature de l'ensemble des mutuelles et unions adhérentes, telles que constatées au 31 décembre de l'année précédente.

Pour les mutuelles ou unions qui adhèrent à un système fédéral de garantie, le versement complémentaire est effectué pour leur compte par l'intermédiaire du système fédéral de garantie.

Article R432-16

Les réserves pour fonds de garantie sont admises comme éléments constitutifs de la marge de solvabilité des mutuelles ou unions adhérentes tel que prévu aux articles R. 212-11, R. 212-15 et R. 212-18, à hauteur de la part de cotisation versée par la mutuelle ou union et non utilisée par le fonds.

Les certificats d'association éventuellement émis dans les conditions prévues à l'article L. 431-7 viennent en diminution de la marge de solvabilité des mutuelles ou unions qui les souscrivent.

Article R432-17

Le règlement du fonds de garantie détermine les conditions dans lesquelles celui-ci emprunte auprès de ses adhérents.

Chaque emprunt doit être remboursé dans un délai maximal de six ans à compter de la date de sa souscription.

La quote-part de chaque mutuelle ou union adhérente dans les emprunts du fonds vient en diminution de sa marge de solvabilité.

Article R432-18

Une provision est constituée dans la comptabilité du fonds de garantie pour enregistrer les cotisations versées par les mutuelles ou unions adhérentes, les produits financiers générés par ces cotisations et toutes autres ressources du fonds, sous déduction de ses frais de gestion.

Le montant de cette provision est investi dans :

1° Des valeurs cotées sur un marché réglementé d'instruments financiers d'un Etat membre de l'Union européenne, à l'exclusion des valeurs émises par une mutuelle ou union adhérente au fonds de garantie ou par un système fédéral de garantie ;

2° Des valeurs émises ou garanties par un Etat membre de l'Union européenne ;

3° Des liquidités ;

4° Des actions de sociétés d'investissement à capital variable et des parts de fonds communs de placement détenant exclusivement des actifs relevant des 1°, 2° et 3° sans que soient prohibées les valeurs émises par des mutuelles ou unions adhérentes au fonds de garantie ou par un système fédéral de garantie dès lors que le montant total de ces valeurs n'excède pas 15 % de la valeur d'actif de chacun des instruments financiers de gestion collective visés ci-dessus.

Les placements sont comptabilisés au prix d'achat et les moins-values provisionnées ligne par ligne.

La provision ne peut être investie à hauteur de plus de 5 % dans des valeurs émises par un même organisme, à l'exception des valeurs émises ou garanties par un Etat membre de l'Union européenne.

Les liquidités doivent représenter à tout instant au moins 20 % des actifs du fonds.

Les valeurs et liquidités du fonds de garantie sont déposées auprès d'établissements de crédit ou d'entreprises d'investissement régulièrement habilités par un Etat membre de l'Union européenne. Aucun de ces établissements ou entreprises ne peut détenir plus de 25 % du montant de la provision.

La comptabilité du fonds doit permettre de distinguer le montant des cotisations versées par les mutuelles ou unions adhérentes, le montant cumulé des produits financiers des cotisations et les autres ressources du fonds.

Livre V : Contrôle des mutuelles, unions et fédérations.

Chapitre Ier : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

Article R510-1

Pour l'exercice du contrôle des mutuelles et unions mentionnées à l'article L. 612-2 du code monétaire et financier, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution exerce sa mission dans les conditions prévues au chapitre II du titre Ier du livre VI de la partie réglementaire du code monétaire et financier.

Section 2 : Mesures de sauvegarde et d'assainissement.

Article R510-3

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution exige d'une union ou d'une mutuelle un programme de rétablissement en application de l'article L. 612-32 du code monétaire et financier, celui-ci doit notamment comporter, pour les trois prochains exercices sociaux, une description détaillée des éléments suivants et être accompagné des justificatifs s'y rapportant :

1° Une estimation prévisionnelle des frais de gestion, notamment des frais généraux courants et des commissions ;

2° Un plan détaillant les prévisions de recettes et de dépenses, tant pour les affaires directes que pour les acceptations et les cessions en réassurance ;

3° Un bilan prévisionnel ;

4° Une estimation des ressources financières devant servir à la couverture des engagements et de l'exigence de marge de solvabilité ;

5° La politique générale en matière de réassurance.

Article R510-3-1

I. # Au vu du programme de rétablissement mentionné à l'article R. 510-3 ou à défaut de communication de ce programme dans le délai d'un mois après la demande, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut exiger d'une mutuelle ou union une marge de solvabilité renforcée, supérieure à l'exigence minimale de marge mentionnée, selon le cas, à l'article R. 212-12, à l'article R. 212-16 ou à l'article R. 212-19.

II. # L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut limiter la réduction de marge de solvabilité prévue aux articles R. 212-12, R. 212-16 ou R. 212-19 lorsque :

1. Le contenu ou la qualité du programme de réassurance a subi des modifications sensibles depuis le dernier exercice ;

2. Ou lorsque le programme de réassurance ne prévoit aucun transfert de risques ou un transfert insignifiant.

III. # Lorsqu'elle constate que les éléments constitutifs de la marge de solvabilité d'une mutuelle ou union d'assurance ou de réassurance ont connu une baisse d'au moins 33 % au cours du dernier exercice clos par rapport à la moyenne de ces éléments constitutifs de la marge constatée au cours des quatre exercices précédant le dernier exercice, ou lorsqu'elle estime que les résultats du test d'exigibilité mentionné à l'article R. 212-27-1 font apparaître un risque de solvabilité, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut :

1. Soit demander à la mutuelle ou l'union de déduire des éléments constitutifs de la marge de solvabilité tout ou partie du montant de la moins-value latente nette globale constatée sur les placements mentionnés à l'article R. 212-52 ;
2. Soit demander à la mutuelle ou union de déduire tout ou partie du montant de la moins-value latente nette globale constatée sur les actifs mentionnés à l'article R. 212-53 et non provisionné par la provision pour risque d'exigibilité ;
3. Soit mettre en œuvre de manière appropriée une combinaison des mesures précédentes.

Article R510-3-1-2

Lorsqu'elle estime que les résultats du test d'exigibilité mentionné à l'article R. 212-27-1 font apparaître un risque de solvabilité, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut déduire des éléments constitutifs de la marge le report de charge constitué en vertu de l'article R. 212-24-1.

Article R510-3-2

Lorsqu'elle estime que le respect, par une entreprise de réassurance, de ses engagements est compromis, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut exiger que l'entreprise lui soumette un programme de rétablissement prévoyant toutes mesures propres à restaurer son équilibre. Ce programme doit notamment comporter, pour les trois prochains exercices sociaux, une description détaillée des éléments suivants et être accompagné des justificatifs s'y rapportant :

1. Une estimation prévisionnelle des frais de gestion, notamment des frais généraux courants et des commissions ;
2. Un plan détaillant les prévisions de recettes et de dépenses ;
3. Un bilan prévisionnel ;
4. Une estimation des ressources financières devant servir à la couverture des engagements et de l'exigence de marge de solvabilité ;
5. La politique générale en matière de cession en réassurance.

Article R510-3-3

Dans le cas où la situation financière d'une mutuelle ou union de réassurance se dégrade et que ses obligations contractuelles s'en trouvent menacées, et au vu du programme de rétablissement mentionné à l'article R. 510-3 si celui-ci lui a été communiqué dans un délai d'un mois après la demande, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut exiger d'une mutuelle ou union de réassurance une marge de solvabilité renforcée, supérieure à l'exigence minimale de marge mentionnée à l'article R. 212-20-1. Toutefois, le niveau total de marge de solvabilité exigé ne peut être supérieur au double de l'exigence minimale de marge mentionnée à l'article R. 212-20-1.

Article R510-3-4

I.-Après que lui a été communiqué le programme de rétablissement mentionné au I de l'article R. 510-3 ou à défaut de communication de ce programme dans le délai d'un mois après la demande, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut limiter la réduction de marge de solvabilité prévue au 1 et au 2 du II de l'article R. 212-20-1 lorsque :

1. Le contenu ou la qualité du programme de réassurance a subi des modifications sensibles depuis le dernier exercice ;
2. Ou lorsque le programme de réassurance ne prévoit aucun transfert de risques ou un transfert insignifiant.

II.-Lorsqu'elle constate que les éléments constitutifs de la marge de solvabilité d'une entreprise d'assurance ont connu une baisse d'au moins 33 % au cours du dernier exercice clos par rapport à la moyenne de ces éléments constitutifs de la marge constatée au cours des quatre exercices précédant le dernier exercice, et après que lui a été communiqué le programme de rétablissement mentionné au I de l'article R. 510-3, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut :

1. Soit demander à la mutuelle ou l'union de déduire des éléments constitutifs de la marge de solvabilité tout ou partie du montant de la moins-value latente nette globale constatée sur les placements mentionnés à l'article R. 212-52 ;
2. Soit demander à la mutuelle ou l'union de déduire tout ou partie du montant de la moins-value latente nette globale constatée sur les actifs mentionnés à l'article R. 212-53 et non provisionné par la provision pour risque d'exigibilité ;
3. Soit mettre en œuvre de manière appropriée une combinaison des mesures précédentes.

Article R510-4

Lorsque la marge de solvabilité d'une mutuelle ou d'une union agréée sur le fondement de l'article L. 211-7 ou de l'article L. 211-7-2 n'atteint pas le montant fixé aux articles R. 212-12 et R. 212-16, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution exige un plan de sauvegarde ou de redressement qui doit être soumis à son approbation dans le délai d'un mois, sans préjudice de la mise en œuvre des pouvoirs dont elle dispose aux termes des sections 6 et 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution désigne un contrôleur qui doit être tenu informé en permanence par l'union ou la mutuelle de l'élaboration du plan de sauvegarde ou de redressement. L'union ou la mutuelle rend compte de la mise en œuvre des décisions et mesures contenus dans le plan à ce contrôleur, qui veille à son exécution.

Si elle estime que la situation financière de la mutuelle ou de l'union va continuer à se détériorer, elle peut également restreindre ou interdire la libre disposition des actifs de cet organisme.

Article R510-5

Lorsque la marge de solvabilité d'une mutuelle ou d'une union agréée sur le fondement de l'article L. 211-7 ou de l'article L. 211-7-2 est inférieur au montant du fonds de garantie fixé aux articles R. 212-13 et R. 212-17 ou si ce fonds n'est pas constitué réglementairement, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sans préjudice de la mise en œuvre des pouvoirs dont elle dispose aux termes des sections 6 et 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier, exige un plan de financement à court

terme qui, à compter de la date à laquelle il est exigé, doit être soumis à son approbation dans un délai d'un mois.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution désigne un contrôleur qui doit être tenu informé en permanence par l'union ou la mutuelle de l'élaboration du plan de financement à court terme. L'union ou la mutuelle rend compte de la mise en œuvre des décisions et mesures contenus dans le plan à ce contrôleur, qui veille à son exécution.

Elle peut également restreindre ou interdire la libre disposition des actifs de la mutuelle ou de l'union.

Article R510-8

I.-Lorsqu'elle décide de mettre en oeuvre l'une des mesures d'assainissement définies à l'article L. 212-27, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution :

1° En informe d'urgence les autorités compétentes des autres Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen ;

2° Procède à la publication de cette décision au Journal officiel de la République française ainsi qu'au Journal officiel de l'Union européenne.

Cette publication précise le nom et les coordonnées des autorités compétentes pour les besoins des mesures d'assainissement. Elle indique également la législation qui est applicable à ces mesures d'assainissement.

Cette publication n'est pas requise lorsque les mesures d'assainissement affectent exclusivement les droits des membres adhérents, des membres participants et des membres honoraires lorsqu'ils sont responsables de la gestion de la mutuelle ou de l'union de mutuelles, ou des employés de celles-ci considérés en tant que tels. Dans ce cas, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution prend les dispositions nécessaires à une information rapide des seuls intéressés ;

3° Notifie sa décision aux créanciers connus dans les conditions définies à l'article R. 211-15-1. Lorsqu'un administrateur provisoire a été nommé, il lui appartient de procéder à cette notification.

Article R510-9

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution suspend, restreint ou interdit temporairement la libre disposition de tout ou partie des actifs d'une mutuelle ou union, en application de l'article L. 612-33 du code monétaire et financier, elle peut en outre faire inscrire sur les immeubles de cette entreprise l'hypothèque mentionnée à l'article L. 212-24 du présent code.

Article R510-10-1

Les mesures prévues à la présente section, aux 1° à 7° de l'article L. 612-33 du code monétaire et financier et à l'article L. 612-34 du même code peuvent être appliquées à une mutuelle ou union soumise à la surveillance complémentaire lorsqu'elle présente une situation de solvabilité ajustée négative ou que la surveillance complémentaire a révélé que la solvabilité de cette entreprise apparaît compromise ou susceptible de l'être.

Chapitre III : Dispositions pénales.

Article R510-19

Est puni de la peine d'amende prévue pour les contraventions de cinquième classe le fait pour tout dirigeant d'une mutuelle ou d'une union :

1° De ne pas respecter les obligations qui lui incombent en matière de tenue de la comptabilité, enregistrement des opérations, conservation des pièces comptables et présentation des comptes annuels ;

2° De méconnaître les obligations ou interdictions résultant des articles R. 211-1, R. 212-21, R. 212-27 et R. 212-49 ;

3° De ne pas produire un programme de rétablissement, un plan de sauvegarde ou de redressement ou un plan de financement à court terme prescrit conformément aux dispositions des articles R. 510-3, R. 510-3-4, R. 510-4 et R. 510-5, ou de ne pas exécuter dans les conditions et délais prévus le plan ou le programme qui a été soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;

En cas de récidive, la peine d'amende prévue pour la récidive des contraventions de la cinquième classe est applicable.

Pour l'application des pénalités édictées au présent chapitre, sont considérés comme dirigeants de mutuelles ou d'unions : les membres du conseil d'administration, les directeurs généraux, les directeurs et tout dirigeant de fait d'une mutuelle ou d'une union.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre Ier : Règles générales applicables à l'ensemble des mutuelles, unions et fédérations.

Chapitre IV : Fonctionnement des mutuelles, unions et fédérations : dispositions générales.

Section 3 : Assemblée générale.

Article D114-1

Sauf clause contraire des statuts, les assemblées générales des mutuelles, unions et fédérations sont réunies au lieu fixé par le conseil d'administration.

Une feuille de présence est tenue à chaque assemblée.

Article D114-2

Sous réserve des articles D. 114-3 à D. 114-5, les statuts des mutuelles, unions et fédérations fixent les règles de convocation de l'assemblée générale.

Article D114-3

La convocation indique la dénomination sociale de la mutuelle, union ou fédération, éventuellement suivie de son sigle, l'adresse du siège social, les jour, heure et lieu de la tenue de l'assemblée générale, son ordre du jour ainsi que les règles de quorum et de majorité applicables aux délibérations correspondantes.

Sous réserve des questions diverses qui ne doivent présenter qu'une importance mineure, les questions inscrites à l'ordre du jour sont libellées de telle sorte que leur contenu et leur portée apparaissent clairement, sans qu'il y ait lieu de se reporter à d'autres documents.

Lorsque les statuts prévoient la faculté de voter par correspondance, la convocation des membres de l'assemblée générale indique les conditions dans lesquelles cette faculté peut être exercée et les lieux et conditions dans lesquels ils peuvent obtenir les formulaires nécessaires et les documents qui y sont annexés.

Article D114-4

Le délai entre la date de convocation à l'assemblée générale et la date de tenue de celle-ci est d'au moins quinze jours sur première convocation et d'au moins six jours sur deuxième convocation. En cas d'ajournement par décision de justice, cette décision peut fixer un délai différent.

Article D114-5

Lorsqu'une assemblée n'a pu délibérer régulièrement, faute du quorum requis, la deuxième assemblée est convoquée dans les formes prévues à l'article D. 114-3 et la convocation rappelle la date de la première.

Article D114-6

Les membres participants ou les délégués composant l'assemblée générale d'une mutuelle, union ou fédération peuvent, dans une proportion fixée par les statuts de l'organisme mutualiste, requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution. Cette proportion ne peut excéder le quart des membres de l'assemblée générale. Les statuts peuvent également imposer une condition de durée minimum d'adhésion qui ne peut excéder un an.

Les demandes d'inscription à l'ordre du jour d'une assemblée générale de projets de résolution doivent être adressées par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au président du conseil d'administration de la mutuelle, de l'union ou de la fédération cinq jours au moins avant la date de réunion de l'assemblée générale. Ces projets de résolution sont inscrits à l'ordre du jour et soumis au vote de l'assemblée.

Article D114-7

Lorsque les statuts prévoient un délai de convocation de l'assemblée générale supérieur à quinze jours, les délais prévus aux articles D. 114-4 et D. 114-6 sont majorés en proportion de l'augmentation de ce délai.

Section 6 : Dispositions financières et comptables et états statistiques

Article D114-10

Sont tenues de nommer au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 225-219 du code de commerce les mutuelles et unions relevant du livre III et les fédérations qui dépassent deux des seuils suivants :

- a) 1 524 490 Euros pour le total du bilan ;

b) 3 048 980 Euros pour le montant hors taxes des ressources ;

c) 50 salariés en équivalent temps plein.

Article D114-11

I.-Les données relatives à la protection sociale complémentaire, mentionnées au cinquième alinéa de l'article L. 612-24 du code monétaire et financier, sont regroupées dans les états suivants :

E 1 Personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties ;

E 2 Primes et prestations par type de garanties ;

E 3 Frais de soins et indemnités journalières payés au cours de l'exercice ;

E 4 Résultat technique en frais de soins ;

E 5 Compléments frais de gestion des garanties " frais de soins ", gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance des contrats santé.

Ces états sont établis annuellement dans la forme fixée en annexe au présent article.

II.-Les modalités de transmission des états mentionnés au I à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution sont définies par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

III.-Les données collectées ne peuvent être communiquées que dans les conditions fixées par l'article 7 bis de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques.

Article Annexe à l'article D114-11

Eléments statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire

Etat E 1 : personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties

Les organismes d'assurance mentionnés ci-dessous établissent un état E 1 personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties :

Les entreprises d'assurance pratiquant des opérations mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 310-1 du code des assurances et celles pratiquant des opérations relevant de la branche 16 a définie à l'article R. 321-1 du code des assurances :

- les mutuelles et unions ;

- les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance.

Cet état doit être établi conformément au modèle ci-après.

(1) Garanties individuelles et garanties collectives au sens des catégories et sous-catégories comptables de l'état C 1. Pour les mutuelles, y compris celles des mutuelles substituées. (2) Les personnes assurées : pour les mutuelles, les membres participants visés à l'article L. 114-1 du code de la mutualité (y compris ceux des mutuelles substituées) ; pour les institutions de prévoyance, les membres participants visés aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 931-3 du code de la sécurité sociale ; pour les sociétés d'assurance, en individuel, les assurés visés à l'article L. 112-4 du code des assurances et, en collectif, les adhérents visés à l'article L. 141-1 du code des assurances. Les personnes couvertes : les personnes assurées et leurs ayants droit. (3) Importance des opérations prises en compte dans ce tableau en pourcentage des primes nettes totales (ligne 22, état E 2). Ne concerne que les organismes pour lesquels les données par type de garanties ne sont pas centralisées et ne sont que partiellement disponibles (remontées des données non exhaustives des courtiers d'assurance). Pour les autres organismes, les taux doivent être en théorie égaux à 100 %. (4) Ensemble des garanties frais de soins prises en compte dans les catégories 201, 211 et 213 de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 344-10 du code des assurances et en annexe à l'article A. 931-11-7 du code de la mutualité. Ces garanties peuvent être les garanties principales du contrat ou être complémentaires à une autre garantie. Si les garanties frais de soins des états C 4 et E 4 incluent des garanties accessoires en autres dommages corporels (incapacité-invalidité ou encore dépendance), les retirer de la ligne. (5) Ensemble des garanties autres dommages corporels - hors contrats emprunteurs prises en compte dans les catégories 202, 212 et 214 de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 344-10 du code des assurances, en annexe à l'article A. 931-11-17 du code de la sécurité sociale et en annexe à l'article A. 114-5 du code de la mutualité. Ces garanties peuvent être les garanties principales du contrat ou être complémentaires à une autre garantie. Si les garanties frais de soins des états C 4 et E 4 incluent des garanties accessoires en autres dommages corporels (incapacité-invalidité ou encore dépendance), les ajouter dans les lignes correspondant à la garantie visée. (6) Les contrats emprunteurs (garanties au titre de l'invalidité-incapacité ; garanties au titre du décès ; garanties au titre de la perte d'emploi) sont exclus du décompte. (7) Cf. article L. 341-4 du code de la sécurité sociale. (8) Maintien de couverture sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médical pour les anciens salariés, cf. article de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. (9) Hors contrats d'épargne qui prévoient une option dépendance en cas de sortie sous forme de rente, mais dont l'option n'est pas souscrite. (10) Garanties des catégories comptables 20/21 non comptabilisées dans les autres rubriques de façon à couvrir l'intégralité des garanties enregistrées dans les catégories comptables 20/21 - hors contrats emprunteurs. Préciser dans la ligne 06-1 le nom des garanties visées. (11) Cf. article L. 341-4 du code de la sécurité sociale, troisième alinéa : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. (12) Sont incluses dans cette ligne les garanties obsèques. (13) Nombre de bénéficiaires pour la retraite supplémentaire : bénéficiaires de prestations en rentes viagères et en rentes versées en une seule fois (VFU), de sorties en capital et de rachats. (14) Dont REPMA, ancien PER Balladur et autres régimes de retraite supplémentaire ne pouvant pas être comptabilisés comme articles 39, 82 ou 83. (15) Le total AVEC double compte correspond au nombre de garanties proposées tandis que le total SANS double compte correspond au nombre de contrats ou personnes couvertes. Ainsi, une personne cotisant pour deux types de garanties (par exemple, pour frais de soins et pour invalidité-incapacité) sera comptée deux fois avec double compte, alors qu'elle ne sera comptée qu'une seule fois sans double compte.

Etat E 2 : primes et prestations par type de garanties

Les organismes d'assurance mentionnés ci-dessous établissent un état E 2 "primes et charges de prestations par type de garanties" :

- les entreprises d'assurance pratiquant des opérations mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 310-1 du code des assurances et celles pratiquant des opérations relevant de la branche 16 a définie à l'article R. 321-1 du code des assurances ;

- les mutuelles et leurs unions ;
- les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance.

Cet état doit être établi conformément au modèle ci-après.

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?
numJO=0&dateJO=20120406&numTexte=29&pageDebut=06262&pageFin=06268](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20120406&numTexte=29&pageDebut=06262&pageFin=06268)

(1) Pour la définition des lignes, voir l'état E 1 : garanties individuelles et garanties collectives au sens des catégories et sous-catégories comptables de l'état C 1. (2) Catégories comptables de l'état C 4. (3) Primes émises : ligne L 5 des C 1 vie et non-vie. (4) Prestations payées : en vie, sinistres et capitaux payés + versements périodiques de rentes payés + rachats payés (lignes L 10 + L 11 + L 12 du C 1 vie) et en non-vie sinistres payés + versements périodiques de rentes payés - recours encaissés (lignes L 10 + L 11 - L 12 du C 1 non-vie). (5) Les colonnes données en substitution ne concernent que les mutuelles. Pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, ne renseigner que les colonnes non données en substitution.

Etat E 3 : frais de soins et indemnités journalières payés au cours de l'exercice

Les organismes d'assurance mentionnés ci-dessous établissent un état E 3 "frais de soins et indemnités payés au cours de l'exercice" :

- les entreprises d'assurance proposant des garanties ventilées sous les codifications 20 et 21 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 344-10 du code des assurances ;
- les mutuelles et unions proposant des garanties ventilées sous les codifications 20 et 21 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 114-5 du code de la mutualité ;
- les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance proposant des garanties ventilées sous les codifications 20 et 21 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 931-11-17 du code de la sécurité sociale.

Cet état doit être établi conformément au modèle ci-après.

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

Tableau A. - Données techniques relatives aux garanties "frais de soins"

issues des systèmes de gestion. - Données qui doivent être cohérentes avec les lignes 10-12 de l'état E 4

[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?
numJO=0&dateJO=20120406&numTexte=29&pageDebut=06262&pageFin=06268](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20120406&numTexte=29&pageDebut=06262&pageFin=06268)

(1) Importance des opérations prises en compte dans ce tableau en pourcentage des sinistres payés nets de recours (lignes 10-12 de l'état E 4). Ne concerne que les organismes pour lesquels les données par type de prestations ne sont pas centralisées et ne sont que partiellement disponibles (remontées des données non exhaustives des courtiers d'assurance). Pour les autres organismes, les taux doivent être en théorie égaux à 100 %. (2) Les frais d'hospitalisation incluent le forfait journalier hospitalier, le ticket modérateur des journées et des actes, les honoraires et prescriptions en activité libérale, les honoraires et prescriptions en activité libérale. (3) Ligne à renseigner dans la mesure où ces versements pour hébergement des soins de longue durée (SLD), chambres particulières, lits accompagnant... font partie des prestations "frais de soins" de l'organisme complémentaire. Ces versements sont en effet exclus du champ des comptes de la santé. (4)

Honoraires médicaux, y compris sages-femmes et frais de déplacement. (5) Actes d'auxiliaires médicaux, y compris frais de déplacement. (6) Analyses médicales. (7) Ligne à renseigner dans la mesure où les versements pour hébergement en cures thermales font partie des prestations "frais de soins" de l'organisme complémentaire. Ces versements sont en effet exclus du champ des comptes de la santé. (8) VSL : véhicule sanitaire léger. (9) VHP : véhicule pour handicapé physique. (10) Prestations incluses dans les frais de soins non comptabilisées dans les rubriques précédentes (par exemple, forfait naissance, prévention, médecine alternative, aides diverses...). (11) A faire figurer dans cette ligne ainsi que dans le tableau B quand cette garantie est comptabilisée dans l'état E 4 avec la garantie "frais de soins"

Tableau B. - Données techniques relatives aux garanties "incapacité de travail"

issues des systèmes de gestion. - Données qui doivent être cohérentes avec la ligne 02 de l'état E 2 (1)

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20120406&numTexte=29&pageDebut=06262&pageFin=06268

(1) Pour les organismes ne distinguant pas la garantie "incapacité" de sa garantie "frais de soins" dans l'état comptable E 4, reporter ici les montants figurant en 10-2 du tableau A.

Etat E 4 : résultat technique en frais de soins

Les organismes d'assurance mentionnés ci-dessous établissent un état E 4 "résultat technique en frais de soins" :

- les entreprises d'assurance pratiquant des opérations proposant des garanties ventilées sous les codifications 201, 211 et 213 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 344-10 du code des assurances ;
- les mutuelles et unions proposant des garanties ventilées sous les codifications 201, 203, 211, 213 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 114-5 du code de la mutualité ;
- les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance proposant des garanties ventilées sous les codifications 201, 211 et 213 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 931-11-17.

Cet état doit être établi conformément au modèle ci-après.

Cet état comporte les colonnes suivantes :

- frais de soins : contrats individuels non donnés en substitution (catégorie 201 de l'état C 4 défini à l'article A. 344-10 du code des assurances ; catégories 2011 et 2031 de l'état C 4 défini à l'article A. 114-5 du code de la mutualité ; catégorie 201 de l'état C 4 défini à l'article A. 931-11-17 du code de la sécurité sociale) ;
- frais de soins : contrats individuels donnés en substitution (catégories 2012 et 2032 de l'état C 4 défini à l'article A. 114-5 du code de la mutualité) ;
- frais de soins : contrats collectifs non donnés en substitution (catégories 211 et 213 de l'état C 4 défini à l'article A. 344-10 du code des assurances, catégories 2111 et 2131 de l'état C 4 défini à l'article A. 114-5 ; catégories 211 et 213 de l'état C 4 défini à l'article A. 931-11-17 du code de la sécurité sociale) ;
- frais de soins : contrats collectifs donnés en substitution (catégories 2112 et 2132 de l'état C 4 défini à l'article A. 114-5).

Les lignes de cet état correspondent strictement à celles de l'état C 1 "dommages corporels" telles que définies à l'article A. 344-10 du code des assurances ; à l'article A. 114-5 du code de la mutualité ; et à l'article A. 931-11-17 du code de la sécurité sociale.

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

Etat E 5 : Compléments frais de gestion des garanties "frais de soins", gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance des contrats santé

Les organismes d'assurance mentionnés ci-dessous établissent un état E 5 "E 5 Compléments frais de gestion des garanties "frais de soins", gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance des contrats santé" :

- les entreprises d'assurance pratiquant des opérations proposant des garanties ventilées sous les codifications 201, 211 et 213 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 344-10 du code des assurances ;
- les mutuelles et unions proposant des garanties ventilées sous les codifications 201, 203, 211, 213 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 114-5 du code de la mutualité ;
- les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance proposant des garanties ventilées sous les codifications 201, 211 et 213 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 931-11-17.

Cet état doit être établi conformément au modèle ci-après.

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

Tableau A. - Frais de gestion des garanties "frais de soins"

[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?
numJO=0&dateJO=20120406&numTexte=29&pageDebut=06262&pageFin=06268](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20120406&numTexte=29&pageDebut=06262&pageFin=06268)

(1) Frais de gestion des sinistres ligne 13 de l'état E 4. (2) Frais d'acquisition ligne 40 de l'état E 4. (3) Poste compris dans la ligne L 41 de l'état E 4 intitulée "frais d'administration et autres charges techniques nets". (4) Nombre de personnes couvertes au 31 décembre et nombre de bénéficiaires de prestations en nature servis au moins une fois dans l'année ligne 01 de l'état E 1.

Tableau B. - CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance

[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?
numJO=0&dateJO=20120406&numTexte=29&pageDebut=06262&pageFin=06268](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20120406&numTexte=29&pageDebut=06262&pageFin=06268)

(*) Numéro du poste du plan comptable dans lequel l'opération est enregistrée (postes de classe 4, 6 ou 7 selon le cas).

Livre II : Mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance, de réassurance et de capitalisation.

Titre Ier : Règles de fonctionnement applicables aux mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance, de réassurance et de capitalisation.

Chapitre II : Fonctionnement

Section 1 : Régime financier et comptable

Article D212-1

I. - Le montant minimal de la participation aux excédents techniques et financiers des mutuelles et unions de mutuelles pratiquant des opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 est déterminé globalement pour les opérations individuelles et collectives de toute nature souscrites sur le territoire de la Communauté européenne, à l'exception des opérations collectives en cas de décès, des opérations relevant de l'article L. 222-1 et des opérations à capital variable.

II. - Le montant minimal de la participation aux excédents à attribuer au titre d'un exercice est déterminé globalement à partir d'un compte de participation aux résultats. Ce compte comporte, pour les opérations mentionnées au I, les éléments de charges et produits suivants :

- cotisations sur les opérations directes et acceptations ;
- charges des prestations sur opérations directes et acceptations ;
- charges des provisions d'assurance vie et autres provisions techniques sur opérations directes et acceptations ;
- cotisations sur opérations prises en substitution ;
- charges des prestations sur opérations prises en substitution ;
- charges des provisions d'assurance vie et autres provisions techniques sur opérations prises en substitution ;
- frais d'acquisition ;
- autres charges de gestion nettes.

Il comporte également en charges la participation de la mutuelle ou de l'union aux excédents de la gestion technique, qui est constituée par 10 % du solde créditeur des éléments précédents.

Il est ajouté en recette du compte de participation aux résultats une part des produits financiers. Cette part est égale à 85 % du solde du compte financier défini au I de l'article D. 212-3. Le compte de participation aux résultats comporte en outre les sommes correspondant au "solde de réassurance cédée", calculées conformément aux dispositions de l'article D. 212-2 et, s'il y a lieu, le solde débiteur du compte de participation aux résultats de l'exercice précédent.

III. - Le montant minimal annuel de la participation aux résultats est le solde créditeur du compte de participation aux résultats défini au II.

Le montant minimal annuel de la participation aux excédents est égal au montant défini à l'alinéa précédent diminué du montant des intérêts crédités aux provisions mathématiques.

Article D212-2

Pour le calcul de la rubrique "solde de réassurance cédée" prévue dans le compte de participation aux résultats au II de l'article D. 212-1, seule est prise en compte la réassurance de risque, c'est-à-dire celle dans laquelle l'engagement des cessionnaires porte exclusivement sur tout ou partie de la différence entre le montant des capitaux en cas de décès ou d'invalidité et celui des provisions mathématiques des opérations correspondantes.

Dans les traités limités à la réassurance de risque, le solde de réassurance cédée est égal à la différence entre le montant des sinistres à la charge des cessionnaires et celui des cotisations cédées. Il est inscrit, selon le cas, au débit ou au crédit du compte de participation aux résultats.

Dans les autres traités, le solde de réassurance cédée est établi en isolant la réassurance de risque à l'intérieur des engagements des cessionnaires.

Article D212-3

I. - Le compte financier mentionné au II de l'article D. 212-1 comprend, en produits, la part du produit net des placements calculée suivant les règles fixées au II du présent article et, en charges, sur autorisation de l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 et après justifications, la part des résultats que la mutuelle ou l'union a dû affecter aux fonds propres pour satisfaire au montant minimal de la marge de solvabilité.

II. - La part du produit financier à inscrire en produits du compte financier est égale à la somme des deux éléments suivants :

1. Le produit du montant moyen au cours de l'exercice des provisions techniques brutes de cessions en réassurance des opérations mentionnées au I de l'article D. 212-1, autres que celles transférées au titre de l'article L. 212-11 et L. 212-12, par le taux de rendement des placements autres que les valeurs reçues en nantissement des réassureurs et les valeurs gérées par la mutuelle ou l'union et appartenant à des organismes pour des engagements pris au titre de la branche 25 mentionnée à l'article R. 211-2.

2. Le montant total des produits financiers afférents à des actifs transférés avec un portefeuille d'opérations.

Le taux de rendement prévu au 1 du présent paragraphe est égal au rapport :

Du produit net des placements considérés, déduction faite des produits des placements afférents aux actifs correspondant aux opérations relevant de l'article L. 222-1, aux actifs affectés à la représentation des opérations en unité de compte et aux actifs transférés avec un portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats.

Au montant moyen, au cours de l'exercice, des mêmes placements.

Article D212-4

I. - Le montant des participations aux excédents peut être affecté directement aux provisions mathématiques ou porté, partiellement ou totalement, à la provision pour participation aux excédents prévue au 2° de l'article R. 212-26. Les sommes portées à cette dernière provision sont affectées à la provision mathématique ou versées aux participants au cours des huit exercices suivant celui au titre duquel elles ont été portées à la provision pour participation aux excédents.

II. - Lorsqu'une catégorie d'opérations est assortie d'une clause de participation aux résultats, la participation affectée individuellement à chaque bulletin d'adhésion ou contrat réduit ou suspendu ne peut être inférieure de plus de 25 % à celle qui serait affectée à un bulletin d'adhésion à un règlement ou à un contrat en cours de paiement de cotisations de la même catégorie ayant la même provision mathématique.

Section 2 : Combinaison des comptes

Article D212-5

Lorsqu'une ou plusieurs mutuelles ou unions relevant du livre II du présent code constituent avec une ou plusieurs autres mutuelles définies à l'article L. 111-1 ou unions définies à l'article L. 111-2 un groupe défini à l'article L. 212-7, des comptes combinés sont établis dans les conditions déterminées au présent chapitre.

A défaut d'un accord préalable à la date de clôture de l'exercice tel que visé au premier alinéa de l'article D. 212-6, l'entité qui établit et publie les comptes combinés est celle ayant encaissé en moyenne, au cours des cinq derniers exercices, le montant de cotisations le plus élevé, sans considération de la nature de l'activité exercée. Dans le cas où l'obligation d'établir des comptes combinés ne découle que du 2° de l'article L. 212-7, le cessionnaire est, dans le cas où plusieurs cessionnaires interviennent, celui qui a accepté en moyenne, au cours des trois derniers exercices, le montant le plus élevé de primes ou cotisations cédées par les entités de l'ensemble soumis à obligation d'établir des comptes combinés.

Article D212-6

La désignation de l'entité chargée d'établir et de publier des comptes combinés fait l'objet d'une convention écrite entre toutes les entités dont la cohésion ne résulte pas de liens en capital et appartenant à l'ensemble soumis à obligation d'établir les comptes combinés. Cet accord engage de plein droit tous les organismes

sur lesquels l'une des parties à l'accord exerce un contrôle exclusif, un contrôle conjoint ou une influence notable. Un arrêté du ministre chargé de la mutualité précise les dispositions que doit contenir cet accord.

Article D212-7

Lorsqu'une entité faisant partie d'un groupe défini à l'article L. 212-7 est incluse par intégration globale dans les comptes consolidés d'une entité elle-même soumise à une obligation de consolidation, l'entité tenue d'établir et de publier des comptes combinés est, par dérogation, l'entité consolidante. Cette obligation se confond dans ce cas avec l'obligation d'établir des comptes consolidés. Les comptes consolidés incluent alors les comptes des entités faisant partie de l'ensemble précité, qui sont agrégés aux comptes de l'entité consolidante.

Article D212-8

Lorsqu'une mutuelle ou une union de mutuelles en vertu des articles L. 111-1 et L. 111-2, ou une union de groupe mutualiste mentionnée à l'article L. 111-4-1, participe à un accord prévu à l'article D. 212-6, celui-ci est transmis à l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 dans les quinze jours de sa signature par l'entité désignée par cet accord ou, à défaut, par chacune des parties à l'accord. Il est porté dans les mêmes délais et modalités à la connaissance des commissaires aux comptes de toutes les entités incluses dans le périmètre de la combinaison.

Titre II : Opérations des mutuelles et des unions.

Chapitre III : Opérations qui dépendent de la durée de vie humaine et opérations de capitalisation

Section 1 : Dispositions générales

Article D223-1

Le plafond mentionné à l'article L. 223-9 ne peut être inférieur à 120 000 Euros.

Article D223-2

La mutuelle ou l'union peut d'office substituer le rachat à la réduction si la valeur de rachat du contrat est inférieure à la moitié du montant brut mensuel du salaire minimum de croissance applicable en métropole,

calculé sur la base de la durée légale hebdomadaire du travail, en vigueur au 1er juillet précédant la date à laquelle la réduction est demandée.

Livre IV : Relations avec l'Etat et les autres collectivités publiques.

Titre Ier : Organes administratifs de la mutualité.

Chapitre II : Comités régionaux de coordination de la mutualité.

Article D412-1

Avant le 31 janvier de chaque année, le comité régional de coordination de la mutualité établit un état prévisionnel de ses dépenses et de ses recettes et désigne l'organisme mutualiste chargé d'avancer les fonds nécessaires au fonctionnement régulier et à l'exercice des attributions du comité telles que définies à l'article R. 412-2. Cet organisme recouvre les sommes avancées auprès des mutuelles, sections, unions et fédérations.

Le montant global des dépenses annuelles ne peut excéder le montant obtenu en multipliant 50 % de la valeur mensuelle du plafond, mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, par le nombre de membres titulaires du comité régional de coordination de la mutualité.

Article D412-2

Les sommes dues au titre d'une année par les mutuelles, sections, unions et fédérations sont calculées par le comité régional de coordination de la mutualité, suivant l'une des deux méthodes suivantes :

1° Répartition au prorata de l'effectif des membres participants de chaque organisme ayant son siège dans la circonscription régionale constaté au 31 décembre de l'année précédente et mentionné au registre national des mutuelles. Pour les mutuelles, les effectifs retenus sont nets des effectifs de leurs sections.

2° Répartition proportionnelle aux cotisations de chaque organisme constatées au 31 décembre de l'année précédente. Pour les mutuelles, les cotisations retenues sont nettes de celles versées à leurs sections.

Article D412-3

Le représentant de l'Etat dans la région notifie à chaque organisme le montant de la somme due et l'invite à la verser, avant la fin de l'année au plus tard, directement à l'organisme qui a consenti l'avance des fonds.

Partie réglementaire - Arrêtés

Livre Ier : Règles générales applicables à l'ensemble des mutuelles, unions et fédérations.

Chapitre IV : Fonctionnement des mutuelles, unions et fédérations : dispositions générales.

Section 5 : Dispositions relatives aux fonctions d'administrateur et de dirigeant salarié.

Article A114-0-26

Les indemnités correspondant à la perte de leurs gains versées en application de l'article L. 114-26 aux administrateurs ayant la qualité de travailleurs indépendants auxquels des attributions permanentes ont été confiées peuvent être attribuées, au titre d'une année donnée, dans les organismes mutualistes qui, en moyenne annuelle au cours des trois derniers exercices, comptent au moins cinq mille membres participants recensés, ont encaissé au moins un million d'euros de cotisations ou ont employé au moins dix salariés en équivalent temps plein.

Les indemnités visées au premier alinéa versées au titre d'une année sont calculées sur la base du temps consacré par ces administrateurs à l'exercice de ces fonctions et du montant de leurs revenus professionnels de l'avant-dernière année déterminés en application des dispositions de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale ou L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, justifiés par la communication à l'organisme mutualiste d'une copie de déclaration de revenus professionnels correspondante.

Le montant annuel de l'indemnité ne peut excéder une limite égale au montant du plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale pour l'année considérée.

Cette limite est toutefois portée à deux fois le montant du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, pour les organismes qui, en moyenne annuelle au cours des trois derniers exercices, comptent au moins vingt-cinq mille membres participants, ont encaissé au moins cinq millions d'euros de cotisations ou ont employé au moins cinquante salariés en équivalent temps plein.

Section 6 : Dispositions financières et comptables

Article A114-1

Les opérations effectuées par les mutuelles et unions mentionnées au 1° du I de l'article L. 111-1 du présent code et soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en vertu de l'article L. 510-1 sont réparties entre les catégories d'opérations suivantes :

- 1 Opérations de capitalisation à cotisation unique (ou versements libres) ;
- 2 Opérations de capitalisation à cotisation périodique ;
- 3 Opérations individuelles d'assurance temporaire décès (y compris groupes ouverts) ;
- 4 Autres opérations individuelles d'assurance vie à cotisation unique (ou versements libres) (y compris groupes ouverts) ;
- 5 Autres opérations individuelles d'assurance vie à cotisation périodique (y compris groupes ouverts) ;
- 6 Opérations collectives d'assurance en cas de décès ;
- 7 Opérations collectives d'assurance en cas de vie ;
- 8 Opérations d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte à cotisation unique (ou versements libres) ;
- 9 Opérations d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte à cotisation périodique ;
- 10 Opérations collectives relevant de l'article L. 222-1 du code de la mutualité ;
- 11 Plans d'épargne retraite populaire relevant de l'article 108 de la loi n° 2003-275 du 21 août 2003 ;
- 12 Opérations de nuptialité-natalité ;
- 19 Acceptations en réassurance (vie) ;
- 20 Dommages corporels (opérations individuelles) (y compris garanties accessoires aux opérations d'assurance vie individuelles) ;
- 21 Dommages corporels (opérations collectives) (y compris garanties accessoires aux opérations d'assurance vie collectives) ;
- 29 Protection juridique ;
- 30 Assistance ;
- 31 Pertes pécuniaires diverses ;
- 38 Caution ;
- 39 Acceptations en réassurance (non-vie).

Les mutuelles et unions qui pratiquent plusieurs catégories d'opérations doivent, dans leur comptabilité, ventiler par exercice et par catégorie les éléments suivants de leurs opérations brutes de cessions et de leurs opérations cédées : cotisations, prestations, commissions, provisions techniques. Ces mêmes éléments doivent être ventilés, dans la comptabilité, pour chaque catégorie :

- par état de situation du risque ou de l'engagement ;

-entre les opérations du siège social et les opérations de chacun des organismes affiliés établis à l'étranger.

Toutefois, les mutuelles et unions qui acceptent des opérations mentionnées au 1° du I de l'article L. 111-1 en réassurance et qui ne pratiquent pas directement ces mêmes opérations peuvent ne pas procéder à la ventilation des cotisations, prestations, commissions et provisions techniques par état de situation du risque ou de l'engagement.

Article A114-2

I.-Sous réserve des dispositions mentionnées au V du présent article, les mutuelles et unions soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L. 510-1 remettent chaque année à cette dernière leurs comptes annuels dans les trente jours qui suivent leur approbation par l'assemblée générale. Elles joignent à cet envoi le rapport de gestion du conseil d'administration ainsi que les rapports des commissaires aux comptes et, pour celles qui y sont astreintes, le bilan social.

II.-Sous réserve des dispositions mentionnées au V du présent article, les mutuelles et unions régies par le livre II du présent code et n'ayant pas conclu de convention de substitution pour l'intégralité de leurs opérations pratiquées en vertu de l'article L. 211-5 remettent chaque année à l'Autorité de contrôle précitée :

1° Dans les quatre mois suivant la clôture de l'exercice, le compte rendu détaillé annuel défini à l'article A. 114-4 ;

2° (abrogé)

3° Dans le mois suivant la fin de chaque trimestre, les états relatifs aux opérations réalisées au cours du trimestre définis à l'article A. 114-7.

III.-Les mutuelles et unions non soumises aux obligations déclaratives prévues au II joignent aux documents mentionnés au I les renseignements généraux énumérés aux a, b, c et d de l'annexe à l'article A. 114-4.

IV.-Les mutuelles et unions ayant souscrit une convention de substitution en vertu de l'article L. 211-5 pour l'intégralité de leurs opérations, et dont les comptes annuels sont établis par l'organisme qui s'est substitué à elles, ne sont pas astreintes à l'obligation de transmission des documents mentionnés aux I et III du présent article. Ces documents sont toutefois communiqués dans les mêmes délais par l'organisme qui s'est substitué à elles.

V.-Les mutuelles et unions mentionnées à l'article L. 510-2 du présent code remettent les documents mentionnés au I et au II ou III à l'autorité administrative qui exerce le contrôle au niveau régional, laquelle communique ces documents à l'Autorité de contrôle précitée.

Article A114-3

L'organisme habilité à recevoir les informations et documents énoncés à l'article A. 114-2 détermine le nombre d'exemplaires et les supports matériels utilisés par les mutuelles et unions pour la fourniture des documents mentionnés à cet article.

Article A114-4

Le compte rendu détaillé annuel mentionné au 1° du II de l'article A. 114-2 comprend :

1° Les renseignements généraux énumérés à l'annexe au présent article ;

2° Les comptes constitués du compte de résultat, du bilan, y compris le tableau des engagements reçus et donnés, et de l'annexe, tels qu'ils ont été arrêtés par le conseil d'administration pour être soumis à l'assemblée ;

3° Les états d'analyse des comptes énumérés à l'article A. 114-5 ;

4° Les états statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire énumérés à l'article D. 114-11.

Le compte rendu détaillé annuel est certifié par le président du conseil d'administration de la mutuelle ou de l'union sous la formule suivante : " Le présent document, comprenant X feuillets numérotés, est certifié, sous peine de l'application des sanctions prévues à l'article L. 510-12 du code de la mutualité, conforme aux écritures de la mutuelle ou de l'union et aux dispositions prévues par l'article L. 114-46 du même code.

Article A114-5

Les états d'analyse des comptes mentionnés au 3° de l'article A. 114-4 sont les suivants :

- C 1 Résultats techniques par catégories d'opérations ;
- C 2 Engagements et résultats techniques par pays ;
- C 3 Acceptations et cessions en réassurance, affaires directes prises et opérations données en substitution ;
- C 4 Cotisations par catégories de contrats et garanties ;
- C 5 Représentation des engagements réglementés ;
- C 6 Marge de solvabilité ;
- C 6 bis Test d'exigibilité ;
- C 7 Provisionnement des rentes en service ;
- C 8 Description du plan de réassurance ;
- C 9 Dispersion des réassureurs et simulations d'événements ;
- C 10 Cotisations et résultats par année de survenance des prestations ;
- C 11 Prestations par année de survenance ;
- C 12 Prestations et résultats par année de souscription ;
- C 13 Part des réassureurs dans les prestations ;
- C 20 Mouvements des bulletins d'adhésion aux règlements ou des contrats des capitaux et rentes ;

- C 21 Etat détaillé des provisions et engagements techniques ;
- C 30 Cotisations, prestations et commissions des opérations non-vie dans l'Espace économique européen ;
- C 31 Cotisations des opérations vie dans l'Espace économique européen (hors la France).

Ces états sont établis annuellement d'après les comptes définis au 2° de l'article A. 114-4 et dans la forme fixée en annexe au présent article.

Les mutuelles et unions qui acceptent des opérations mentionnées au 1° du I de l'article L. 111-1 en réassurance et qui ne les pratiquent pas directement n'établissent que les états C 1, C 2, C 3, C 4, C 10, C 11, C 12, C 13 et C 21.

Article A114-7

Les états trimestriels mentionnés au 3° du II de l'article A. 114-2 sont les suivants :

- T 1 Flux trimestriels relatifs aux opérations en France ;
- T 2 Encours trimestriel des placements ;
- T 3 Simulations actif-passif, pour les mutuelles ou unions mentionnées à l'article R. 212-30.

Ces états sont établis dans la forme fixée en annexe au présent article.

Article A114-8

Le test d'exigibilité mentionné à l'article R. 212-27-1 vise à quantifier l'impact d'une détérioration marquée des marchés financiers sur la capacité de la mutuelle ou de l'union à faire face à ses engagements vis-à-vis des membres participants, bénéficiaires et ayants droit. Il est pratiqué à partir d'hypothèses financières standardisées. Ces hypothèses consistent, par rapport à leur moyenne respective constatée sur les trois dernières années :

- en une baisse de l'indice boursier de référence de 30 % ;
- en une hausse de deux points des taux d'intérêt de l'obligation de référence ;
- en une baisse de 20 % du prix des transactions immobilières.

Le test consiste à comparer l'ensemble des décaissements et des encaissements prévisibles de la mutuelle ou de l'union au cours des cinq exercices qui suivent le dernier arrêté comptable. Quatre simulations sont successivement réalisées. Les trois premières prennent en compte séparément chacune des trois hypothèses mentionnées aux alinéas précédents. La quatrième résulte de la combinaison de l'ensemble des hypothèses énumérées. Pour l'établissement de ce test, la mutuelle ou l'union tient compte des encaissements et des décaissements constatés au cours des exercices précédents. Les prévisions d'encaissement sont calculées après prise en compte des disponibilités, des revenus financiers, des dépôts à court terme et des prêts et titres du marché monétaire et du marché obligataire énumérés à l'article R. 212-31 venant à échéance à

moins de cinq ans et les autres actifs en proportion de leur part dans le portefeuille résiduel de la mutuelle ou de l'union. Les prévisions de décaissement sont calculées à partir des engagements comptabilisés. Les engagements pour prestations à payer sont recalculés sur la base de prestations majorées de 20 % et le taux des rachats exceptionnels pris en compte est égal au triple du taux annuel moyen des rachats constatés au cours des années passées.

Les mutuelles et unions transmettent les résultats du test chaque année à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans les quatre mois suivant la clôture de l'exercice, dans la forme de l'état C 6 bis défini dans l'annexe à l'article A. 114-5.

Article A114-10

Les mutuelles et unions soumises à la surveillance complémentaire en application du premier alinéa de l'article L. 212-7-2 et des articles R. 213-1, R. 213-5 et R. 213-6 fournissent chaque année à l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1, avant le 30 avril, un dossier constitué conformément aux annexes 1 et 2 du présent article.

Le dossier est certifié par le président du conseil d'administration ou le directeur général dans les mutuelles ou unions, par le mandataire général ou son représentant légal dans les succursales d'entreprises étrangères, sous la formule suivante : " Le présent document, comprenant x feuillets numérotés, est certifié, sous peine de l'application des sanctions prévues à l'article L. 510-12 du code de la mutualité, conforme aux écritures de la mutuelle ou union et de ses organismes apparentés, et aux dispositions de la section VI du chapitre IV du livre Ier du même code. "

L'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 peut dispenser une mutuelle ou union de produire les éléments du dossier prévus à l'annexe 1 lorsque ce dossier est fourni par un organisme apparenté ou lorsque l'Autorité a attribué l'exercice de la surveillance complémentaire à une autre autorité conformément à l'article R. 213-5.

Livre II : Mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation.

Titre Ier : Règles de fonctionnement applicables aux mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation.

Chapitre Ier : Champ d'application et conditions d'activité.

Section 1 : Agrément administratif.

Article A211-1

I. - Toute demande d'agrément administratif présentée par une mutuelle ou union régie par le présent livre doit être produite en double exemplaire et comporter :

a) La liste, établie conformément aux dispositions de l'article R. 211-2, des branches ou sous-branches que la mutuelle ou l'union se propose de pratiquer ;

b) Le cas échéant, l'indication des pays étrangers où la mutuelle ou l'union se propose d'opérer ;

c) Le procès-verbal de l'assemblée générale constitutive mentionné à l'article L. 113-1 et le récépissé délivré par le préfet de région lors de la demande d'immatriculation au registre national des mutuelles mentionné à l'article L. 411-1 ;

d) Un exemplaire des statuts ;

e) La liste des membres du conseil d'administration et des dirigeants salariés mentionnés aux articles L. 114-16 et L. 114-19, ainsi que de toute personne appelée à exercer en fait des fonctions équivalentes avec le nom, prénoms, domicile, nationalité, date et lieu de naissance de chacun d'eux. Si ces personnes ont résidé hors de France pendant la période de cinq ans précédant la demande d'agrément, elles doivent indiquer leur dernière adresse hors de France. Le dossier défini à l'article A. 211-2 doit être fourni par chacune de ces personnes ;

f) Un programme d'activités comprenant les pièces suivantes :

1. Un document précisant la nature des risques que la mutuelle ou l'union se propose de garantir ou des engagements qu'elle se propose de prendre ;

2. Une note technique exposant le mode d'établissement des tarifs et les bases de calcul des diverses catégories de cotisations ; s'il s'agit d'opérations mentionnées au 26 de l'article R. 211-2, la mutuelle ou l'union doit produire une note technique exposant le mode d'établissement des tarifs, les modalités de détermination des cotisations annuelles ainsi que les indications relatives à la fixation du nombre d'unités de rente correspondant à ces cotisations ; s'il s'agit d'opérations mentionnées au 24 de l'article précité, le tarif complet des versements ou cotisations, accompagné de tableaux indiquant au moins année par année les provisions mathématiques et les valeurs de rachat correspondantes, ainsi que d'une note technique exposant le mode d'établissement de ces divers éléments ;

3. Les principes directeurs que la mutuelle ou l'union se propose de suivre en matière de réassurance ; la liste des principaux réassureurs pressentis et les éléments de nature à démontrer leur intention de contracter avec la mutuelle ou l'union ;

4. La description de l'organisation administrative et des structures de développement ainsi que des moyens en personnel et en matériel dont dispose la mutuelle ou l'union ; les prévisions de frais d'installation des services administratifs et des services de développement, ainsi que les moyens financiers destinés à y faire face ;

5. Pour la branche mentionnée au 18 de l'article R. 211-2, les moyens en personnel et en matériel dont dispose la mutuelle ou l'union, par elle-même ou par personne interposée, pour faire face à ses engagements ;

6. Pour les cinq premiers exercices comptables d'activité : les comptes de résultat et bilans prévisionnels, ainsi que le détail des hypothèses retenues (principes de tarification, nature des garanties, sinistralité, évolution des frais généraux, rendement des placements) ;

7. Pour les mêmes exercices :

- les prévisions relatives aux moyens financiers destinés à la couverture des engagements ;

- les prévisions relatives à la marge de solvabilité que la mutuelle ou l'union doit posséder en application des dispositions du 3° de l'article L. 212-1 ;

- les prévisions de trésorerie ;

8. La justification des éléments constituant le montant minimal du fonds de garantie que la mutuelle ou l'union doit posséder, selon le cas, conformément aux dispositions de l'article L. 211-8 ;

9. Le cas échéant, les listes et certificats détaillant les modalités de constitution du fonds d'établissement mentionné au 4° de l'article L. 114-4 et une note détaillant les éléments constitutifs de la marge de solvabilité ;

10. Le nom et l'adresse du ou des principaux établissements bancaires où sont domiciliés les comptes de la mutuelle ou de l'union.

II. - En cas de demande d'extension d'agrément, le dossier à communiquer est le même que celui prévu au I du présent article, à l'exception des documents mentionnés au c. A ces documents est joint le procès-verbal de l'assemblée générale ayant décidé l'extension d'activité.

Article A211-2

Les personnes mentionnées au I (e) de l'article A. 211-1 et celles mentionnées à l'article R. 213-7 doivent produire un état descriptif de leurs activités. Elles indiquent notamment :

1. La nature de leurs activités professionnelles actuelles et de celles qu'elles ont exercées pendant les dix années précédant la demande d'agrément ainsi que, durant cette même période, les activités exercées au sein des organes des mutuelles, unions ou fédérations relevant du présent code ;

2. Si elles ont fait l'objet soit de sanctions disciplinaires prises par une autorité de contrôle ou une organisation professionnelle compétente, soit d'un refus d'inscription sur une liste professionnelle ;

3. Si elles ont fait l'objet d'un licenciement pour faute lourde ou d'une mesure équivalente pendant les dix années précédant la demande d'agrément ;

4. Si elles ont exercé des fonctions d'administrateur ou de direction dans des entreprises ayant fait l'objet de mesures de redressement ou de liquidation judiciaires prévues par le livre VI du code de commerce ou, dans le régime antérieur, de mesures prévues par la loi n° 67-563 du 13 juillet 1967 sur le règlement judiciaire, la faillite personnelle et les banqueroutes ou de mesures équivalentes à l'étranger.

Les personnes mentionnées au I, e de l'article A. 211-1 et celles mentionnées à l'article R. 213-7 doivent également produire un bulletin n° 3 de leur casier judiciaire datant de moins de trois mois ou un document équivalent délivré par une autorité judiciaire ou administrative compétente d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France. Lorsque ces personnes ne sont pas des ressortissants d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, elles doivent produire un document équivalent ou, à défaut, une déclaration sous serment ou une déclaration solennelle faite devant une autorité compétente ou un notaire, aux termes de laquelle elles affirment ne pas avoir fait, à l'étranger, l'objet d'une condamnation qui, si elle avait été prononcée par une juridiction française, serait inscrite au bulletin n° 3 du casier judiciaire. L'autorité compétente ou le notaire délivre une attestation faisant foi de ce serment ou de cette déclaration solennelle. En outre, si elles ne sont pas de nationalité française, ces personnes doivent satisfaire aux dispositions des lois et règlements relatifs à la situation et à la police des étrangers.

Le même dossier doit être fourni par chaque nouvelle personne mentionnée au I, e de l'article A. 211-1 et celles mentionnées à l'article R. 213-7.

Article A211-3

La mutuelle ou l'union qui souhaite se substituer à un autre organisme mutualiste présente à l'Autorité de contrôle instituée par l'article L. 510-1 un dossier d'information en double exemplaire qui comporte :

- a) La décision d'agrément ou la copie de la demande d'agrément de la mutuelle ou de l'union ;
- b) La copie des statuts et des règlements détaillant les prestations garanties par la mutuelle ou l'union ;
- c) Le projet de convention de substitution ;
- d) Le nom et l'adresse du siège social de l'organisme cédant ;
- e) Les décisions des assemblées générales des deux organismes autorisant la conclusion de la convention ;
- f) Pour les deux organismes, le bilan et le compte de résultat du dernier exercice connu, ainsi que les montants et les bénéficiaires des engagements donnés hors bilan par catégorie ;
- g) Pour la mutuelle ou l'union, le bilan et le compte de résultat prévisionnels de l'exercice suivant celui de la signature de la convention, ainsi que les montants et les bénéficiaires des engagements donnés hors bilan par catégorie, assortis des pièces justificatives des cessions d'engagements hors bilan effectuées ou prévues depuis la clôture du dernier exercice connu ;

h) Les traités ou projets de traité de réassurance des engagements pris par la mutuelle ou l'union et les documents par lesquels les réassureurs donnent leur accord sur les montants ou les proportions de risques ou de sinistres pris en charge par eux ;

i) Un état justifié des engagements pris ou repris selon le modèle joint en annexe I, un tableau de calcul du besoin de marge de solvabilité selon le modèle joint en annexe II et un tableau des éléments constitutifs de la marge selon le modèle joint en annexe III.

Article A211-4

Lorsque la mutuelle ou l'union a bénéficié d'apports financiers ou de transferts d'actifs depuis la clôture du dernier exercice connu ou que de tels apports ou transferts sont prévus avant la clôture de l'exercice suivant celui de la signature de la convention, le dossier comporte également en double exemplaire :

a) Le nom et l'adresse du siège social des organismes mutualistes ayant fusionné ou décidé de fusionner avec la mutuelle ou l'union, la date effective ou prévisionnelle de la fusion ainsi que la décision de leurs assemblées générales, le bilan et le compte de résultat du dernier exercice connu et les montants et les bénéficiaires des engagements donnés hors bilan par catégorie au titre de cet exercice ;

b) La nature, la date et le montant des apports en fonds propres, des transferts de provisions et des émissions et souscriptions de titres et emprunts subordonnés assortis des pièces justificatives ;

c) La nature, la date et le montant des souscriptions des emprunts pour fonds d'établissement et fonds de développement ainsi que la date des versements prévus ou réalisés assortis des pièces justificatives.

Chapitre II : Fonctionnement.

Section 1 : Marge de solvabilité.

Article A212-1

I. - Les emprunts et titres subordonnés entrant dans la composition de la marge de solvabilité visés au 8 de l'article R. 212-11 et au 7 de l'article R. 212-15 doivent répondre aux conditions suivantes :

1° Dans l'hypothèse d'une liquidation de la mutuelle ou de l'union débitrice, ces titres ou emprunts ne peuvent être remboursés qu'après règlement de toutes les autres dettes existant à la date de la liquidation ou contractés pour les besoins de celle-ci ;

2° Le contrat d'émission ou d'emprunt ne comporte pas de clause prévoyant que, dans des circonstances déterminées autres que la liquidation de la mutuelle ou de l'union débitrice, la dette devra être remboursée avant l'échéance convenue ;

3° Le contrat d'émission ou d'emprunt prévoit qu'il ne pourra être modifié qu'après que l'Autorité de contrôle instituée à l'article L. 510-1 aura déclaré, après avoir vérifié que le contrat modifié continuera de remplir les conditions fixées au présent article, ne pas s'opposer à la modification envisagée ;

4° Le contrat d'émission ou d'emprunt doit prévoir une échéance de remboursement de fonds au moins égale à cinq ans ou, lorsque aucune échéance n'est fixée, un préavis d'au moins cinq ans pour tout remboursement.

II. - Au plus tard un an avant la date prévue pour le remboursement de tout ou partie des fonds visés au I ci-dessus, la mutuelle ou l'union débitrice soumet à l'Autorité de contrôle instituée à l'article L. 510-1 un plan indiquant comment la marge de solvabilité sera maintenue, après le remboursement, au niveau requis par la réglementation. Ce plan n'est pas exigé si la part des fonds incluse dans la marge de solvabilité est progressivement et régulièrement ramenée à zéro par la mutuelle ou l'union au cours des cinq dernières années au moins avant l'échéance de remboursement.

III. - Les fonds provenant des emprunts et titres subordonnés à durée déterminée entrant dans la composition de la marge de solvabilité peuvent être remboursés par anticipation à l'initiative de la mutuelle ou de l'union débitrice si l'Autorité de contrôle instituée par l'article L. 510-1 a préalablement autorisé un tel remboursement, après s'être assurée que la marge de solvabilité ne risquait pas d'être ramenée en dessous du niveau nécessaire pour garantir durablement le respect de la marge requise par la réglementation.

Dans les mêmes conditions, l'Autorité de contrôle instituée par l'article L. 510-1 peut autoriser le remboursement des fonds provenant des emprunts et titres subordonnés à durée indéterminée entrant dans la composition de la marge de solvabilité sans application du préavis prévu au 4° du paragraphe I du présent article.

Dans les cas visés au présent paragraphe, la mutuelle ou l'union débitrice soumet au moins six mois à l'avance à l'Autorité de contrôle instituée par l'article L. 510-1, à l'appui de sa demande d'autorisation, un plan indiquant comment la marge de solvabilité sera maintenue, après le remboursement, au niveau requis par la réglementation. L'absence de décision notifiée à la mutuelle ou à l'union à l'expiration d'un délai de six mois vaut autorisation.

Sont notamment soumis aux dispositions du présent paragraphe l'amortissement anticipé par offre publique d'achat ou d'échange et le rachat en bourse de titres cotés ; toutefois, un émetteur peut racheter en bourse sans autorisation préalable jusqu'à 5 p 100 des titres émis, à condition d'informer l'Autorité de contrôle instituée par l'article L. 510-1 des rachats effectués.

IV. - Les contrats d'émission concernant des emprunts et titres à durée indéterminée qui prévoient formellement que tout remboursement est subordonné à autorisation préalable de l'Autorité de contrôle instituée par l'article L. 510-1 n'ont pas à prévoir le délai de préavis minimum visé au 4° du I du présent article.

Article A212-2

L'excédent annuel mentionné au 6 a, de l'article R. 212-15 pour le calcul des excédents futurs résulte de la moyenne arithmétique des excédents réalisés au cours des cinq dernières années.

L'excédent de chaque exercice pris en compte pour ce calcul est le résultat technique des opérations vie, auquel sont ajoutées les participations des membres participants aux excédents autres que celles qui ne dépendent pas du résultat de l'exercice. Il n'est pas tenu compte des profits et charges à caractère exceptionnel.

Article A212-3

Le facteur mentionné au 6 a de l'article R. 212-15 par lequel l'excédent annuel estimé peut être multiplié représente la durée résiduelle moyenne des bulletins d'adhésion ou contrats, corrigée comme il est dit au troisième alinéa du présent article. Ce facteur ne peut excéder dix.

La durée résiduelle moyenne, à la date du calcul de la marge de solvabilité, est déterminée comme une moyenne pondérée des durées résiduelles des bulletins d'adhésion ou contrats à la même date. Ce calcul s'effectue, après accord de l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1, à partir de la cotisation annuelle ou d'une cotisation équivalente compte tenu de la durée du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif ou de la provision mathématique.

Cette durée résiduelle moyenne est corrigée, sur la base des statistiques afférentes aux cinq dernières années, pour tenir compte de l'extinction des bulletins d'adhésion ou des contrats collectifs avant leur terme.

Section 2 : Provisions techniques.

Article A212-4

La provision technique pour cotisations non acquises prévue au 3° de l'article R. 212-23 est calculée prorata temporis pour chacune des catégories d'opérations définies au 1° du I de l'article L. 111-1, bulletin par bulletin, contrat par contrat ou sur la base de méthodes statistiques.

Article A212-5

Pour déterminer la provision pour risques en cours prévue au 4° de l'article R. 212-23, la mutuelle ou l'union calcule, bulletin par bulletin, contrat collectif par contrat collectif ou par des méthodes statistiques, séparément pour chacune des catégories d'opérations définies au 1° du I de l'article L. 111-1, le montant total des charges des sinistres rattachés à l'exercice écoulé et à l'exercice précédent. Elle rapporte ce total au

montant des cotisations brutes émises au cours de ces exercices, corrigé de la variation, sur la même période, des cotisations restant à émettre, des cotisations à annuler et de la provision pour cotisations non acquises. Si ce rapport est supérieur à 100 %, l'écart constaté par rapport à 100 % est appliqué au montant des provisions pour cotisations non acquises et, le cas échéant, des cotisations qui seront émises, au titre des opérations en cours à la date de l'inventaire, pendant la période définie au 4° de l'article R. 212-23. Le montant ainsi calculé est inscrit pour provisions pour risques en cours. Pour l'application du présent alinéa, les sinistres sont rattachés à l'exercice de survenance.

L'Autorité de contrôle instituée par l'article L. 510-1 peut prescrire à une mutuelle ou union de prendre des dispositions appropriées pour le calcul prévu au précédent alinéa. Elle peut également, si le taux calculé en application du précédent alinéa apparaît insuffisant en raison d'évolutions récentes et significatives de la sinistralité ou de la tarification, prescrire l'utilisation d'un taux plus élevé. Elle peut également, sur la base de justifications appropriées fournies par la mutuelle ou l'union, autoriser l'utilisation d'un taux inférieur.

Article A212-6

Pour les acceptations en réassurance ou les opérations collectives, lorsqu'un traité, un contrat ou un règlement prévoit qu'en cas de résiliation une somme est susceptible d'être payée au cédant, à l'adhérent ou au membre participant en sus du règlement des sinistres et que le total des provisions constituées, au titre de ce traité, ce contrat ou ce règlement, à l'exception des provisions pour sinistres à payer, est inférieur à cette somme, évaluée dans l'hypothèse où le traité, le contrat ou le règlement serait résilié à la prochaine date de résiliation possible, la provision pour risques en cours prévue au 4° de l'article R. 212-23 est augmentée de la différence ainsi constatée.

Article A212-7

La part des réassureurs dans les provisions pour cotisations non acquises et dans la provision pour risques en cours prévues aux 3° et 4° de l'article R. 212-23 est calculée dans les mêmes conditions et selon les mêmes méthodes que celles retenues pour le calcul des provisions brutes objet de la cession, sans pouvoir excéder le montant effectivement à la charge des réassureurs tel qu'il résulte de l'application des clauses des traités, compte tenu notamment des prescriptions de l'article A. 212-8 et de toutes les conditions du traité applicables en cas de résiliation à la plus prochaine date de résiliation possible, en particulier lorsque le traité prévoit dans ce cas des pénalités ou restitutions à la charge de la cédante.

Article A212-8

Lorsqu'un traité ou tout engagement de la cédante, quelle qu'en soit la forme, prévoit un ajustement rétroactif des cotisations en fonction de la sinistralité constatée ou de tout autre élément de résultat du traité ou d'un autre traité, la part du réassureur concerné dans les provisions pour risques en cours prévue au 4° de l'article R. 212-23 est diminuée du montant total des compléments de cotisation qui, compte tenu de la sinistralité constatée, seront dus en application de cet engagement.

Lorsque l'application des dispositions du précédent alinéa conduit à une valeur négative de la part du réassureur dans la provision pour risques en cours, cette part est inscrite pour une valeur nulle, et la cédante constate selon le cas une provision pour charges ou une dette à l'égard du réassureur.

Article A212-9

Les provisions techniques des prestations d'incapacité et d'invalidité sont la somme :

1° Des provisions correspondant aux prestations d'incapacité de travail à verser après le 31 décembre de l'exercice, au titre des sinistres en cours à cette date majorées des provisions dites pour rentes en attente relatives aux rentes d'invalidité susceptibles d'intervenir ultérieurement au titre des sinistres d'incapacité en cours au 31 décembre de l'exercice ;

2° Des provisions correspondant aux prestations d'invalidité à verser après le 31 décembre de l'exercice au titre des sinistres d'invalidité en cours à cette date ;

Le calcul des provisions techniques de prestations d'incapacité de travail et d'invalidité est effectué à partir des éléments suivants :

1° Les lois de maintien en incapacité de travail et invalidité indiquées en annexe au présent article.

Toutefois, il est possible pour une mutuelle et union d'utiliser une loi de maintien établie par ses soins et certifiée par un actuair indépendant de cette mutuelle et union, agréé à cet effet par l'une des associations d'actuaire reconnues par l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 du code de la mutualité ;

2° Un taux d'actualisation qui ne peut excéder 75 % du taux moyen au cours des deux derniers exercices des emprunts de l'Etat français, sans pouvoir dépasser 4,5 %.

Section 3

Article A212-10

Les tarifs pratiqués par les mutuelles et unions effectuant des opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 comprennent la rémunération de celles-ci et sont établis d'après les éléments suivants :

1° Un taux d'intérêt technique fixé dans les conditions prévues par arrêté ;

2° Une des tables suivantes :

a) Tables homologuées par arrêté du ministre chargé de la mutualité, établies par sexe, sur la base de populations de membres participants et bénéficiaires pour les contrats de rente viagère, et sur la base de données publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques pour les autres contrats ;

b) tables établies ou non par sexe par la mutuelle ou l'union et certifiées par un actuaire indépendant de celle-ci, agréé à cet effet par l'une des associations d'actuaire reconnues par l'Autorité de contrôle instituée à l'article L. 510-1.

Les tables mentionnées au b sont établies d'après des données d'expérience de la mutuelle ou de l'union, ou des données d'expérience démographiquement équivalentes.

Lorsque les tarifs sont établis d'après des tables mentionnées au a, et dès lors qu'est retenue une table unique pour tous les membres participants, celle-ci correspond à la table par sexe appropriée conduisant au tarif le plus prudent.

Pour les contrats en cas de vie autres que les contrats de rente viagère, les tables mentionnées au a sont utilisées en corrigeant l'âge du membre participant conformément aux décalages d'âge ci-annexés.

Ces décalages d'âge sont appliqués de telle sorte que chaque taux de mortalité annuel à un âge donné soit égal au taux de mortalité annuel à l'âge ayant subi le décalage dans la table par sexe appropriée.

Pour les opérations de rentes viagères, en ce compris celles revêtant un caractère temporaire, et à l'exception des contrats relevant du chapitre II bis du titre II du livre II, les tarifs et les provisions techniques déterminés en utilisant les tables mentionnées au b ne peuvent être inférieurs à ceux qui résulteraient de l'utilisation des tables par sexe appropriées mentionnées au a.

Pour l'élaboration des tarifs des opérations collectives en cas de décès résiliables annuellement, la mutuelle ou l'union peut utiliser les tables mentionnées au a avec une méthode forfaitaire dès lors que celle-ci est justifiable.

Article A212-11

Les provisions mathématiques des opérations d'assurance sur la vie, de capitalisation et d'assurance nuptialité-natalité, à cotisations périodiques, sont calculées en prenant en compte les prélèvements destinés aux frais d'acquisition dans l'engagement du payeur de cotisations.

La provision résultant du calcul précédent ne peut être négative, ni inférieure à la valeur de rachat du contrat ou du bulletin d'adhésion, ni inférieure à la provision correspondant au capital réduit.

Article A212-12

1° Les provisions mathématiques des opérations de capitalisation, d'assurance nuptialité-natalité, d'acquisition d'immeubles au moyen de la constitution de rentes viagères, d'assurance sur la vie sont calculées d'après des taux d'intérêt au plus égaux à ceux retenus pour l'établissement du tarif et, s'ils comportent un élément viager et sous réserve du premier alinéa de l'article A. 212-13, d'après les tables de mortalité appropriées mentionnées à l'article A. 212-10 en vigueur à l'époque de l'application du tarif ;

2° La provision de gestion mentionnée au 4° de l'article R. 212-26 est dotée, à due concurrence de l'ensemble des charges de gestion future des contrats ou des règlements non couverts par des prélèvements sur cotisations ou par des prélèvements sur produits financiers prévus par ceux-ci ;

Elle est déterminée dans les conditions suivantes :

Pour chaque ensemble homogène de contrats, il est établi, au titre de chacun des exercices clos pendant la durée de ceux-ci, un compte prévisionnel des charges et des produits futurs de gestion. Pour l'établissement de ces comptes prévisionnels, sont pris en compte :

a) Les produits correspondant aux chargements sur cotisation pour les cotisations périodiques, aux commissions de réassurance perçues pour couvrir les frais de gestion, et aux produits financiers disponibles après prise en compte des charges techniques et financières découlant de la réglementation et des clauses contractuelles. Les produits financiers sont calculés en appliquant le taux de rendement, ci-après défini, au montant moyen des provisions mathématiques de l'exercice.

Ce taux de rendement est calculé au titre de chaque exercice, sur la base :

- d'une part, du rendement hors plus-values des obligations et titres assimilés en portefeuille et présumés détenus jusqu'à leur échéance et, pour le réemploi des coupons et des obligations à échoir pendant les cinq premières années suivant l'exercice considéré, de 75 % du taux moyen semestriel des emprunts d'Etat, et, au-delà, de 60 % du taux moyen semestriel des emprunts d'Etat ;

- d'autre part, pour les autres actifs, de 70 % du rendement hors plus-values du portefeuille obligataire constaté en moyenne sur l'exercice considéré et les deux exercices précédents ;

b) Les charges correspondant aux frais d'administration, aux frais de gestion des sinistres et aux frais internes et externes de gestion des placements retenus pour l'évaluation de produits dans la limite des charges moyennes unitaires observées au titre de l'exercice considéré et des deux exercices précédents.

Pour chaque ensemble homogène de contrats le taux estimé des rachats totaux ou partiels et des réductions ne pourra excéder 80 % de la moyenne des sorties anticipées de contrats constatées sur les deux derniers exercices clos et sur l'exercice en cours.

Pour chaque ensemble homogène de contrats, le montant de la provision est égal à la valeur actuelle des charges de gestion futures diminuée de la valeur actuelle des ressources futures issues des contrats, telles que définies ci-dessus. Le taux d'actualisation est, pour chaque exercice, le même que celui retenu pour le taux de rendement précédemment défini.

La provision de gestion prévue à l'article R. 212-26 est la somme des provisions ainsi calculées.

3° Les mutuelles et unions peuvent calculer les provisions mathématiques de leurs opérations en cours en appliquant lors de tous les inventaires annuels ultérieurs les taux mentionnés au premier alinéa et les tables de mortalité appropriées en vigueur à la date de l'inventaire.

Cette possibilité ne concerne pas les opérations pour lesquelles l'actif représentatif des engagements correspondants est isolé dans la comptabilité de la mutuelle ou de l'union et a été déterminé de manière à pouvoir procurer un taux de rendement supérieur d'au moins un tiers au taux d'intérêt du tarif.

Pour l'application du présent 3°, les mutuelles et les unions peuvent répartir sur une période de huit ans au plus les effets de la modification des bases de calcul des provisions mathématiques.

Article A212-13

Les provisions mathématiques des opérations individuelles et collectives des rentes viagères en cours de service au 1er janvier 2007 ou liquidées à compter de cette date sont calculées en appliquant à ces opérations, lors de leurs inventaires annuels postérieurs à cette date, les tables de mortalité appropriées mentionnées à l'article A. 212-10 applicables aux contrats de rente viagère souscrits à compter de cette même date.

Pour la détermination des provisions mathématiques, les mutuelles et unions peuvent répartir sur une période allant jusqu'à l'exercice 2021 inclus les effets de l'utilisation des tables de génération homologuées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Les mutuelles ou unions devront néanmoins avoir, d'ici au 31 décembre 2010, un niveau de provisionnement des contrats de rentes viagères, quelle que soit leur date de souscription, supérieur ou égal à celui obtenu avec la table de génération homologuée par arrêté du ministre de l'économie du 28 juillet 1993, lorsque ce niveau est inférieur à celui prévu au premier alinéa.

Les dispositions des alinéas précédents ne font pas obstacle au pouvoir de l'autorité mentionnée à l'article L. 510-1 d'exiger conformément à l'article R. 212-21 qu'une mutuelle ou union majore les provisions mathématiques mentionnées au premier alinéa, après examen des données d'expérience relatives à la population des membres participants et bénéficiaires.

Article A212-14

Si, lors de l'inventaire, le taux de rendement réel des actifs d'une mutuelle ou d'une union, diminué d'un cinquième, est inférieur au quotient du montant total des intérêts techniques et du minimum contractuellement garanti de participation aux excédents dans des conditions définies par arrêté des opérations de la mutuelle ou de l'union, par le montant moyen des provisions mathématiques constituées, une comparaison est effectuée entre les deux montants suivants :

1° Les provisions mathématiques recalculées en actualisant les paiements futurs à un taux déterminé suivant l'une des trois méthodes suivantes :

- a) Un taux unique égal à 60 % du taux moyen des emprunts de l'Etat français calculé sur base semestrielle ;
- b) Un taux égal, pour chacune des échéances futures de paiement, à la moyenne pondérée, par le montant au bilan de chacune des catégories d'actifs auxquels ils se rapportent, des taux suivants :

-pour les obligations non arrivées à terme à la date d'échéance considérée, le taux moyen visé au a ;

-pour les autres actifs, coupons et amortissements d'obligation, 75 % du taux moyen visé au a si la date d'échéance considérée est inférieure à cinq ans, 60 % de ce taux moyen sinon ;

- c) Sur demande de l'entreprise et après accord de l'Autorité de contrôle, un taux égal au taux de rendement futur prudemment estimé des actifs affectés à la représentation des engagements réglementés.

2° Les provisions mathématiques à l'inventaire.

Si le premier montant est supérieur au second, une dotation égale à leur différence est affectée à la provision pour aléas financiers mentionnée au 5° de l'article R. 212-26. Cette provision est reprise dans les comptes de la mutuelle ou de l'union à l'inventaire suivant.

Les opérations en unité de compte ainsi que les opérations collectives relevant de l'article L. 222-1 ne sont pas concernées par ces dispositions.

Le taux de rendement réel des actifs est égal au rapport :

-des produits de placement nets de charges des mutuelles et unions nets de charges augmenté des plus-values sur cessions d'éléments d'actifs, nettes des moins-values, ainsi que du montant des réévaluations d'actifs ;

-au montant moyen, au cours de l'exercice, de l'ensemble des placements, ainsi que des autres éléments d'actifs pouvant être admis en représentation des provisions techniques, à l'exception des valeurs remises par les réassureurs.

Section 5 : Réglementation des placements et autres éléments d'actifs.

Article A212-15

I. - La caution ou engagement équivalent mentionnée au troisième alinéa de l'article R. 212-50 doit :

- être régie par le droit français et soumise en cas de litige à la compétence exclusive des juridictions françaises ;

- constituer une garantie à la première demande, irrévocable et inconditionnelle.

II. - L'établissement de crédit garant visé au troisième alinéa de l'article précité doit répondre aux conditions suivantes :

1° Le garant est un établissement de crédit habilité à opérer en France en application de la loi n° 84-46 du 24 janvier 1984 modifiée relative à l'activité et au contrôle des établissements de crédit et respecte, compte tenu de la garantie envisagée, l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires qui lui sont applicables ;

2° Le garant n'est pas une entreprise liée au réassureur ni à la mutuelle ou l'union garantie.

III. - La dérogation prévue au troisième alinéa de l'article R. 212-50 ne peut être accordée par l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 que dans la mesure où elle ne diminue pas la qualité de la représentation des engagements réglementés, et dans les limites suivantes :

- la durée fixée initialement par l'Autorité de contrôle ne peut excéder un exercice, éventuellement renouvelable dans les conditions définies par celle-ci ;

- le montant total des garanties admises au titre de ladite dérogation ne peut à aucun moment excéder :

- le montant maximum autorisé par l'Autorité de contrôle ;

- la moitié du montant total des engagements réglementés tels que définis à l'article R. 212-21 ;

- les deux tiers du montant total de la part des réassureurs dans les provisions techniques.

IV. - La dérogation peut être supprimée à tout moment par l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 si celle-ci estime que les conditions l'ayant justifiée ne sont plus remplies.

Article A212-16

Pour l'application de l'article R. 212-56, l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 notifie à la mutuelle ou à l'union, par lettre recommandée, la liste des éléments de l'actif dont la valeur est à expertiser et le nom de l'expert qu'elle a choisi pour chacun d'eux.

Dans un délai de quinze jours au plus à dater de l'envoi de cette lettre, la mutuelle ou l'union fait connaître à l'Autorité de contrôle, par lettre recommandée, pour chacun des éléments susmentionnés, si elle accepte l'expert désigné par l'Autorité de contrôle comme expert unique, dont la conclusion liera les deux parties, ou si elle demande une expertise contradictoire, d'abord par deux experts, le premier désigné par l'Autorité de contrôle, le second désigné par la mutuelle ou l'union, puis, en cas de désaccord entre ces deux experts, par un tiers expert, dont les conclusions lieront les deux parties.

Lorsque la mutuelle ou l'union opte pour l'expertise contradictoire, elle indique dans sa réponse le nom, l'adresse et les qualités de son expert et joint à cette réponse une lettre de ce dernier acceptant la mission et se

déclarant prêt à l'effectuer dans le délai fixé à l'alinéa suivant. Dès réception de la réponse de la mutuelle ou de l'union, l'Autorité invite l'expert unique ou les deux experts à procéder à l'expertise. Elle communique cet avis à la mutuelle ou à l'union.

L'expert unique ou les deux experts déposent leurs conclusions et les notifient aux deux parties dans un délai maximal de trois mois à dater de l'avis de l'Autorité ci-dessus prévu.

S'il y a désaccord entre les conclusions des deux experts, il est immédiatement procédé à la désignation du tiers expert, soit après accord entre les parties, par l'Autorité de contrôle, soit, à défaut d'accord entre les parties, dans les quinze jours du dépôt des conclusions des deux experts, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du tribunal de grande instance du siège social de la mutuelle ou de l'union.

Le tiers expert dépose ses conclusions et les notifie aux deux parties dans les deux mois de sa désignation.

Article A212-17

Si, après avoir été désigné comme il est indiqué à l'article A. 212-16, un expert se trouve empêché de remplir sa mission dans les délais fixés, il est immédiatement procédé à une nouvelle désignation dans les mêmes formes, et les délais sont dûment prorogés.

Toutefois, si l'expert défaillant est celui de l'institution ou de l'union, l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 peut requérir immédiatement du président du tribunal la désignation d'un expert unique, dont les conclusions lieront les deux parties. Elle peut formuler la même requête s'il n'a pas été répondu à sa demande d'expertise dans le délai prévu au deuxième alinéa de l'article A. 212-16 ou si l'expert de la mutuelle ou de l'union n'a pas déposé son rapport dans le délai fixé au quatrième alinéa de cet article.

Article A212-18

I. - Le ou les experts désignés conformément aux dispositions des articles A. 212-16 et A. 212-17 sont dispensés de prêter serment.

II. - Les institutions ou les unions sont tenues de fournir aux experts, dès leur désignation, et sur demande de ceux-ci, conjointe ou non, tous les moyens d'investigation que ces derniers jugent utiles pour l'accomplissement de leur mission, notamment lorsqu'il s'agit d'immeubles, pour la visite des lieux et la connaissance des actes et documents se rapportant aux immeubles expertisés.

III. - Le ou les experts adressent à la mutuelle ou à l'union, avec leur rapport, l'état de leurs vacations, frais et honoraires, et en remettent une copie à l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1. Lorsqu'elle envisage de contester le montant demandé par un des experts, la mutuelle ou l'union le notifie à l'Autorité de contrôle dans un délai de quinze jours à compter de la réception de l'état des vacations.

Article A212-19

I.-En cas de vente de valeurs évaluées conformément à l'article R. 212-52, à l'exception des obligations à taux variable, des versements ou des prélèvements et versements sont effectués sur la réserve de capitalisation prévue au 3° de l'article R. 212-26.

Le montant de ces versements ou prélèvements est calculé dans les conditions prévues au présent article.

II.-Lors de l'entrée en portefeuille des titres soumis à la réserve de capitalisation, leur taux actuariel de rendement est calculé en tenant compte du prix d'acquisition, des probabilités, dates d'échéances et montants, nets de tous impôts, des coupons, des lots et autres avantages accessoires attachés à ces titres, et des valeurs de remboursement.

Pour les obligations visées au II de l'article R. 212-52, le calcul s'effectue en prenant pour valeur de remboursement la valeur de remboursement initiale multipliée par le rapport entre l'indice de référence à la date considérée et ce même indice à la date d'émission du titre.

III.-Lors de la vente ou de la conversion d'une obligation, l'opération est appliquée au titre le plus ancien du portefeuille.

En cas de vente ou de conversion d'un titre, on se réfère à la date d'acquisition de ce titre pour calculer, en fonction de son taux actuariel de rendement, sa valeur actuelle au jour de la vente ou de la conversion.

Pour les obligations visées au II de l'article R. 212-52, la valeur actuelle ainsi calculée est multipliée par le rapport entre l'indice de référence à la date de la vente ou de la conversion et ce même indice à la date d'acquisition.

Lorsque le prix de vente est supérieur à la valeur actuelle, diminuée, le cas échéant, de la dépréciation mentionnée au dernier alinéa du I de l'article R. 212-52, l'excédent est versé à la réserve de capitalisation ; lorsqu'il est inférieur à la valeur actuelle, diminuée, le cas échéant, de la dépréciation mentionnée au dernier alinéa du I du même article, la différence est prélevée sur la réserve de capitalisation, dans la limite du montant de celle-ci. La charge ou le produit théorique d'impôts lié à la non-prise en compte, dans le résultat imposable de la mutuelle ou de l'union, des versements ou prélèvements mentionnés à l'alinéa précédent donne lieu à respectivement une reprise non technique sur la réserve de capitalisation ou à une dotation non technique à la réserve de capitalisation, pour un montant équivalent. Cette reprise ou cette dotation contribue au résultat non technique de l'organisme.

IV.-Les mutuelles ou unions, dont les placements en valeurs soumises à la réserve de capitalisation ne dépassent pas 750 000 Euros à la date de l'inventaire, peuvent ne pas appliquer les dispositions du II et du III (2e et 3e alinéas) du présent article. Elles sont alors tenues de porter à la réserve de capitalisation 10 % de l'excédent résultant de la comparaison entre le montant du prix de vente et le prix d'entrée en portefeuille des titres mentionnés au I du présent article vendus dans l'exercice, ou de prélever sur celle-ci la totalité de l'insuffisance résultant de la même comparaison. Une fois exercée, l'option prévue au présent paragraphe ne peut être remise en cause.

Article A212-20

Les mutuelles et unions pratiquant des opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, maintiennent le revenu net de leurs placements à un montant au moins égal à celui des intérêts dont sont créditées les provisions mathématiques.

Article A212-24

Au sens du présent article, est appelée durée du passif d'une mutuelle ou d'une union de mutuelles une estimation prudente de l'échéance moyenne pondérée des paiements futurs relatifs aux engagements réglés. Cette estimation doit être un nombre entier et ne peut être supérieure à 8.

Cette durée est calculée annuellement pour l'application de l'article A. 212-24-1.

Article A212-24-1

Lorsque la mutuelle ou l'union de mutuelles décide d'appliquer les dispositions de l'article R. 212-24, elle ouvre un compte dont le solde ne peut à aucun moment être créditeur de la manière suivante :

- a) Ce compte est débité d'une somme égale au montant de la dotation à la provision pour risque d'exigibilité de l'exercice.
- b) Les reprises de provisions pour risque d'exigibilité font l'objet, pour un même montant, d'un crédit de ce compte ;
- c) A la fin de chaque exercice, ce compte est également crédité d'une fraction de la moins-value latente globale mentionnée à l'article R. 212-24. Cette fraction est égale à :

$1 / d$,

où d est la durée des passifs mentionnée à l'article A. 212-24.

Lorsque la mutuelle ou l'union de mutuelles décide de ne plus appliquer les dispositions de l'article R. 212-24-1, ce compte est intégralement soldé.

Section 7 : Surveillance complémentaire des mutuelles et unions faisant partie d'un groupe.

Article A213-1

Sont considérés comme pouvant être effectivement rendus disponibles pour couvrir la solvabilité ajustée des mutuelles ou unions participantes visées à l'article R. 213-1 et des mutuelles ou unions visées à l'article R. 213-5, et comme pouvant être pris en compte au titre des organismes apparentés intégrés dans le calcul de solvabilité ajustée les éléments suivants :

1. Les plus-values latentes sur actifs dans la limite, s'agissant d'organismes assureurs sur la vie ou mixtes, de l'exigence de marge de solvabilité de l'organisme assureur à l'actif duquel ces actifs sont inscrits. Au-delà, les plus-values latentes sur actifs de ces organismes assureurs ne sont prises en compte qu'une fois déduits les droits à participations des assurés ;

Pour les mutuelles ou unions relevant de l'article L. 111-1 ces droits sont calculés conformément à l'article R. 212-90 ;

2. Les titres et emprunts subordonnés détenus en dehors de l'ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées dans la mesure où ils sont admis à contribuer à la constitution de la marge de solvabilité de l'organisme assureur au passif duquel ils sont inscrits. Toutefois, l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 dispose de la capacité de considérer comme pouvant être rendue disponible une plus grande part de ces titres et emprunts, dès lors qu'elle considère comme adéquate la répartition à l'intérieur de l'ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées des éléments admissibles pour la marge ;

3. Les rappels de cotisations des sociétés d'assurance mutuelle ou des mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, dans la mesure et pour le montant où ils sont admis à contribuer à la constitution de la marge de solvabilité de l'organisme assureur qui a la possibilité d'y faire appel ;

4. Les intérêts minoritaires dans la mesure où ils sont admis à contribuer à la constitution de la marge de solvabilité de l'organisme assureur dont ils représentent une partie des fonds propres et dans la limite de la part de l'exigence de solvabilité de cet organisme correspondant au pourcentage de détention par lesdits intérêts minoritaires.

En outre, dans tous les cas, ne peuvent être considérés comme pouvant être effectivement rendus disponibles les actifs des organismes dont le siège est situé dans un Etat exerçant des restrictions aux mouvements de capitaux.

Article A213-2

La déclaration des opérations mentionnées à l'article R. 213-6 est jointe au dossier mentionné à l'article A. 114-10, annexe II. La mutuelle ou union soumise à surveillance complémentaire présente en outre, dès lors qu'elles ne sont pas incluses dans les documents décrits à l'article A. 114-10, annexe II, ni décrites dans l'état G 22 transmis le cas échéant à l'Autorité de contrôle conformément à l'article A. 114-11. Les opérations, effectuées directement ou indirectement avec les organismes auxquels elle est apparentée ou subordonnée, supérieures à 5 % des fonds propres ou à 0,5 % des provisions techniques de l'ensemble formé par ces organismes tels que calculés à la clôture de l'exercice précédent. Ce tableau doit isoler les opérations suivantes : les prêts, les transactions portant sur les éléments admissibles pour la marge de solvabilité, les investissements, l'état des cessions d'actifs internes à l'ensemble formé par ces organismes (notamment les ventes d'immeubles ou de titres non cotés) et les engagements d'un montant défini reçus ou donnés hors bilan.

Chacune de ces opérations doit être déclarée en précisant l'organisme vendeur, l'organisme acheteur, la valeur comptable dans le premier, le prix de vente et la référence ayant permis d'établir celui-ci.

Les opérations nouvelles visées à cet article sont déclarées à l'issue de chaque trimestre dans les trente jours à l'Autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1.

En outre, dans tous les cas, les rachats ou remboursements des titres et emprunts subordonnés effectués directement ou indirectement entre organismes apparentés du même ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées sont déclarés sans délai par la mutuelle ou union soumise à surveillance complémentaire.

Section 8 : Dispositions relatives à la surveillance complémentaire des entités réglementées appartenant à un conglomérat financier.

Article A213-3

Les modalités de la surveillance complémentaire des conglomérats financiers mentionnée à l'article L. 212-7-4 sont précisées par arrêté des ministres chargés de l'économie, de la sécurité sociale et de la mutualité.

Titre II : Opérations des mutuelles et des unions.

Chapitre Ier

Chapitre II : Dispositions relatives à certaines opérations de retraite.

Article A222-1

I. - Les tarifs utilisés pour pratiquer les opérations collectives relevant de l'article L. 222-1 comprennent la rémunération de la mutuelle ou de l'union qui les met en œuvre. Le règlement indique les frais prélevés par la mutuelle ou l'union.

II. - Les provisions techniques spéciales mentionnées à l'article R. 222-8 sont représentées par un actif unique.

III. - L'équivalence actuarielle prévue à l'article R. 222-15 est établie dans les conditions suivantes :

Les valeurs limites du quotient de la valeur de service par la valeur d'acquisition sont multipliées par un coefficient correcteur égal :

- lorsque le règlement prévoit un âge d'entrée en jouissance inférieur à soixante-cinq ans, au quotient du capital constitutif de la rente viagère différée reposant sur une tête dont l'âge est l'âge d'entrée en jouissance prévu par le règlement, le différé étant égal à la différence entre soixante-cinq ans et cet âge, par le capital constitutif d'une rente viagère immédiate reposant sur une tête d'âge égal à l'âge d'entrée en jouissance prévu par le règlement ;

- lorsque le règlement prévoit un âge d'entrée en jouissance supérieur à soixante-cinq ans, au quotient du capital constitutif de la rente viagère immédiate reposant sur une tête d'âge de soixante-cinq ans, par le capital constitutif d'une rente viagère différée reposant sur une tête d'âge de soixante-cinq ans, le différé étant égal à la différence entre l'âge d'entrée en jouissance prévu par le règlement et soixante-cinq ans ;

- lorsque le règlement prévoit la réversion, au quotient du capital constitutif de la rente individuelle différée de vingt ans reposant sur une tête d'âge de quarante-cinq ans, par le capital constitutif de cette rente, augmenté de la partie réversible calculée dans les conditions prévues par le règlement, les conjoints étant supposés âgés tous deux de quarante-cinq ans.

Si le règlement prévoit à la fois une réversion et un âge d'entrée en jouissance différent de soixante-cinq ans, le coefficient correcteur est égal au produit du coefficient correspondant à l'anticipation ou à l'ajournement et du coefficient correspondant à la réversion, calculés comme il est dit ci-dessus. Les calculs sont effectués selon les modalités prévues au paragraphe IV ci-après.

Les calculs de la provision mathématique théorique mentionnée à l'article R. 222-16, des équivalences actuarielles prévues à l'article R. 222-15 et de la répartition des droits prévue au second alinéa de l'article R. 222-21 sont effectués en utilisant les tables de mortalité appropriées mentionnées à l'article A. 212-10 applicables aux contrats de rente viagère souscrits à compter du 1er janvier 2007, et à l'aide d'un taux au plus égal au plus élevé des deux taux suivants :

a) Un taux obtenu par composition de taux d'intérêt égaux pour les huit premières années à 75 % du taux moyen au cours des trois derniers exercices des emprunts de l'Etat dans la devise duquel sont libellés les engagements relatifs au règlement, et à 60 % de ce même taux, dans la limite de 3,5 %, pour les exercices suivants ;

b) Un taux de 1,5 %, si ce taux est inférieur à la valeur moyenne, au cours des trois derniers exercices, du taux de rendement réel des actifs représentant la provision technique mentionnée à l'article R. 222-8, ou, dans le cas contraire, la valeur moyenne ainsi déterminée.

Les mutuelles et les unions peuvent répartir sur une période allant jusqu'à l'exercice 2015 inclus les effets sur le calcul de la provision mathématique théorique du changement de taux d'intérêt utilisé pour ce calcul.

Les mutuelles ou unions peuvent répartir sur une période de quinze ans au plus les effets sur le niveau de la provision mathématique théorique résultant de l'utilisation des tables mentionnées au premier alinéa du IV.

Article A222-2

I. - L'unité de rente correspondant à un rachat a la même valeur d'acquisition que l'unité de rente acquise normalement dans l'année du rachat.

II. - Chaque année, les institutions et les unions pratiquant les opérations collectives relevant de l'article L. 222-1 communiquent à l'Autorité de contrôle prévue à l'article L. 510-1, pour chacun des règlements qu'elles mettent en oeuvre, la valeur de service et la valeur d'acquisition de l'unité de rente pour l'exercice à venir.

Elles communiquent également :

- le montant de la provision mathématique théorique calculée au 31 décembre de l'exercice clos ;
- le montant de la provision technique spéciale à cette même date ;
- le montant de la fraction des excédents affectés à ladite provision ;
- le montant des arrérages calculés d'après la nouvelle valeur de service et susceptibles d'être servis pendant l'exercice en cours.

La communication de ces renseignements intervient au plus tard le 1er juin de chaque année et, en tout état de cause, avant la fixation de la nouvelle valeur de service de l'unité de rente.

Chapitre II bis : Opérations de retraite professionnelle supplémentaire.

Article A222-3

- I. - Le seuil mentionné au troisième alinéa de l'article L. 222-4 est de 5 000 adhérents.
- II. - Le seuil mentionné au dernier alinéa de l'article R. 222-28 s'élève, pour chaque catégorie, à 100 adhérents.

Article A222-4

- I. - En application de l'article L. 222-8, sont remis sur demande aux adhérents d'un contrat mentionné à l'article L. 222-3, dans un délai qui ne peut excéder trois mois :
 - les modalités d'exercice du transfert ;
 - le montant dû en cas d'exercice de la faculté de rachat lorsque survient l'un des événements visés au deuxième alinéa de l'article L. 223-22 du code de la mutualité, apprécié à la date de la demande ;
 - le niveau que les prestations de retraite doivent atteindre, le cas échéant.

II. - Les participants reçoivent chaque année des informations succinctes sur la situation de la mutuelle ou de l'union.

III. - Lorsque le salarié fait liquider ses droits à la retraite, la mutuelle ou l'union lui adresse, dans un délai de trois mois à compter de la date de la demande, une information sur ses droits.

Chapitre III : Opérations qui dépendent de la durée de vie humaine et opérations de capitalisation.

Section 1 : Dispositions générales.

Article A223-1

Lorsque le participant ou le bénéficiaire choisit le règlement en espèces, la somme versée selon les dispositions figurant au règlement ou au contrat collectif est égale à la contrevaletur en devises des unités de compte, sur la base de la valeur de rachat ou de réalisation de ces titres à la date prévue à cet effet par le règlement ou le contrat collectif.

Cette date ne peut être postérieure de plus de trente jours à la date de demande du capital ou de la rente garantis à la mutuelle ou l'union de mutuelles.

Article A223-2

La valeur visée à l'article R. 223-2 est obtenue en divisant l'actif net de la société immobilière ou foncière par le nombre d'actions ou de parts. L'actif net est celui qui ressort du dernier bilan après affectation du résultat et réévaluation des immeubles, selon la procédure définie par l'article R. 212-53 (b).

Toutefois, pour l'évaluation entre deux bilans comptables du capital ou de la rente garantis, il peut être indiqué dans le règlement ou le contrat collectif que la valeur de l'unité de compte est déterminée, selon une périodicité définie dans ces mêmes règlements ou contrats, en fonction de l'évolution depuis la clôture du dernier exercice de l'actif net ainsi que de la réévaluation des immeubles. Dans ce cas, la valeur de l'actif net fait l'objet d'une attestation du commissaire aux comptes de la société immobilière ou foncière ou du commissaire aux comptes de la mutuelle ou de l'union de mutuelles.

La réévaluation doit être effectuée par immeuble soit par une expertise effectuée par un expert accepté par l'Autorité de contrôle instituée à l'article L. 510-1, soit par actualisation de la dernière estimation certifiée par un expert accepté par l'Autorité de contrôle précitée par application d'une règle basée sur des indices représentatifs du marché immobilier et figurant dans le règlement ou le contrat collectif.

Article A223-3

Lorsque l'unité de compte servant de référence à la valorisation du capital ou de la rente garantis par le règlement ou le contrat collectif est une part de société civile de placement immobilier soumise au contrôle de l'Autorité des marchés financiers, la valeur de cette société visée à l'article R. 223-2 est la valeur de réalisation de cette société, au sens de l'article 11 de la loi n° 70-1300 du 31 décembre 1970 modifiée fixant le régime applicable aux sociétés civiles autorisées à faire publiquement appel à l'épargne.

Article A223-4

La substitution d'une unité de compte au profit d'unités de compte de nature comparable prévue à l'article R. 223-4 est autorisée par l'Autorité de contrôle instituée à l'article L. 510-1 au vu du rapport d'un expert mandaté par la mutuelle ou l'union de mutuelles. L'expert certifie la comparabilité des sociétés, au regard des critères de destination, tels que habitation, bureaux, centres commerciaux, et de localisation des actifs de celles-ci.

Toutefois, l'Autorité peut également requérir une expertise selon les modalités fixées à l'article R. 212-56.

Article A223-5

La Fédération nationale de la mutualité française est habilitée à exercer les compétences d'organisme professionnel représentatif prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 223-10-1.

Article A223-6

L'encadré mentionné à l'article L. 223-8 est placé en tête de note d'information. Sa taille ne dépasse pas une page et il contient, de façon limitative et dans l'ordre précisé, les mentions suivantes :

1° Il est indiqué s'il s'agit d'une opération individuelle ou d'une opération collective à adhésion facultative. Est également indiquée la référence à la mention prévue au troisième alinéa de l'article L. 223-8.

2° Les garanties offertes, y compris les garanties complémentaires non optionnelles, sont indiquées, avec référence aux clauses les définissant ; il est précisé en particulier si le contrat prévoit le paiement d'un capital ou d'une rente.

a) Pour les contrats dont les droits sont exprimés en euros ou en devises, il est indiqué si le contrat comporte une garantie en capital au moins égale aux sommes versées, nettes de frais.

b) Pour les contrats dont les droits sont exprimés en unités de compte, il est indiqué en caractères très apparents que les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis mais sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.

c) Pour les contrats dont une part des droits sont exprimés en unités de compte, l'information sur les garanties offertes, effectuée conformément aux dispositions des présents a et b, distingue clairement les droits exprimés en unités de compte et ceux qui ne le sont pas.

3° Sont indiqués l'existence ou non d'une participation aux excédents contractuelle ainsi que, le cas échéant, les pourcentages de celle-ci ; est également indiquée, le cas échéant, la référence à la clause de participation aux excédents.

4° Il est indiqué que le contrat comporte une faculté de rachat ou de transfert. Cette indication est complétée par la mention : "les sommes sont versées par la mutuelle ou l'union dans un délai de... (délai de versement)"; sont également indiquées les références à la clause relative aux modalités de rachat et de transfert et au tableau mentionné à l'article L. 223-8.

5° Sont indiqués dans une même rubrique les frais et indemnités de toute nature ainsi que, le cas échéant, l'existence de frais pouvant être supportés par l'unité de compte. Il est renvoyé à une clause du bulletin d'adhésion, du contrat ou du prospectus simplifié pour le détail de ces derniers frais, et l'encadré le précise. Pour les frais et indemnités, la rubrique distingue :

- "frais à l'entrée et sur versements" : montant ou pourcentage maximum des frais prélevés lors de la souscription et des frais prélevés lors du versement des cotisations ;

- "frais en cours de vie du contrat" : montant ou pourcentage maximum, sur base annuelle, des frais prélevés postérieurement à la souscription et non liés au versement des garanties ou des cotisations ;

- "frais de sortie" : montant ou pourcentage maximum des frais sur quittances d'arrérages, indemnités de rachat ou de transfert ;

- "autres frais" : montant ou pourcentage maximum des frais et indemnités non mentionnés aux trois alinéas précédents.

6° Est insérée la mention suivante : "La durée du contrat recommandée dépend notamment de la situation patrimoniale du membre participant, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat choisi. La personne morale souscriptrice "ou le membre participant" est invité à demander conseil auprès de sa mutuelle ou union."

7° Sont indiquées les modalités de désignation des bénéficiaires. Est également indiquée la référence à la clause contenant les informations mentionnées à l'article L. 223-10-1.

8° La mention suivante est insérée immédiatement après l'encadré :

"Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention de la personne morale souscriptrice [ou du membre participant] sur certaines dispositions essentielles de la note d'information. Il est important que la personne morale

souscriptrice [ou le membre participant] lise intégralement la note et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le contrat [ou le bulletin d'adhésion].

Article A223-7

1° Pour l'application du dixième alinéa de l'article L. 223-21, l'estimation du montant de la rente viagère qui serait versée au participant au titre des droits exprimés en euros peut être présentée distinctement de l'estimation établie à partir des droits exprimés en unités de comptes, qui elle-même peut être présentée distinctement de celle établie à partir des droits exprimés en parts de provision de diversification.

2° Chaque estimation mentionnée au 1° est établie en fonction de la provision mathématique constituée à la fin de l'exercice considéré et des tables de mortalité et du taux d'intérêt technique applicables au contrat. Chaque estimation est communiquée nette des frais de sorties mentionnés au quatrième alinéa du 5° de l'article A. 223-6.

Pour les membres participants qui n'ont pas atteint l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale à la fin de l'exercice considéré, au moins deux estimations sont mentionnées, la première en retenant l'hypothèse d'âge de départ à la retraite mentionné au premier alinéa de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et la deuxième, en retenant cet âge majoré de cinq ans.

Pour les membres participants qui ont dépassé l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale à la fin de l'exercice considéré, au moins une estimation est établie, en retenant une hypothèse d'âge de départ à la retraite égale à l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale majoré de cinq ans et en retenant une hypothèse d'âge de départ à la retraite supérieur pour les membres participants qui ont dépassé cet âge à la fin de l'exercice considéré.

3° La présentation des estimations mentionnées au 1° est complétée par la mention : " Ces estimations sont fournies à titre indicatif et n'ont pas de caractère contractuel car elles sont réalisées sur la base de paramètres qui peuvent varier ou être modifiés en cours de contrat, notamment la table de mortalité et le taux technique. Des frais ou indemnités sont prélevés par la mutuelle ou l'union, ils sont détaillés dans votre contrat. Ces estimations retiennent des hypothèses d'âge de liquidation de la rente qui peuvent être différents de l'âge exact d'ouverture de vos droits à retraite ainsi que de celui à compter duquel vous pouvez liquider votre retraite obligatoire à taux plein. "

Livre IV : Relations avec l'Etat et les autres collectivités publiques

Titre Ier : Organes administratifs de la mutualité

Chapitre Ier : Conseil supérieur de la mutualité

Article A411-1

Les commissions spécialisées mentionnées à l'article R. 411-2-1 du code de la mutualité sont composées comme suit :

1° La commission chargée d'émettre les avis sur les demandes d'agrément est composée de six membres titulaires et six membres suppléants choisis parmi les membres mentionnés au 2° du I de l'article R. 411-1

du même code. Le vice-président de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ou son représentant assiste, sans voix délibérative, à la commission ;

2° La commission chargée de donner un avis sur les projets de texte est composée de huit membres :

a) Six membres titulaires et six membres suppléants choisis parmi les membres mentionnés au 2° du I de l'article R. 411-1 ;

b) La personnalité qualifiée mentionnée au 8° du I de l'article R. 411-1 ;

c) Le vice-président de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ou son représentant ;

3° La commission chargée d'assurer la gestion du Fonds national de solidarité et d'action mutualistes est composée de six membres titulaires et six membres suppléants choisis parmi les membres mentionnés au 2° du I de l'article R. 411-1.

Article A411-2

Les membres des commissions spécialisées devant être choisis parmi les membres mentionnés au 2° du I de l'article R. 411-1 sont désignés par une délibération du Conseil supérieur de la mutualité siégeant en formation plénière, pour la durée de leur mandat au Conseil supérieur de la mutualité.

Après chaque renouvellement du Conseil supérieur de la mutualité et dans l'attente de la délibération mentionnée à l'alinéa précédent, les membres des commissions spécialisées sont désignés à titre provisoire par arrêté du ministre chargé de la mutualité, sur proposition des fédérations de mutuelles. Il est attribué un siège de membre titulaire et un siège de membre suppléant à chacune des fédérations disposant, en application de l'article R. 413-3 du même code, d'au moins quatre sièges au conseil supérieur de la mutualité. Les sièges restants sont répartis entre ces mêmes fédérations, proportionnellement aux effectifs adhérents des mutuelles adhérentes aux fédérations, selon la règle de la plus forte moyenne.

Article A411-3

Les commissions spécialisées prévues à l'article R. 411-2-1 du code de la mutualité sont présidées par le ministre chargé de la mutualité. En cas d'absence ou d'empêchement du ministre, la présidence est assurée par un représentant des mutuelles, unions et fédérations élu en début de séance parmi les membres de la commission spécialisée. Chaque fois que nécessaire, ces commissions se réunissent sur convocation du secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité. Le secrétaire général assiste aux réunions des commissions.

Article A411-4

Le relevé de décisions et le procès-verbal de chaque séance des commissions spécialisées sont établis par le secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité et signés par le président de séance.

Article A411-5

En début de séance, le nombre de présents doit être au moins égal à la moitié des membres de la commission spécialisée ayant voix délibérative plus un.

Les membres empêchés peuvent donner pouvoir à un membre présent. Nul ne peut détenir plus d'un pouvoir. Les membres ayant donné pouvoir ne sont pas pris en compte dans le calcul du quorum défini au premier alinéa.

Si le quorum n'est pas atteint, une nouvelle séance est convoquée par le secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité dans un délai compris entre huit et quinze jours. Toutefois, en cas d'urgence, ce délai peut être réduit à trois jours. Lors de cette deuxième séance, le quorum n'est plus obligatoire.

Article A411-6

Le recours à des moyens de télécommunication, et notamment à la visioconférence, est autorisé lors des réunions des commissions spécialisées prévues à l'article R. 411-2-1 du code de la mutualité.

Les moyens de visioconférence et de télécommunication utilisés doivent satisfaire à des caractéristiques techniques garantissant une participation effective à la réunion de la commission spécialisée concernée, dont les délibérations doivent être retransmises à la ou aux personnes non présentes physiquement de façon continue. Ces moyens doivent permettre, en temps simultané, réel et continu, la transmission de la voix et de l'image des membres de la commission spécialisée concernée.

Sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité les membres qui participent à la réunion de la commission spécialisée par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dont la nature et les conditions d'application sont conformes aux dispositions des deux précédents alinéas. Toutefois, la commission spécialisée ne peut siéger valablement si le nombre des membres physiquement présents est inférieur à la moitié des membres de la commission spécialisée ayant voix délibérative moins un.

Livre V : Contrôle des mutuelles, unions et fédérations.

Chapitre unique

Section 1 : Libre prestation de services.

Article A510-1

I.-1° En application du premier alinéa du I de l'article R. 510-16, toute mutuelle ou union projetant d'ouvrir une succursale ou d'exercer des activités en libre prestation de services doit fournir, en double exemplaire, à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution les documents et informations suivants :

- a) La dénomination et l'adresse du siège de la mutuelle ou de l'union ;
- b) Le nom de l'Etat membre sur le territoire duquel elle envisage d'opérer en liberté d'établissement ou en libre prestation de services ;
- c) Un programme relatif à l'activité envisagée comportant les pièces mentionnées au a et au point 1 du f de l'article A. 211-1 ;
- d) Dans le cas où la mutuelle ou l'union se proposerait de couvrir les risques définis à la branche 17 mentionnée à l'article R. 211-2, l'option choisie parmi celles énoncées à l'article L. 224-7 ;

e) Un dossier décrivant les moyens mis en oeuvre par la mutuelle ou l'union pour les opérations qu'elle envisage de réaliser et ses prévisions d'activités, sauf si cette mutuelle ou union est soumise aux dispositions des d et e du 2°.

2° Les dossiers concernant des demandes d'activité sous le régime de la liberté d'établissement comportent en outre :

a) L'adresse de la succursale à laquelle les autorités de l'Etat membre visé au b du 1° peuvent demander des informations en vue de l'exercice de leurs compétences ;

b) Le nom et les pouvoirs du mandataire général ;

c) Les informations concernant le mandataire général mentionnées à l'article A. 211-2 ;

d) Un programme d'activité relatif à l'établissement envisagé comportant les pièces mentionnées aux 3,4 et 5 du f de l'article A. 211-1 ainsi que, pour les cinq premiers exercices comptables d'activité, les comptes de résultat prévisionnels, les prévisions relatives aux moyens financiers destinés à la couverture des engagements et celles relatives à la trésorerie ;

e) Un programme d'activité complémentaire relatif à l'établissement envisagé comportant les pièces mentionnées aux 2 et 10 du f de l'article A. 211-1.

II.-Le dossier communiqué par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, en application du deuxième alinéa du I de l'article R. 510-16, aux autorités de l'Etat membre sur le territoire duquel la mutuelle ou l'union envisage d'opérer en liberté d'établissement ou en libre prestation de services comprend :

1° Une attestation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution certifiant que l'entreprise dispose de la marge de solvabilité conformément aux dispositions de la section 2 du chapitre II du titre Ier du livre II du présent code ;

2° Les éléments mentionnés aux a, c et d du 1° du I ainsi que, s'agissant de l'ouverture d'une succursale, les éléments mentionnés aux a, b, d et e du 2° du I.

III.-Les documents mentionnés au I sont accompagnés de leur traduction certifiée conforme dans la langue officielle de l'Etat membre sur le territoire duquel elle envisage d'opérer en liberté d'établissement ou en libre prestation de services.

Article A510-2

I.-La mutuelle ou l'union peut commencer ses activités, en liberté d'établissement :

1° A l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la réception des éléments mentionnés au II de l'article A. 510-1 par les autorités de l'Etat sur le territoire duquel elle entend exercer ses activités, la date de réception de ces éléments étant auparavant communiquée à la mutuelle ou l'union par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;

2° Dès réception d'une communication de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution lui indiquant les conditions dans lesquelles ces mêmes autorités entendent que ces activités soient exercées sur leur territoire.

La mutuelle ou l'union peut commencer ses activités, en liberté de prestation de services, dès qu'elle a été avisée de la communication mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article R. 510-16.

II.-1° Lorsqu'en application du premier alinéa du II de l'article R. 510-16, une mutuelle ou union notifie à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution son intention de modifier la nature ou les conditions d'exercice de ses activités en liberté d'établissement ou en libre prestation de services, cette notification est accompagnée des documents mentionnés au I de l'article A. 510-1 qui sont affectés par le projet de modification.

2° Le dossier mentionné au second alinéa du II de l'article R. 510-16 comporte ceux des documents mentionnés au II de l'article A. 510-1 qui font l'objet d'une modification ainsi qu'une attestation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution certifiant que la mutuelle ou union dispose toujours de la marge de solvabilité conformément aux dispositions de la section 2 du chapitre II du titre Ier du livre II du présent code.

3° L'ensemble de ces documents sont accompagnés de leur traduction certifiée conforme dans la langue officielle de l'Etat membre de libre prestation de services.

Article A510-3

I. - Les modalités de vérification de l'identité d'un membre participant ou de la personne morale souscriptrice du contrat collectif, telles que prévues aux alinéas 1 et 2 de l'article R. 561-5 du code monétaire et financier, sont considérées comme satisfaites dès lors que le paiement de leur première cotisation s'effectue par le débit d'un compte ouvert à leur nom auprès d'un établissement de crédit lui-même tenu à l'obligation d'identification.

II. - En application de l'article R. 561-16 (3°) du code monétaire et financier, ne sont pas soumises aux obligations mentionnées aux articles L. 561-5 et L. 561-6 les opérations des branches 15 à 18 définies à l'article R. 211-2 du code de la mutualité lorsque le montant de la cotisation annuelle par contrat ne dépasse pas 10 000 €.

Section 2 : Contrôle déconcentré.

Article A510-4

Le contrôle des mutuelles et unions pratiquant exclusivement les opérations mentionnées au a du 1° du I de l'article L. 111-1 à l'exception des prestations d'une durée supérieure à un an est exercé au niveau régional lorsque la mutuelle ou l'union :

1° N'a pas encaissé au cours de chacun des trois derniers exercices clos un montant de cotisations supérieur à quarante-cinq millions d'euros ;

2° Et n'a pas versé au cours de chacun des mêmes exercices un montant de prestations supérieur à trente-six millions d'euros.

Pour les mutuelles et les unions qui se sont substituées à d'autres organismes selon les modalités prévues à l'article L. 211-5, sont prises en compte les cotisations encaissées et les prestations versées par ces derniers organismes.

Partie réglementaire ancienne

Livre Ier : Objet et règles générales de fonctionnement des mutuelles

Titre II : Règles générales de fonctionnement des mutuelles

Chapitre II : Statuts

Article R122-4

La reconnaissance d'utilité publique obtenue par des sociétés mutualistes avant l'entrée en vigueur du décret n° 59-1209 du 19 octobre 1959 ne peut être retirée que par décret en Conseil d'Etat, après avis du conseil supérieur de la mutualité.

Chapitre IV : Capacité civile et dispositions financières

Section 1 : Dispositions générales

Article R124-1

Les déclarations prévues aux articles L. 124-2 et L. 124-3 sont faites, contre récépissé, à la préfecture du département dans lequel est situé le siège social de la mutuelle dans un délai d'un mois après la délibération de l'assemblée générale ou la décision du conseil d'administration.

Article R124-2

L'autorisation prévue à l'article L. 124-4 est accordée par le préfet du département dans lequel est situé le siège social de la mutuelle.

Toutefois, cette autorisation est accordée par le ministre chargé de la mutualité lorsque le montant de la libéralité dépasse le seuil fixé par le décret n° 66-388 du 13 juin 1966 relatif à la tutelle administrative des associations, fondations et congrégations.

Dans tous les cas où les dons et legs donnent lieu à réclamation des familles, l'autorisation de les accepter est donnée par décret en Conseil d'Etat ou par arrêté du ministre chargé de la mutualité pris conformément à l'avis du Conseil d'Etat.

Chapitre V : Assemblée générale et administration des mutuelles

Article R125-1

Les emprunts sont décidés par l'assemblée générale s'ils sont destinés à financer un investissement supérieur à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la mutualité ou si, compte tenu de l'emprunt projeté, le niveau d'endettement financier de la mutuelle dépasse un pourcentage des cotisations nettes de réassurance perçues à la clôture de l'exercice précédent fixé par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article R125-3

La régularité des opérations électorales destinées à la désignation des membres du conseil d'administration, des membres de l'Autorité de contrôle, des représentants des salariés au conseil d'administration et des délégués des sections locales de vote peut être contestée, dans le délai de quinze jours à dater de l'élection, devant le tribunal d'instance du siège social de la mutuelle.

La contestation est formée par déclaration orale ou écrite faite, remise ou adressée au greffe du tribunal d'instance.

Dans les dix jours du recours, le tribunal d'instance statue en dernier ressort, sans frais ni forme de procédure et sur simple avertissement donné trois jours à l'avance à toutes les parties intéressées.

La décision prise par ce tribunal est notifiée dans les trois jours par le greffe aux parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Le pourvoi en cassation est formé dans les dix jours de la notification de la décision du tribunal d'instance. Les dispositions des articles 999 à 1008 du code de procédure civile sont applicables.

Article R125-4

Les mutuelles désignent au moins un commissaire aux comptes, lorsqu'elles remplissent une des conditions suivantes :

1° Avoir versé des prestations, nettes de réassurance, supérieures à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la mutualité ;

2° Assumer la gestion d'une caisse autonome ou d'un établissement ou service visé à l'article L. 411-1, dont les ressources sont supérieures à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Chapitre VI : Fusion, scission, dissolution et liquidation

Article R126-1

La décision prévue au troisième alinéa de l'article L. 126-1 est prise par le préfet du département dans lequel est situé le siège social de la mutuelle absorbante, après avis du comité départemental de coordination de la mutualité.

Article R126-2

La décision de l'assemblée générale extraordinaire prévue à l'article L. 126-3 est communiquée à la préfecture du département dans lequel est situé le siège social de la mutuelle.

Article R126-3

Dans le cas prévu à l'article L. 126-4, la dissolution est prononcée par le préfet du département dans lequel est situé le siège social de la mutuelle après avis du comité départemental de coordination de la mutualité.

Article R126-4

L'autorité administrative compétente pour exercer la surveillance prévue par l'article L. 126-5 est le préfet, assisté du comité départemental de coordination de la mutualité.

Livre II : Règles particulières à certains groupements à caractère professionnel

Titre Ier : Mutuelles et sections de mutuelles d'entreprises

Chapitre unique

Article R211-1

Le procès-verbal de la délibération mentionnée à l'article L. 211-2 est communiqué au préfet du département dans lequel est situé le siège social de la mutuelle dans le délai d'un mois.

Titre II : Sections de mutuelles à caractère professionnel ou interprofessionnel

Chapitre unique

Article R221-1

L'article R. 122-2 est applicable à l'approbation du règlement visé au cinquième alinéa de l'article L. 221-1.

Titre III : Mutuelles des militaires

Chapitre unique

Article R231-1

Il est fait application aux mutuelles des militaires des articles L. 122-5, L. 122-7, L. 126-1, L. 126-4, L. 126-5, L. 411-6, L. 531-1, L. 531-2, L. 531-3, L. 531-4, L. 531-5 et des articles R. 122-1, R. 122-2, R. 126-1, R. 126-3, R. 126-4, R. 411-1, R. 531-1, R. 531-2 et R. 531-3, après avis du ministre de la défense.

Article R231-2

Le commissaire aux comptes est désigné par le ministre de la défense, en application de l'article L. 231-4 et par dérogation aux dispositions de l'article R. 125-4.

Livre III : Réparation des risques sociaux

Titre II : Règles particulières aux caisses autonomes mutualistes

Chapitre Ier : Dispositions générales

Article R321-1

Pour l'application des dispositions du présent titre, les risques mentionnés à l'article L. 321-1 sont classés comme suit :

1. Accidents.
2. Incapacité de travail ou invalidité résultant de la maladie et autres risques comportant le service de prestations au-delà d'un an.
3. Opérations comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (vieillesse, vie, décès).
4. Prévoyance collective mentionnée à l'article L. 121-1 (2e alinéa).
5. Réassurance d'opérations pratiquées par les caisses autonomes mutualistes.

Article R321-2

Une caisse autonome mutualiste garantissant des risques mentionnés au 3° de l'article R. 321-1 ne peut garantir des risques mentionnés aux 1° et 2°.

Les opérations correspondant à chacun des risques font l'objet de comptes distincts.

Article R321-3

Une caisse autonome mutualiste ne peut être admise à fonctionner sans disposer d'un fonds d'établissement au moins égal à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la mutualité et sans réunir un effectif minimal de cinq mille adhérents.

L'approbation du règlement d'une caisse autonome qui ne réunit pas cet effectif peut être accordée à titre provisoire pour une durée ne pouvant excéder trois ans.

Dans le cas où le nombre des adhérents d'une caisse autonome vient à tomber au-dessous de cinq mille, cet effectif doit être atteint à nouveau dans un délai de trois ans. A défaut, l'approbation est retirée suivant la procédure prévue aux articles R. 326-2 et R. 326-3.

Article R321-4

Le montant maximum des engagements par risque et par membre participant que peut prendre sans obligation de réassurance une caisse autonome mutualiste est déterminé par celle-ci dans les limites qui

sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité ou, au-delà de ces limites, après accord donné par le ministre chargé de la mutualité en fonction des risques assurés, des effectifs et de la marge de sécurité de ladite caisse.

Lorsque les maxima ci-dessus sont dépassés, les engagements supplémentaires sont réassurés auprès d'une autre caisse autonome mutualiste couvrant le risque mentionné au 5° de l'article R. 321-1 ou auprès de la Caisse nationale de prévoyance.

Article R321-5

Le règlement de la caisse autonome mutualiste détermine notamment :

1. Le ou les risques couverts par ladite caisse autonome ainsi que leurs limites ;
2. Les prestations servies par la caisse et les conditions d'ouverture du droit à ces prestations ;
3. Les tarifs et barèmes servant de base au calcul des taux de cotisations dues par les adhérents ainsi que les modalités de versement ;
4. Les modalités de calcul de la valeur de rachat et de réduction ;
5. Les sanctions et déchéances applicables en cas de non-paiement des cotisations ;
6. Les modalités de la gestion administrative et financière, et notamment de la couverture des frais de gestion qui font l'objet d'un budget spécial ;
7. Le maximum des engagements par risque.

Le règlement précise, en outre, si la caisse autonome a la possibilité de passer des conventions de prévoyance collective conformes au règlement.

Article R321-7

Les conventions, documents publicitaires, notes d'information ou tous autres documents établis ou émis par ou pour une caisse autonome mutualiste doivent être communiqués, sur sa demande, au ministre chargé de la mutualité. Le ministre peut prescrire les rectifications ou modifications de ces documents qu'exige la réglementation en vigueur, notamment celle concernant la protection des consommateurs.

Chapitre III : Caisses autonomes assurant la couverture du risque vieillesse par répartition

Article R323-1

Les caisses autonomes assurant la couverture du risque vieillesse par répartition à la date du 31 juillet 1988 sont seules autorisées à exercer cette activité dans les conditions prévues au présent chapitre.

Article R323-2

Le règlement des caisses autonomes assurant la couverture du risque vieillesse par répartition fixe les règles de calcul des allocations qui peuvent être soit d'un taux uniforme, soit fonction de l'importance et de la durée des versements effectués par les intéressés ou pour leur compte.

Article R323-3

Les mutuelles ou les unions affiliées au groupement mutualiste gestionnaire de la caisse autonome doivent passer avec ce groupement un contrat prévoyant le versement de cotisations pendant cinq ans au moins. Ce contrat peut être dénoncé avant la fin de chaque exercice annuel, moyennant un préavis de cinq ans.

Article R323-4

L'arrêt du versement des cotisations que doit acquitter une mutuelle ou une union affiliée entraîne la suspension ou suppression du service des allocations à la catégorie de bénéficiaires correspondants dans les conditions précisées par le règlement de la caisse autonome.

Les versements antérieurs restent définitivement acquis à la caisse autonome.

Article R323-5

La provision technique doit représenter la somme des prestations allouées dans l'exercice en cours et des prestations à verser au titre des quatre exercices suivants.

Pour évaluer le montant de ces dernières, il est ajouté, pour chaque exercice, au montant des allocations de l'exercice précédent, le supplément d'allocations correspondant aux liquidations prévisibles au titre de cet exercice, sans tenir compte des probabilités de décès.

Les allocations versées au cours d'une année ne doivent pas dépasser le cinquième de la provision technique constituée au 31 décembre de l'année précédente, non plus que le cinquième de la différence entre le montant des fonds propres déterminés au 31 décembre de l'année précédente et le montant de la marge financière de sécurité réglementaire.

Chapitre V : Obligations réciproques de la caisse autonome et des adhérents

Article R325-1

Chaque adhérent reçoit un exemplaire de son contrat contenant les dispositions du règlement de la caisse autonome qui lui sont applicables.

En cas d'adhésion collective, il reçoit, à défaut des documents susmentionnés, une note d'information explicative détaillée.

Article R325-2

Sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions pour fausse déclaration, une caisse autonome pratiquant l'assurance annuelle et se couvrant elle-même de ses engagements ne peut mettre fin à la garantie.

La dénonciation du contrat par l'adhérent doit être opérée moyennant un délai de préavis. Ce délai ne peut excéder trois mois avant l'expiration de la durée de garantie. En cas de modification du règlement, il ne peut excéder un mois.

Article R325-3

Les caisses autonomes communiquent annuellement à chaque adhérent, sur sa demande, le montant de la valeur éventuelle de rachat et de réduction.

Elles ne peuvent refuser ni la réduction ni le rachat si deux cotisations annuelles ou 15 % au moins des cotisations prévues ont été payés.

Le calcul des valeurs de rachat et de réduction est déterminé par le règlement de la caisse en fonction de la provision mathématique. La pénalité éventuellement appliquée ne peut dépasser un taux fixé par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Article R325-4

Les garanties temporaires en cas de décès ainsi que les rentes viagères immédiates ou en cours de service ne peuvent comporter ni réduction ni rachat.

Les garanties de capitaux de survie et de rente survie, les garanties en cas de vie sans contre-assurance et les rentes viagères différées sans contre-assurance ne peuvent comporter de rachat.

Article R325-5

Tout adhérent à titre individuel à une garantie annuelle couvrant les risques mentionnés aux 2° et 3° de l'article R. 321-1 a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception dans les trente jours suivant le paiement de la première cotisation.

Le règlement de la caisse, le contrat ou la note d'information explicative doivent comporter des indications précises sur les conditions d'exercice de cette renonciation. Le défaut de communication de ces documents proroge le délai prévu au premier alinéa ci-dessus, jusqu'au trentième jour suivant la date de leur remise effective à l'adhérent.

La renonciation entraîne la restitution de l'intégralité des cotisations versées, dans les trente jours à compter de la réception de la lettre recommandée. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à l'expiration de ce délai.

Article R325-6

Les adhérents sont informés lors de leur adhésion, et sur leur demande en cours de garantie, des taux de frais de gestion sur cotisations ou sur prestations ou des prélèvements sur l'épargne constituée.

Livre IV : Action sociale

Titre unique

Chapitre unique

Article R411-1

Les règlements et conventions de gestion des établissements ou services à caractère sanitaire, médico-social, social ou culturel doivent être déposés, contre récépissé, à la préfecture du département dans lequel est situé le siège social de la mutuelle. Ils sont soumis à l'approbation du préfet du département. Le délai mentionné au troisième alinéa de l'article L. 411-6 est de trois mois à compter de la date du récépissé de dépôt.

Ce délai peut être renouvelé une fois par décision motivée notifiée à la mutuelle avant l'expiration du délai normal.

Ces dispositions sont applicables aux modifications apportées aux règlements et conventions.

Livre V : Relations avec les collectivités publiques

Titre Ier : Organes administratifs de la mutualité

Chapitre Ier : Conseil supérieur de la mutualité

Article R511-1

Le Conseil supérieur de la mutualité est présidé par le ministre chargé de la mutualité. Il comprend :

Deux membres du Parlement, soit un député et un sénateur, élus par leurs collègues ;

Un membre du Conseil d'Etat, désigné par le vice-président ;

Un représentant du ministre chargé de la mutualité ;

Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale ;

Un représentant du ministre chargé du travail ;

Un représentant du ministre chargé de la santé ;

Un représentant du ministre chargé de l'économie et des finances ;

Un représentant du ministre chargé de l'intérieur ;

Un représentant du ministre chargé de l'économie sociale ;

Le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations ou son représentant ;

Trente représentants des groupements mutualistes, dont vingt-cinq représentant l'ensemble des mutuelles réparties par collèges régionaux et cinq représentant les activités mutualistes spécifiques, élus par les précédents ;

Trois personnes qualifiées dans les domaines d'activité des mutuelles, dont deux désignées par le ministre chargé de la mutualité et une par le ministre de la défense ;

Un représentant de chaque confédération syndicale désignée ci-après :

- confédération française démocratique du travail ;
- confédération française des travailleurs chrétiens ;
- confédération générale des cadres ;
- confédération générale du travail ;
- confédération générale du travail Force ouvrière ;

Un représentant du conseil national du patronat français ;

Un membre des professions de santé désigné par le ministre chargé de la santé.

Article R511-2

La durée du mandat des membres du conseil est de six ans. Les fonctions de membre du Conseil supérieur de la mutualité sont gratuites.

Le conseil choisit, parmi ses membres, deux vice-présidents et un trésorier.

Il est convoqué par le ministre chargé de la mutualité au moins une fois par an.

Le ministre désigne un fonctionnaire comme secrétaire général du conseil supérieur.

Article R511-3

Sans préjudice des autres attributions qui lui sont conférées par le présent code, le conseil supérieur donne son avis sur les dispositions législatives ou réglementaires qui concernent le fonctionnement des mutuelles, présente au ministre chargé de la mutualité toutes suggestions concernant la mutualité et peut être saisi par le ministre de toute question relative à ce domaine.

Article R511-4

La section permanente du Conseil supérieur de la mutualité comprend trois membres désignés par le ministre chargé de la mutualité et quatre membres choisis parmi les représentants des groupements mutualistes et élus par eux.

Chapitre II : Comités départementaux et régionaux de coordination de la mutualité

Article R512-1

Un comité départemental de coordination de la mutualité est placé auprès du préfet.

Il est élu pour six ans par les mutuelles ayant leur siège dans le département, les sections des mutuelles à caractère professionnel ou interprofessionnel instituées dans le département dans les conditions prévues par l'article L. 221-1 ainsi que les sections, situées dans le département, qui sont prévues par les statuts d'une mutuelle et dotées d'un organe de gestion.

Le nombre des membres de ce comité est fixé par arrêté du préfet du département ; il est compris entre six et vingt-quatre.

Article R512-2

Sans préjudice des autres attributions qui lui sont conférées par le présent code, le comité départemental de coordination de la mutualité :

1° Procède aux enquêtes et donne les avis qui lui sont demandés par le préfet ;

2° Présente, chaque année, au préfet un rapport sur le fonctionnement de l'ensemble des groupements mutualistes de son ressort, qui est également transmis au Conseil supérieur de la mutualité ;

3° Est habilité à rechercher et signaler au préfet les manquements aux dispositions de l'article L. 122-3, alinéa 2 ;

4° Développe l'idée mutualiste et favorise les initiatives locales, notamment en matière de prévoyance et d'action sociale ;

5° Peut proposer toutes mesures de fusion ou de transfert de services ou établissements sociaux en vue de coordonner l'action mutualiste dans son département ;

6° Organise dans le cadre de sa circonscription l'affiliation des membres participants ayant changé de résidence ou provenant de mutuelles dissoutes ;

7° Peut régler à l'amiable les différends survenus entre les groupements mutualistes exerçant leur activité dans sa circonscription.

Article R512-3

Lors de sa première réunion, le comité départemental de coordination de la mutualité procède à l'élection de son président et de son bureau.

Article R512-4

Il peut être créé, par arrêté du préfet de région, un comité régional de coordination de la mutualité. Ce comité est composé de délégués désignés par les membres des comités départementaux de coordination de la mutualité dans les conditions fixées par arrêté du préfet de région. Ses attributions sont celles prévues à l'article R. 512-2 (1°, 2°, 4° et 7°).

Chapitre III : Elections au conseil supérieur de la mutualité et aux comités départementaux de la mutualité

Section 1 : Elections au conseil supérieur de la mutualité

Article R513-1

Sont éligibles au Conseil supérieur de la mutualité :

- en qualité de représentants de l'ensemble des mutuelles réparties par collèges régionaux, les membres participants des conseils d'administration des mutuelles et unions ayant leur siège ou une section au sens de l'article R. 512-1 dans la circonscription régionale considérée :

- au titre des activités mutualistes spécifiques, les membres participants des conseils d'administration des mutuelles, unions ou fédérations représentant ces activités.

Les représentants qui, au cours de leur mandat, cessent de remplir les conditions d'éligibilité sont déclarés démissionnaires d'office par le ministre chargé de la mutualité.

Article R513-2

Le ministre chargé de la mutualité fixe les dates des élections au Conseil supérieur par un arrêté publié au Journal officiel trois mois au moins avant ces dates. Le même arrêté désigne le préfet de région chargé de l'organisation de l'élection du représentant du vingt-troisième collège prévu par l'article R. 513-3.

Article R513-3

Les vingt-cinq représentants de l'ensemble des mutuelles sont élus par des collèges régionaux :

1er collège Ile-de-France ;

2e collège Nord-Pas-de-Calais ;

3e collège Picardie ;

4e collège Champagne-Ardenne ;

5e collège Lorraine ;

6e collège Alsace ;

7e collège Franche-Comté ;

8e collège Bourgogne ;

9e collège Centre ;

10e collège Haute-Normandie ;

11e collège Basse-Normandie ;

12e collège Bretagne ;

13e collège Pays de la Loire ;

14e collège Poitou-Charentes ;

15e collège Aquitaine ;

16e collège Midi-Pyrénées ;

17e collège Auvergne ;

18e collège Languedoc-Roussillon ;

19e collège Limousin ;

20e collège Rhône-Alpes ;

21e collège Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

22e collège Corse ;

23e collège Guadeloupe-Martinique-Guyane-Réunion.

Chaque collège régional élit à la majorité relative un représentant titulaire et un suppléant.

Toutefois, le premier collège élit au scrutin de liste à la majorité relative et sans panachage, trois représentants titulaires et trois suppléants.

Article R513-4

Sont électrices les mutuelles ayant leur siège social dans les départements formant la circonscription du collège régional et les sections de mutuelles définies à l'article R. 512-1 situées dans les mêmes départements.

Les mutuelles et sections de mutuelles composant le collège électoral disposent d'un nombre de voix déterminé en fonction de l'effectif de leurs membres.

Ce nombre de voix est de :

Une voix jusqu'à 100 membres participants ;

Deux voix de 101 à 500 membres participants ;

Trois voix de 501 à 1000 membres participants ;

Quatre voix de 1001 à 5000 membres participants ;

Cinq voix de 5001 à 8000 membres participants ;

Six voix de 8001 à 10 000 membres participants ;

Sept voix de 10 001 à 15 000 membres participants ;

Huit voix de 15 001 à 20 000 membres participants ;

Neuf voix de 20 001 à 30 000 membres participants ;

Dix voix au-dessus de 30 000 membres participants.

L'effectif à retenir est, pour les mutuelles qui ne disposent pas de sections, celui qui ressort de l'état mentionné à l'article R. 531-1.

L'effectif des membres de chaque section est déclaré par la mutuelle concernée au préfet du département où est située la section.

Les mutuelles comportant des sections disposent, dans le département où elles ont leur siège, d'un nombre de voix déterminé en fonction de l'effectif des membres qui ne relèvent pas de sections. Cet effectif fait également l'objet d'une déclaration adressée au préfet du département.

Article R513-5

Le préfet de chaque département établit, après avis du comité départemental de coordination de la mutualité, la liste des mutuelles et sections de mutuelles admises à participer aux opérations électorales. Cette liste indique le nombre de voix dont dispose chaque mutuelle ou section.

Aucun groupement ne peut être inscrit sur ces listes s'il n'a pas fourni l'état ou les déclarations mentionnés à l'article précédent.

La liste est révisée, au plus tard quatre-vingt-douze jours avant chaque scrutin, après avis du comité départemental de coordination de la mutualité.

Une réclamation peut être formée par toute mutuelle ou section de mutuelle ayant son siège dans le département en vue de son inscription sur la liste ou de la radiation d'un autre groupement. Cette réclamation est formée devant le préfet du département dans les quinze jours qui suivent la publication de l'arrêté établissant ou révisant la liste.

Article R513-6

Les candidatures doivent être déclarées à la préfecture de région et comporter les noms du candidat et de son suppléant. Pour le premier collègue, les candidatures sont présentées sous forme de listes comportant les noms de trois candidats et de trois suppléants.

Article R513-7

Aucune déclaration de candidature ne peut être enregistrée après le quarante-cinquième jour qui précède la date des élections.

Aucun retrait de candidature n'est admis après le trentième jour qui précède le scrutin.

Article R513-8

Le préfet de région fait connaître aux électeurs les candidatures déclarées.

Article R513-9

Le conseil d'administration de chaque mutuelle ou l'organe de gestion de chaque section de mutuelle délibère sur les votes à émettre.

En exécution de cette délibération, chaque mutuelle ou section adresse au préfet du département un nombre de bulletins de vote égal au nombre de voix dont elle dispose. Les bulletins comportent, à l'exclusion de toute autre mention :

- la mention "Election au Conseil supérieur de la mutualité" ;
- les noms des candidats.

Chaque bulletin est placé sous enveloppe close ne portant aucun signe ni inscription. Toutes les enveloppes sont réunies dans une enveloppe close, paraphée par le président et indiquant l'élection à laquelle se rapportent les bulletins transmis ainsi que le nom et le siège de l'organisme électeur.

Les bulletins de vote doivent parvenir à la préfecture de département au plus tard à la date fixée pour les élections.

Article R513-10

Sont nuls les bulletins de vote qui ne respectent pas les règles énoncées aux articles R. 513-3 et R. 513-9 ci-dessus.

Article R513-11

Une commission présidée par le préfet du département ou son représentant et composée de trois présidents de mutuelle désignés par arrêté du préfet procède au recensement des envois effectués et au dépouillement des votes dans les trois jours qui suivent l'élection, dans les conditions prévues aux articles L. 65 et L. 66 du Code électoral.

Lorsqu'un électeur a envoyé un nombre d'enveloppes supérieur à celui des voix dont il dispose, la commission procède au retrait d'un nombre d'enveloppes égal à cet excédent. Les enveloppes sont annexées au procès-verbal sans avoir été ouvertes. Si les enveloppes sont en nombre inférieur à celui des voix dont dispose l'organisme, toutes sont prises en compte.

Le préfet du département adresse, dans les vingt-quatre heures, au préfet de région le procès-verbal consignait les résultats du scrutin concernant l'élection des représentants au Conseil supérieur de la mutualité.

Le préfet de région procède à la centralisation des résultats des votes dans un procès-verbal et l'adresse dans les vingt-quatre heures au ministre chargé de la mutualité.

Article R513-12

Une commission composée de trois présidents de groupement mutualiste désignés par le ministre chargé de la mutualité procède à la centralisation des résultats, établit un procès-verbal et proclame les résultats de l'élection.

Article R513-13

Les cinq représentants des activités mutualistes spécifiques comprennent :

Un représentant de l'action sociale mutualiste ;

Un représentant des caisses autonomes mutualistes ;

Un représentant des mutuelles d'entreprise et interentreprises ;

Un représentant des mutuelles de fonctionnaires ;

Un représentant des mutuelles de travailleurs indépendants.

Article R513-14

Un représentant titulaire et un représentant suppléant sont élus à la majorité relative au titre de chaque activité spécifique par les représentants élus des collèges régionaux.

Pour chaque activité spécifique, les candidatures sont présentées par les unions ou fédérations représentant, à titre exclusif ou non, cette activité.

Les candidatures sont adressées au ministre chargé de la mutualité dans les délais prévus à l'article R. 513-7, ainsi que les bulletins de vote correspondants, en nombre suffisant pour être proposés aux vingt-cinq électeurs. Ces bulletins de vote comportent exclusivement la dénomination de l'activité spécifique concernée et les noms d'un candidat représentant titulaire et d'un candidat représentant suppléant.

Le ministre chargé de la mutualité transmet les bulletins correspondant aux différentes déclarations de candidature à chacun des vingt-cinq électeurs.

Article R513-15

Chaque électeur adresse au ministre chargé de la mutualité les cinq bulletins de vote exprimant ses suffrages pour chacune des activités spécifiques.

Les bulletins sont placés dans une enveloppe ne portant ni signe ni inscription et adressés au ministre sous enveloppe portant le nom et la signature de l'électeur.

Les bulletins de vote doivent parvenir au ministre au plus tard à la date fixée pour les élections.

Article R513-16

Sont nuls les bulletins qui ne respectent pas les règles énoncées aux articles R. 513-14 et R. 513-15.

Article R513-17

La commission mentionnée à l'article R. 513-12 procède au dépouillement des votes dans les conditions prévues aux articles L. 65 et L. 66 du code électoral, établit un procès-verbal et proclame les résultats du scrutin.

La liste des membres du Conseil supérieur de la mutualité est publiée au Journal officiel.

Section 2 : Elections aux comités départementaux de coordination de la mutualité

Article R513-18

L'élection des membres des comités départementaux de coordination de la mutualité se déroule en même temps que celle des représentants des collèges régionaux des mutuelles au Conseil supérieur de la mutualité.

Article R513-19

Sont éligibles au comité départemental de coordination de la mutualité :

- les membres participants des conseils d'administration des mutuelles et unions ayant leur siège dans le département ;
- les membres participants des conseils d'administration des mutuelles ayant une section dans le département ;
- les membres participants élus des organes de gestion des dites sections.

Article R513-20

Le collège électoral est composé des mutuelles et sections de mutuelles inscrites sur la liste mentionnée à l'article R. 513-5.

Article R513-21

Les candidatures sont déclarées à la préfecture du département dans le délai prévu à l'article R. 513-7 sous forme de listes comportant les noms des candidats représentants titulaires et des candidats représentants suppléants, en nombre égal à celui des sièges à pourvoir. Le préfet de département fait connaître aux électeurs les candidatures déclarées.

Article R513-22

Les membres du comité départemental de coordination de la mutualité sont élus au scrutin de liste, à la majorité relative et sans panachage.

Les opérations électorales se déroulent conformément aux dispositions des articles R. 513-9 et R. 513-10.

Article R513-23

Le dépouillement des votes s'effectue conformément aux dispositions des trois premiers alinéas de l'article R. 513-11. Le préfet publie la liste des membres du comité départemental.

Article R513-24

Les membres du comité départemental de coordination de la mutualité sont déclarés démissionnaires d'office par le préfet lorsque, au cours de leur mandat, ils cessent de remplir les conditions exigées pour être éligibles.

Section 3 : Contentieux des opérations électorales

Article R513-25

Les dispositions de l'article R. 125-3 sont applicables aux contestations relatives à la régularité des opérations électorales pour la désignation des membres du Conseil supérieur de la mutualité et des membres des comités de coordination de la mutualité.

Ces contestations sont portées devant le tribunal d'instance du lieu de proclamation des résultats.

Titre IV : Dispositions pénales

Chapitre unique

Article R541-1

Sont punis de la peine d'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe (1) :

1° Toute personne qui, à quelque titre que ce soit, participe à l'administration ou à la direction d'un groupement soumis aux dispositions du présent code et fonctionnant sous la dénomination de mutuelle sans que ses statuts aient été approuvés en application de l'article L. 122-5 ;

2° Toute personne qui participe à l'administration ou à la direction d'un groupement pratiquant des opérations régies par le présent code, au cas où ce groupement ne se serait pas conformé à l'article L. 111-2 ;

3° Les présidents, les administrateurs ou directeurs de mutuelles qui se rendent coupables d'infractions aux articles L. 121-2, L. 122-7, L. 124-6, L. 124-7, L. 125-3, L. 125-5, L. 125-7, L. 125-8, L. 125-9, L. 125-10, L. 321-1, L. 321-2 et L. 411-6 et aux textes pris pour l'application de ces dispositions ;

4° Les présidents, les administrateurs ou directeurs de groupements enfreignant les dispositions de l'article L. 122-3.

Annexes

Annexe à l'article A114-4

Article Annexe à l'article A114-4

Les renseignements généraux du compte rendu détaillé annuel sont les suivants :

- a) La raison sociale de la mutuelle ou de l'union, son adresse, la date de sa constitution et un exemplaire à jour des statuts lorsque ceux-ci ont été modifiés ;
- b) Les nom, date et lieu de naissance, nationalité, domicile et profession des membres du conseil d'administration ;
- c) Les nom, date et lieu de naissance, nationalité, domicile, grade et fonction des personnels de direction en fonction à la date d'établissement du compte rendu détaillé annuel ;
- d) Les nom, adresse et date de désignation des commissaires aux comptes titulaires et suppléants ;
- e) La liste des branches pratiquées en France et, pour chaque branche, la date de l'agrément administratif dans les termes de l'article L. 211-7 et l'année de début d'exercice des opérations relevant de chaque branche ;
- f) La liste des pays où la mutuelle ou l'union exerce son activité, d'une part en régime d'établissement et, d'autre part en libre prestation de service et, pour chaque pays et chaque régime, des branches qu'elle y pratique, avec, pour chaque branche, la date de l'acte administratif ayant autorisé les opérations, lorsque l'exercice de l'activité d'assurance est soumis à une telle formalité, ainsi que l'année de début d'exercice des opérations relevant de chaque branche ;
- g) Un tableau indiquant, par pays d'établissement, l'effectif moyen annualisé du personnel salarié en distinguant les personnels affectés à la commercialisation des contrats des autres personnels et, au sein de chacun de ces deux ensembles, les catégories suivantes : personnels de direction, cadres, non-cadres. Ce tableau est complété par l'indication de l'effectif moyen annualisé des mandataires de la mutuelle ou de l'union auxquels elle a recours pour la commercialisation ou la gestion des contrats conformément à l'article L. 114-31 du présent code.
- h) La liste des règlements dont la commercialisation a commencé au cours de l'exercice. Chaque règlement est identifié par son nom commercial et l'indication de la catégorie ou sous-catégorie, définie à l'état C 4 figurant à l'annexe à l'article A. 114-5, à laquelle il appartient. Les différentes versions d'un règlement commercialisé sous une même dénomination sont à considérer comme des règlements distincts.
- i) La liste des tables mentionnées au b de l'article A. 212-10 et établies durant l'année.

A l'appui de cette liste, la mutuelle ou l'union conserve à la disposition des commissaires-contrôleurs un dossier relatif à chacune des prestations en cours. Ce dossier comprend :

- un spécimen du règlement mutualiste ;
- un spécimen du contrat collectif ou du bulletin d'adhésion ;

-un spécimen de la note d'information.

En assurance vie et capitalisation, le dossier comprend, en outre, une fiche technique explicitant les garanties accordées, le tarif appliqué (avec justification de sa suffisance), les modalités de fixation à toute époque de la valeur de rachat et de la valeur de réduction-si le contrat le comporte-, la méthode de calcul de la charge annuelle de participation aux bénéfices ainsi que le mode de répartition de cette participation entre les assurés (quotité et délai), et le calcul des provisions mathématiques.

Annexes à l'article A114-5

Article Annexe C1 à l'article A114-5

ETAT C1

Etats d'analyse des comptes

Dans cette annexe, le terme mutuelle s'applique aux mutuelles et aux unions de mutuelles.

A défaut de mention spécifique, le terme provisions recouvre les provisions techniques et les engagements techniques sur opérations données en substitution et le terme affaires directes recouvre les opérations directes et les opérations prises en substitution.

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

ETAT C 1 : RÉSULTATS TECHNIQUES PAR CATÉGORIES D'OPÉRATIONS

Les mutuelles agréées pour pratiquer des opérations visées au b du 1o du I de l'article L. 111-1 établissent un état C 1 Vie-capitalisation ; si elles pratiquent des opérations visées au a du 1o du I de l'article L. 111-1, elles établissent en outre un état C 1 Dommages corporels. Les autres mutuelles agréées pour pratiquer des opérations visées au 1o du I de ce même article établissent un état C 1 Non-vie.

L'état C 1 répartit d'abord les résultats techniques par pays d'établissement. Les opérations souscrites en France sont ensuite détaillées selon leur modalité d'exploitation : affaires directes françaises ; opérations réalisées en libre prestation de services ; acceptations. Enfin, les affaires directes françaises sont ventilées par catégories ou regroupements de catégories de règlements ou de contrats définis à l'article A. 214-1. Pour chaque catégorie, la mutuelle porte oui ou non en haut de la colonne selon que les opérations décrites dans la colonne sont ou non données en substitution.

Lorsqu'un règlement ou un contrat regroupe des opérations différentes, il est d'abord scindé en deux ensembles selon que les opérations sont ou non données en substitution, puis chaque ensemble est rattaché en totalité à une catégorie principale, dès lors que celle-ci peut être déterminée sans ambiguïté. Lorsque aucune catégorie ne peut être qualifiée de principale, les garanties sont ventilées en autant de sous-ensembles qu'il existerait de règlements ou de contrats séparés au regard des pratiques constatées sur le marché ; chacun de ces sous-ensembles de garanties est rattaché à sa catégorie principale. Par exception, les garanties de dommages corporels sont toujours dissociées des garanties en cas de vie ou de décès.

Le modèle des états C 1 Vie-capitalisation, C 1 Non-vie et C 1 Dommages corporels est fixé ci-après. Le contenu des lignes est précisé par référence aux comptes et sous-comptes du plan comptable relatifs aux opérations directes, hors opérations en unités de compte ; les mutuelles effectuent les transpositions nécessaires pour présenter leurs opérations prises en substitution, leurs opérations en unités de compte et leurs acceptations. Les sous-comptes rattachés aux comptes 6004, 6024, 6104, 6124, 62004, 62124, sont

identifiés par la post-position pb ou it selon qu'ils retracent les participations aux excédents ou les intérêts techniques.

Lorsque la mutuelle prend des opérations en substitution, les états C 1 Vie, C 1 Non-vie et C 1 Dommages Corporels sont complétés par deux états annexes qui en sont l'éclatement :

- annexe A : état de modèle C 1 pour les opérations autres que prises en substitution ;
- annexe B : état de modèle C 1 pour les opérations prises en substitution.

ETAT C 1 VIE-CAPITALISATION

L'état C 1 Vie-capitalisation comporte les colonnes suivantes :

Total général ;

Sous-total des opérations non données en substitution ;

Sous-total des opérations données en substitution ;

Opérations de capitalisation en euros ou devises à cotisation unique ou versements libres (catégorie 1) ;

Opérations de capitalisation en euros ou devises à cotisations périodiques (catégorie 2) ;

Opérations individuelles (y compris groupes ouverts) d'assurance temporaire décès en euros ou devises (catégorie 3) ;

Autres opérations individuelles (y compris groupes ouverts d'assurance vie) en euros ou devises à cotisation unique (catégorie 4) ;

Autres opérations individuelles (y compris groupes ouverts d'assurance vie) en euros ou en devises à cotisations périodiques (catégorie 5) ;

Opérations collectives en cas de décès en euros ou devises (catégorie 6) ;

Opérations collectives en cas de vie en euros ou devises (catégorie 7) ;

Opérations d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte à cotisation unique ou à versements libres (catégorie 8) ;

Opération d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte à cotisations périodiques (catégorie 9) ;

Opérations collectives relevant de l'article L. 222-1 (catégorie 10) ;

Plans d'épargne retraite populaires relevant de l'article 108 de la loi no 2003-275 du 21 août 2003 (catégorie 11) ;

Opération de nuptialité ou de natalité (catégorie 12) ;

Total des affaires directes en France (catégories 1 à 12) ;

Opérations en libre prestation de services par un établissement en France ;

Acceptations par un établissement en France ;

Opérations des succursales établies dans un État de l'Union européenne (hors la France) ;

Opérations des succursales établies hors de l'Union européenne.

L'état C 1 Vie-capitalisation comporte les lignes suivantes :

(L. 1) Cotisations et accessoires émis (comptes 7000 et 7001) ;

(L. 2) Annulations (compte 7002) ;

(L. 3) Cotisations à émettre nettes de cotisations à annuler, à la clôture de l'exercice (comptes 4000 moins 4010 à la clôture) ;

(L. 4) Cotisations à émettre nettes de cotisations à annuler, à l'ouverture de l'exercice (comptes 4000 moins 4010 à l'ouverture) ;

(L. 5) Sous-total : Cotisations nettes (lignes L. 1 - L. 2 + L. 3 - L. 4) ;

(L. 10) Prestations et capitaux payés (compte 6000) ;

(L. 11) Versements périodiques de rentes (compte 6001) ;

(L. 12) Rachats (compte 6002) ;

(L. 13) Frais de gestion et de règlement des prestations (comptes 6005 et 6008) ;

(L. 14) Provisions pour prestations à payer à la clôture de l'exercice (compte 320 à la clôture) ;

(L. 15) Provisions pour prestations à payer à l'ouverture de l'exercice (compte 320 à l'ouverture) ;

(L. 16) Intérêts techniques inclus dans l'exercice dans les prestations payées ou provisionnées (comptes 6004it et 6104it) ;

(L. 17) Participations aux excédents incorporées dans l'exercice dans les prestations payées ou provisionnées (comptes 6004pb, 6104pb, 63093 et 63094) ;

(L. 18) Sous-total : charge des prestations (lignes L. 10 + L. 11 + L. 12 + L. 13 + L. 14-L. 15-L. 16-L. 17) ;

(L. 20) Provisions d'assurance vie à la clôture de l'exercice (comptes 300 à la clôture) ;

(L. 21) Provisions d'assurance vie à l'ouverture de l'exercice (comptes 300 à l'ouverture) ;

(L. 22) Intérêts techniques incorporés dans l'exercice aux provisions d'assurance vie (compte 62004 it) ;

(L. 23) Ajustement sur opérations à capital variable (comptes 766 moins 666) ;

(L. 24) Participations aux excédents incorporées dans l'exercice aux provisions d'assurance vie (compte 62004pb et 63095) ;

(L. 25) Autres provisions techniques à la clôture de l'exercice (comptes 3600, 3700 et 377 à la clôture) ;

(L. 26) Autres provisions techniques à l'ouverture de l'exercice (comptes 3600, 3700 et 377 à l'ouverture) ;

(L. 27) Sous-total : Charge de provisions (L. 20-L. 21-L. 22-L. 23-L. 24 + L. 25-L. 26) ;

(L. 28) Virement de provisions

- (L. 30) Participation aux excédents (comptes 6303 à 6306) ;
- (L. 40) Frais d'acquisition (compte 6400) ;
- (L. 41) Frais d'administration et autres charges techniques nets (comptes 6402 et 644 moins 720, 740 et 7451, quote-part vie) ;
- (L. 42) Subventions d'exploitation reçues (compte 730) ;
- (L. 43) Produits des placements nets de charges (comptes 76, sauf 766, moins 7939 et 66, sauf 666) ;
- (L. 44) Intérêts techniques nets de cessions et d'opérations données en substitution (comptes 6300 à 6302 moins sous-comptes correspondants du compte 6390) ;
- (L. 45) Sous-total : produits financiers nets (L. 43-L. 44) ;
- (L. 50) Cotisations cédées et données en substitution (compte 7090) ;
- (L. 51) Part des réassureurs et des garants en substitution dans les prestations payées (compte 6090 sauf sous-compte correspondant au 6004) ;
- (L. 52) Part des réassureurs et des garants en substitution dans les provisions techniques, autres que les provisions pour participation aux excédents, à la clôture de l'exercice (comptes 390, 392, 3960 et 3970 à la clôture) ;
- (L. 53) Part des réassureurs et des garants en substitution dans les provisions techniques, autres que les provisions pour participation aux excédents, à l'ouverture de l'exercice (comptes 390, 392, 3960 et 3970 à l'ouverture) ;
- (L. 54) Part des réassureurs et des garants en substitution dans les participations aux excédents incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou provisions techniques (sous-comptes des comptes 6090, 6190, 6290 correspondants aux comptes 6004, 6104, 62004, ainsi que sous-comptes du compte 6390 correspondants au compte 6309) ;
- (L. 55) Part des réassureurs et des garants en substitution dans les participations aux excédents (sous-comptes du compte 6390 correspondants aux comptes 6303 à 6306) ;
- (L. 56) Commissions reçues des réassureurs et des garants en substitution (compte 6490) ;
- (L. 57) Sous-total : charge de la réassurance et de la garantie en substitution (L. 50-L. 51 - L. 52 + L. 53 + L. 54-L. 55-L. 56) ;
- (L. 60) Résultat technique (L. 5 - L. 18-L. 27-L. 30 - L. 40-L. 41 + L. 42 + L. 45-L. 57).

L'ÉTAT C 1 VIE-CAPITALISATION EST COMPLÉTÉ PAR QUATRE LIGNES HORS COMPTE

- (L. 70) Provisions pour participation aux excédents et ristournes à la clôture de l'exercice (compte 34 à la clôture) ;
- (L. 71) Provisions pour participation aux excédents et ristournes à l'ouverture de l'exercice (compte 34 à l'ouverture) ;

(L. 72) Part des réassureurs et des garants en substitution dans les provisions pour participation aux excédents et ristournes à la clôture de l'exercice (compte 394 à la clôture) ;

(L. 73) Part des réassureurs et des garants en substitution dans les provisions pour participation aux excédents et ristournes à l'ouverture de l'exercice (compte 394 à l'ouverture).

ETAT C 1 NON VIE

L'état C 1 non-vie comporte les colonnes suivantes :

Total général ;

Sous-total des opérations non données en substitution ;

Sous-total des opérations données en substitution ;

Total des dommages corporels, opérations individuelles (catégorie 20) ;

Dommages corporels, opérations individuelles non données en substitution (catégorie 201) ;

Dommages corporels, opérations individuelles données en substitution (catégorie 202) ;

Total des dommages corporels, opérations collectives (catégorie 21) ;

Dommages corporels, opérations collectives non données en substitution (catégorie 211) ;

Dommages corporels, opérations collectives données en substitution (catégorie 212) ;

Protection juridique (catégorie 29) ;

Assistance (catégorie 30) ;

Pertes pécuniaires diverses (catégorie 31) ;

Sous-total (catégories 20 à 31) ;

Caution (catégorie 38) ;

Total des affaires directes en France (catégories 20 à 38) ;

Opérations en libre prestation de service par un établissement en France ;

Acceptations par un établissement en France (catégorie 39) ;

Opérations des succursales établies dans un Etat de l'Union européenne (hors la France) ;

Opérations des succursales établies hors de l'Union européenne.

L'état C 1 Non-vie comporte les lignes suivantes :

(L. 1) Cotisations, participation légale au titre de la CMU et accessoires émis (comptes 7020 et 7021) ;

(L. 2) Annulations et charge de ristournes (comptes 7022 et 7023 moins 63297) ;

(L. 3) Cotisations à émettre nettes de cotisations à annuler, à la clôture de l'exercice (comptes 4000 moins 4010 à la clôture) ;

- (L. 4) Cotisations à émettre nettes de cotisations à annuler, à l'ouverture de l'exercice (comptes 4000 moins 4010 à l'ouverture) ;
- (L. 5) Sous-total : Cotisations nettes (lignes L. 1 - L. 2 + L. 3 - L. 4) ;
- (L. 6) Provisions pour cotisations non acquises à la clôture (compte 312 à la clôture) ;
- (L. 7) Provisions pour cotisations non acquises à l'ouverture (compte 312 à l'ouverture) ;
- (L. 8) Sous-total : cotisations de l'exercice (L. 5 - L. 6 + L. 7) ;
- (L. 10) Prestations et prestations légales au titre de la CMU payées (comptes 6020 et 6021) ;
- (L. 11) Versements périodiques de rentes (compte 6022) ;
- (L. 12) Recours encaissés (compte 6026) ;
- (L. 13) Frais de gestion et de règlement des prestations (comptes 6025 et 6028) ;
- (L. 14) Provisions pour prestations à payer à la clôture de l'exercice (compte 332 à la clôture) ;
- (L. 15) Provisions pour prestations à payer à l'ouverture de l'exercice (compte 332 à l'ouverture) ;
- (L. 16) Prévision de recours à encaisser à la clôture de l'exercice (compte 336 à la clôture) ;
- (L. 17) Prévision de recours à encaisser à l'ouverture de l'exercice (compte 336 à l'ouverture) ;
- (L. 18) Autres provisions techniques à la clôture de l'exercice (comptes 3622, 37202, 37212, 37222, 3723 à la clôture) ;
- (L. 19) Autres provisions techniques à l'ouverture de l'exercice (comptes 3622, 37202, 37212, 37222, 3723 à l'ouverture) ;
- (L. 20) Participations aux excédents incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou aux provisions techniques (comptes 6024, 6124, 62124 et 6329 sauf 63297) ;
- (L. 21) Sous-total : charge des prestations (L. 10 + L. 11-L. 12 + L. 13 + L. 14-L. 15-L. 16 + L. 17 + L. 18-L. 19-L. 20) ;
- (L. 30) Participation aux excédents (comptes 6323, 6324 et 6326) ;
- (L. 40) Frais d'acquisition (compte 6420) ;
- (L. 41) Frais d'administration et autres charges techniques nets (comptes 6422 et 645 moins 722, 742, 7450 et 7451, quote-part non-vie) ;
- (L. 42) Subventions d'exploitation reçues (compte 732) ;
- (L. 43) Produits des placements alloués (compte 7920) ;
- (L. 44) Intérêts techniques nets de cessions et des opérations données en substitution (comptes 6320 et 6321 moins sous-comptes correspondants du compte 6392) ;
- (L. 45) Sous-total : produits financiers nets (L. 43-L. 44) ;

(L. 50) Cotisations cédées et données en substitution (compte 7092 moins sous-compte du compte 6392 correspondant au compte 63297) ;

(L. 51) Part des réassureurs et des garants en substitution dans les prestations payées (compte 6092 sauf sous-compte correspondant au 6024) ;

(L. 52) Part des réassureurs et des garants en substitution dans les provisions techniques, autres que les provisions pour participation aux excédents, à la clôture de l'exercice (comptes 391, 393, 3962 et 3972 à la clôture) ;

(L. 53) Part des réassureurs et des garants en substitution dans les provisions techniques, autres que les provisions pour participation aux excédents, à l'ouverture de l'exercice (comptes 391, 393, 3962 et 3972 à l'ouverture) ;

(L. 54) Part des réassureurs et des garants en substitution dans les participations aux excédents incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou provisions techniques (sous-comptes des comptes 6092, 6192, 62912 et 62913 correspondants aux comptes 6024, 6124 et 62124, ainsi que sous-compte du compte 6392 correspondant au compte 6329 sauf sous-compte 63297) ;

(L. 55) Part des réassureurs et des garants en substitution dans les participations aux excédents (sous-comptes du compte 6392 correspondants aux comptes 6323, 6324 et 6326) ;

(L. 56) Commissions reçues des réassureurs et des garants en substitution (compte 6492) ;

(L. 57) Sous-total : charge de la réassurance et de la garantie en substitution (L. 50 - L. 51 - L. 52 + L. 53 + L. 54 - L. 55 - L. 56) ;

(L. 60) Résultat technique (L. 8 - L. 21 - L. 30 - L. 40 - L. 41 + L. 42 + L. 45 - L. 57).

L'état C 1 non-vie est complété par quatre lignes hors compte :

(L. 70) Provisions pour participation aux excédents et ristournes à la clôture de l'exercice (compte 352 à la clôture) ;

(L. 71) Provisions pour participations aux excédents et ristournes à l'ouverture de l'exercice (compte 352 à l'ouverture) ;

(L. 72) Part des réassureurs et des garants en substitution dans les provisions pour participation aux excédents et ristournes à la clôture de l'exercice (compte 395 à la clôture) ;

(L. 73) Part des réassureurs et des garants en substitution dans les provisions pour participation aux excédents et ristournes à l'ouverture de l'exercice (compte 395 à l'ouverture)

ETAT C 1 DOMMAGES CORPORELS

L'état C 1 Dommages corporels comporte les colonnes suivantes :

Total général ;

Sous-total des opérations non données en substitution ;

Sous-total des opérations données en substitution ;

Total des dommages corporels, opérations individuelles (catégorie 20) ;

Dommages corporels, opérations individuelles non données en substitution (catégorie 201) ;

Dommages corporels, opérations individuelles données en substitution (catégorie 202) ;

Total des dommages corporels, opérations collectives (catégorie 21) ;

Dommages corporels, opérations collectives non données en substitution (catégorie 211) ;

Dommages corporels, opérations collectives données en substitution (catégorie 212) ;

Opérations en libre prestation de service par un établissement en France ;

Acceptations par un établissement en France ;

Opérations des succursales établies dans un Etat de l'Union européenne (hors la France) ;

Opérations des succursales établies hors de l'Union européenne.

Si la mutuelle est agréée pour pratiquer des opérations visées au a du 1o du I de l'article L. 111-1, l'état C 1 Dommages corporels comporte les mêmes lignes que l'état C 1 Non-vie.

Dans les autres cas, l'état C 1 dommages corporels comporte les mêmes lignes que l'état C 1 Vie.

Article Annexe C2 à l'article A114-5

ETAT C2 : ENGAGEMENTS ET RESULTATS TECHNIQUES PAR PAYS

Les mutuelles décrivent leurs engagements et résultats techniques par pays d'établissement selon le modèle suivant :

PAYS	CODE PAYS (1)	COTISATIONS (2)	DONT COTISATIONS données en substitution	PROVISIONS (3)	DONT ENGAGEMENTS techniques	RÉSULTAT technique (4)
1. Union européenne (5)						
Allemagne	DE					
Autriche	AT					
Belgique	BE					
Chypre	CY					
Danemark	DK					
Espagne	ES					
Estonie	EE					
Finlande	FI					
France	FR					
LPS depuis la France	FR					
Grèce	GR					
Hongrie	HU					
Irlande	IE					
Italie	IT					
Lettonie	LV					
Lituanie	LT					
Luxembourg	LU					
Malte	MT					
Pays-Bas	NL					
Pologne	PL					
Portugal	PT					

PAYS	CODE PAYS (1)	COTISATIONS (2)	DONT COTISATIONS données en substitution	PROVISIONS (3)	DONT ENGAGEMENTS techniques	RÉSULTAT technique (4)
République tchèque	CZ					
Royaume-Uni	GB					
Slovaquie	SK					
Slovénie	SI					
Suède	SE					
Total Union européenne						
2. Espace économique européen hors Union européenne						
Islande	IS					
Liechtenstein	LI					
Norvège	NO					
Total EEE hors UE						
3. Hors Espace économique européen...						
Divers						
Total hors EEE						
Total général						
(1) Code à 2 lettres de la norme internationale ISO 3166-1.						
(2) Cotisations nettes au sens de la ligne L. 5 de l'état C 1, brutes de réassurance et y compris opérations données en substitution.						
(3) Provisions techniques brutes de réassurance à la clôture de l'exercice et engagements techniques sur opérations données en substitution.						
(4) Au sens de la ligne L. 60 de l'état C 1.						
(5) Y compris, pour les pays de l'Union européenne autres que la France, les opérations en LPS depuis un établissement local.						

Les chiffres relatifs aux pays non membres de l'Union européenne dans lesquelles les cotisations sont inférieures à 1 % des cotisations en France et les provisions et engagements techniques sont inférieurs à 1 % des provisions et engagements techniques en France peuvent être regroupés en une seule ligne intitulée "divers".

Si la mutuelle opère dans plus de dix pays non membres de l'Union européenne en réalisant dans chacun d'eux un volume d'activité supérieur aux seuils visés à l'alinéa précédent, seuls sont détaillés les chiffres relatifs aux dix pays de plus forte activité en termes de cotisations d'abord, de provisions et d'engagements techniques ensuite. Les autres pays sont regroupés à la ligne intitulée "divers".

Article Annexe C3 à l'article A114-5

ÉTAT C3 Acceptations et cessions en réassurance, affaires directes prises et opérations données en substitution

Les mutuelles décrivent, selon le modèle fixé ci-après, leurs opérations de réassurance acceptées (tableau A) et cédées (tableau B), ainsi que leurs opérations prises en substitution (tableau C) et données en substitution (tableau D), en les ventilant d'après l'Etat de l'établissement qui a signé le traité ou la convention de substitution (France ou étranger) et en fonction du lien existant entre les cocontractants (mutuelles ou institutions de prévoyance ou entreprises d'assurance du groupe au sens de l'article L. 212-7 ou non).

Tableau A : Acceptations (France et étranger)

ACCEPTATIONS PAR UN ÉTABLISSEMENT	FRANÇAIS		ÉTRANGER		TOTAL
	Organismes du groupe	Autres organismes	Organismes du groupe	Autres organismes	
En provenance de :					
Cotisations acceptées					
Provisions techniques sur acceptations					
Solde technique (1)					
Intérêts sur dépôts espèces					

(1) Le solde technique est le montant des cotisations diminué des prestations (y compris variation des provisions techniques) et des frais d'acquisition.

Tableau B : Cessions et rétrocessions (France et étranger)

CESSIONS PAR UN ÉTABLISSEMENT	FRANÇAIS		ÉTRANGER		TOTAL
	Organismes du groupe	Autres organismes	Organismes du groupe	Autres organismes	
A des :					
Cotisations cédées					
Provisions techniques cédées					
Charge de réassurance (2)					
Intérêts sur dépôts espèces					

(2) Charge de réassurance au sens de la ligne L. 57 de l'état C 1.

Tableau C : Opérations prises en substitution

OPÉRATIONS en provenance de :	ORGANISMES du groupe	AUTRES organismes
Cotisations		
Provisions techniques		
Solde technique (1)		
Produits financiers nets		

(1) Le solde technique est le montant des cotisations diminué des prestations (y compris variation des provisions techniques) et des frais d'acquisition.

Tableau D : Opérations données en substitution

OPÉRATIONS données à des :	ORGANISMES du groupe	AUTRES organismes
Cotisations		
Engagements techniques		
Solde technique (1)		
Produits financiers alloués		

(1) Le solde technique est le montant des cotisations diminué des prestations (y compris variation des engagements techniques) et des frais d'acquisition.

Article Annexe C4 à l'article A114-5

ÉTAT C4 : COTISATIONS PAR CATÉGORIES DE CONTRATS ET GARANTIES

Les mutuelles ventilent les cotisations nettes par catégories, sous-catégories ou regroupements de catégories d'opérations, subdivisés par garanties en dommages corporels, selon le modèle fixé ci-après.

Les mutuelles agréées pour pratiquer les opérations visées au b du 1o du I de l'article L. 111-1 établissent un état C 4 Vie-capitalisation-mixte et les autres mutuelles visées au 1o du I de l'article L. 111-1 un état C 4 Non-Vie.

Etat C 4 Vie-capitalisation mixte

L'état C 4 Vie-capitalisation mixte comporte les lignes suivantes :

I. - Total des affaires directes en France (catégories 01 à 21)

01 Opérations de capitalisation à prime unique ou versements libres

02 Opérations de capitalisation à cotisations périodiques

03 Opérations individuelles (y compris groupes ouverts) d'assurance temporaire décès

031 Temporaires décès à prime unique ou versements libres

032 Temporaires décès à cotisations périodiques

04 Autres opérations individuelles (y compris groupes ouverts) d'assurance vie à prime unique ou versements libres

041 Rentes à prime unique ou versements libres

042 Autres opérations à prime unique ou versements libres 05 Autres opérations individuelles (y compris groupes ouverts) d'assurance vie à cotisations périodiques

051 Rentes à cotisations périodiques

052 Autres opérations à cotisations périodiques

06 Opérations collectives en cas de décès

061 Opérations collectives en cas de décès visés à l'article 2 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989

062 Autres opérations collectives en cas de décès

07 Opérations collectives en cas de vie

071 Opérations collectives de rentes

072 Autres opérations collectives

08 Opérations d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte à prime unique ou versements libres

081 Opérations de capitalisation en unités de compte à prime unique ou versements libres

082 Temporaires décès en unités de compte à prime unique ou versements libres

083 Rentes individuelles en unités de compte à prime unique ou versements libres

084 Autres opérations individuelles en unités de compte à prime unique ou versements libres

085 Opérations collectives en cas de décès en unités de compte à prime unique ou versements libres visés à l'article 2 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989

086 Autres opérations collectives en cas de décès en unités de compte à prime unique ou versements libres

087 Opérations collectives de rentes en unités de compte à prime unique ou versements libres

088 Autres opérations collectives d'assurance en unités de compte à prime unique ou versements libres

09 Opérations d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte à cotisations périodiques

091 Opérations de capitalisation en unités de compte à cotisations périodiques

092 Temporaires décès en unités de compte à cotisations périodiques

093 Rentes individuelles en unités de compte à cotisations périodiques

094 Autres opérations individuelles en unités de compte à cotisations périodiques

095 Opérations collectives en cas de décès en unités de compte à cotisations périodiques

096 Autres opérations collectives en cas de décès en unités de compte à cotisations périodiques

097 Opérations collectives de rentes en unités à cotisations périodiques

098 Autres opérations collectives d'assurance en unités de compte à cotisations périodiques

10 Opérations collectives relevant de l'article L. 222-1

11 Plans d'épargne retraite populaires relevant de l'article 108 de la loi no 2003-275 du 21 août 2003

111 Opérations non données en substitution

1111 Plans consistant en l'acquisition d'une rente viagère différée, en cotisations uniques et à versements libres

11111 Plans prévoyant une provision technique de diversification

11112 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est entièrement affectée à l'acquisition de la provision mathématique

11113 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est partiellement affectée à l'acquisition de la provision mathématique

1112 Plans consistant en l'acquisition d'une rente viagère différée, en cotisations périodiques

11121 Plans prévoyant une provision technique de diversification

11122 Plan ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est entièrement affectée à l'acquisition de la provision mathématique

11123 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est partiellement affectée à l'acquisition de la provision mathématique

1113 Plans consistant en la constitution d'une épargne convertie en rente, en cotisations uniques et à versements libres

- 11131 Plans prévoyant une provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est affectée à l'acquisition de la provision mathématique selon une proportion choisie par l'adhérent
- 11132 Plans prévoyant une provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est affectée à l'acquisition de la provision mathématique selon une proportion fixée par le plan
- 11133 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est entièrement affectée à l'acquisition de la provision mathématique 11134 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est partiellement affectée à l'acquisition de la provision mathématique
- 11135 Plans en unités de compte
- 1114 Plans consistant en la constitution d'une épargne convertie en rente, en cotisations périodiques
- 11141 Plans prévoyant une provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est affectée à l'acquisition de la provision mathématique selon une proportion choisie par l'adhérent
- 11142 Plans prévoyant une provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est affectée à l'acquisition de la provision mathématique selon une proportion fixée par le plan
- 11143 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est entièrement affectée à l'acquisition de la provision mathématique 11144 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est partiellement affectée à l'acquisition de la provision mathématique 11145 Plans en unités de compte
- 1115 Plans régis par l'article L. 222-1
- 112 Opérations données en substitution
- 1121 Plans consistant en l'acquisition d'une rente viagère différée, en cotisations uniques et à versements libres
- 11211 Plans prévoyant une provision technique de diversification
- 11212 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est entièrement affectée à l'acquisition de la provision mathématique 11213 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est partiellement affectée à l'acquisition de la provision mathématique 1122 Plans consistant en l'acquisition d'une rente viagère différée, en cotisations périodiques
- 11221 Plans prévoyant une provision technique de diversification
- 11222 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est entièrement affectée à l'acquisition de la provision mathématique
- 11223 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est partiellement affectée à l'acquisition de la provision mathématique
- 1123 Plans consistant en la constitution d'une épargne convertie en rente, en cotisations uniques et à versements libres
- 11231 Plans prévoyant une provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est affectée à l'acquisition de la provision mathématique selon une proportion choisie par l'adhérent

11232 Plans prévoyant une provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est affectée à l'acquisition de la provision mathématique selon une proportion fixée par le plan

11233 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est entièrement affectée à l'acquisition de la provision mathématique

11234 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est partiellement affectée à l'acquisition de la provision mathématique [

11235 Plans en unités de compte

1124 Plans consistant en la constitution d'une épargne convertie en rente, en cotisations périodiques

11241 Plans prévoyant une provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est affectée à l'acquisition de la provision mathématique selon une proportion choisie par l'adhérent

11242 Plans prévoyant une provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est affectée à l'acquisition de la provision mathématique selon une proportion fixée par le plan

11243 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est entièrement affectée à l'acquisition de la provision mathématique 11244 Plans ne prévoyant pas de provision technique de diversification et pour lesquels la cotisation est partiellement affectée à l'acquisition de la provision mathématique

11245 Plans en unités de compte

1125 Plans régis par l'article L. 222-1

12 Opérations de Nuptialité-Natalité

121 Nuptialité

122 Natalité

20 Opérations individuelles (y compris groupes ouverts) de dommages corporels (y compris garanties accessoires ou complémentaires aux opérations individuelles d'assurance en cas de vie ou de décès).

201 Autres garanties frais de soins

2011 Opérations non données en substitution

2012 Opérations données en substitution

202 Autres garanties

2021 Opérations non données en substitution

2022 Opérations données en substitution

203 Garanties frais de soins relevant de la couverture maladie universelle définie par la loi no 99-641 du 27 juillet 1999

2031 Opérations non données en substitution

2032 Opérations données en substitution

21 Opérations collectives de dommages corporels (y compris garanties accessoires ou complémentaires aux opérations collectives d'assurance en cas de vie ou de décès)

211 Garanties frais de soins délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989

2111 Opérations non données en substitution

2112 Opérations données en substitution

212 Autres garanties délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989

2121 Opérations non données en substitution

2122 Opérations données en substitution

213 Garanties frais de soins non délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989

2131 Opérations non données en substitution

2132 Opérations données en substitution

214 Autres garanties non délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989

2141 Opérations non données en substitution

2142 Opérations données en substitution

II. - Total des opérations en libre prestation de services par un établissement en France

III. - Total des acceptations en réassurance par un établissement en France

IV. - Total des opérations des succursales établies dans l'Union européenne (hors la France)

a) Affaires directes souscrites par les succursales établies dans l'Union européenne (hors la France)

b) Opérations effectuées en libre prestation de service par les succursales établies dans l'Union européenne (hors la France)

c) Acceptations en réassurance par les succursales établies dans l'Union européenne (hors la France)

V. - Total des opérations des succursales établies hors de l'Union européenne

a) Affaires directes souscrites par les succursales établies hors de l'Union européenne

b) Opérations effectuées en libre prestation de service par les succursales établies hors de l'Union européenne

c) Acceptations en réassurance par les succursales établies hors de l'Union européenne

Total général (rubriques I à V)

ÉTAT C 4 NON-VIE

L'état C 4 Non-vie comporte trois colonnes :

Colonne A : cotisations émises au titre d'opérations autres que les opérations pluriannuelles à prime unique ou non révisable et les affaires assimilées en application de l'article A. 114-12 ;

Colonne B : cotisations émises au titre des opérations pluriannuelles à prime unique ou non révisable et d'affaires assimilées en application de l'article A. 114-12 ;

Colonne C : totaux partiels par catégorie d'opérations et total général.

L'état C 4 Non-vie comporte les lignes suivantes :

I. - Total des affaires directes en France (catégories 20 à 38)

20 Opérations individuelles (y compris groupes ouverts) de dommages corporels (y compris garanties accessoires ou complémentaires aux opérations individuelles d'assurance en cas de vie ou de décès)

201 Autres garanties frais de soins

2011 Opérations non données en substitution

2012 Opérations données en substitution

202 Autres garanties

2021 Opérations non données en substitution

2022 Opérations données en substitution

203 Garanties frais de soins relevant de la couverture maladie universelle définie par la loi no 99-641 du 27 juillet 1999

2031 Opérations non données en substitution

2032 Opérations données en substitution

21 Opérations collectives de dommages corporels (y compris garanties accessoires ou complémentaires aux opérations collectives d'assurance en cas de vie ou de décès)

211 Garanties frais de soins délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989

2111 Opérations non données en substitution

2112 Opérations données en substitution

212 Autres garanties délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989

2121 Opérations non données en substitution

2122 Opérations données en substitution

213 Garanties frais de soins non délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989

2131 Opérations non données en substitution

2132 Opérations données en substitution

214 Autres garanties non délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989

2141 Opérations non données en substitution

2142 Opérations données en substitution

29 Opérations de protection juridique

30 Opérations d'assistance

31 Opérations de pertes pécuniaires diverses

38 Opérations de caution

II. - Total des opérations en libre prestation de services par un établissement en France

III. - Total des acceptations en réassurance par un établissement en France

IV. - Total des opérations des succursales établies dans l'Union européenne (hors la France)

a) Affaires directes souscrites par les succursales établies dans l'Union européenne (hors la France)

b) Opérations effectuées en libre prestation de service par les succursales établies dans l'Union européenne (hors la France)

c) Acceptations en réassurance par les succursales établies dans l'Union européenne (hors la France)

V. - Total des opérations des succursales établies hors de l'Union européenne

a) Affaires directes souscrites par les succursales établies hors de l'Union européenne

b) Opérations effectuées en libre prestation de service par les succursales établies hors de l'Union européenne

c) Acceptations en réassurance par les succursales établies hors de l'Union européenne

Total général (rubriques I à V)

Article Annexe C5 à l'article A114-5

ÉTAT C5 REPRÉSENTATION DES ENGAGEMENTS RÉGLEMENTÉS

Les mutuelles établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état retraçant la représentation de leurs engagements réglementés

	PROVISIONS TECHNIQUES				AUTRES engagements réglementés	TOTAL
	Union européenne			Hors Union européenne		
	PERP et L. 222-1	Autres affaires directes	Acceptations			
Engagements techniques sur			xxx	xxx	xxx	

	PROVISIONS TECHNIQUES				AUTRES engagements réglementés	TOTAL
	Union européenne			Hors Union européenne		
	PERP et L. 222-1	Autres affaires directes	Acceptations			
opérations données en substitution						
Provisions d'assurance vie					xxx	
Provisions pour cotisations non acquises					xxx	
Provisions pour risques en cours					xxx	
Provisions pour prestations à payer					xxx	
Provisions mathématiques (non-vie)					xxx	
Provisions pour participation aux excédents et ristournes					xxx	
Provisions pour égalisation					xxx	
Provisions pour risque d'exigibilité des engagements techniques					xxx	
Autres provisions techniques					xxx	
Réserve de capitalisation (1)		xxx	xxx	xxx		
Engagements au titre des opérations relevant de la branche 25 de l'article R. 211-2 (2)	xxx	xxx	xxx	xxx		
Dettes privilégiées	xxx	xxx	xxx	xxx		
Dépôts de garantie des adhérents et participants, des intermédiaires et des tiers	xxx	xxx	xxx	xxx		
Réserves d'amortissement des emprunts et réserves pour cautionnements	xxx	xxx	xxx	xxx		
Total des passifs réglementés (A)						
Parts des garants dans les engagements techniques donnés en substitution			xxx	xxx	xxx	
Avances sur contrats mentionnées à l'article R. 212-36	xxx		xxx		xxx	
Cotisations mentionnées à l'article R. 212-36			xxx		xxx	
Valeurs mentionnées à l'article R. 212-37					xxx	
Frais d'acquisition des bulletins d'adhésion à des règlements ou des contrats reportés mentionnés à l'article R. 212-59					xxx	
Cotisations mentionnées aux articles R. 212-38	xxx		xxx		xxx	
Frais d'acquisition des bulletins d'adhésion à des règlements ou des contrats reportés mentionnés à l'article R. 212-58	xxx				xxx	
Avances aux transporteurs mentionnées à l'article R. 212-39	xxx		xxx		xxx	

	PROVISIONS TECHNIQUES				AUTRES engagements réglementés	TOTAL
	Union européenne			Hors Union européenne		
	PERP et L. 222-1	Autres affaires directes	Acceptations			
Créances nettes sur les cédants mentionnées à l'article R. 212-40	xxx	xxx			xxx	
Actifs mentionnés à l'article R. 212-41	xxx	xxx	xxx			
Recours admis			xxx		xxx	
Divers (3)						
Créances mentionnées à l'article R. 212-42	xxx	xxx	xxx	xxx		
Valeurs déposées en cautionnement	xxx	xxx	xxx	xxx		
Total des actifs admissibles divers B						
Base de la dispersion visée à l'article R. 212-32 (A - B)						
Valeurs couvrant les engagements dans le cadre de la branche 25 de l'article R. 211-2 (2)						
Autres placements mentionnés du 10 au 17o de l'article R. 212-31 (4)						
Dépôts mentionnés au 18o de l'article R. 212-31						
Intérêts courus des placements mentionnés à l'article R. 212-31						
Créances garanties sur les réassureurs mentionnées à l'article R. 212-35						
Total des placements et actifs assimilés						
(1) La réserve de capitalisation est inscrite dans la colonne "autres engagements réglementés" à l'exception des montants relatifs aux PERP.						
(2) Les placements correspondants ne figurent au présent état que s'ils appartiennent à la mutuelle.						
(3) Le détail de la rubrique "divers" est à annexer au présent état.						
(4) Sont notamment incluses parmi ces placements les valeurs remises par les mutuelles garanties en substitution.						

Article Annexe C6 à l'article A114-5

ÉTAT C6 : MARGE DE SOLVABILITÉ

Les mutuelles établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état rapprochant la marge de solvabilité constituée de l'exigence minimale de marge.

Les mutuelles agréées pour pratiquer les opérations visées au a et/ou au c et/ou au d et/ou au e du 1o du I de l'article L. 111-1 établissent un état C 6 Non-vie selon le modèle ci-dessous (A). Les mutuelles agréées pour pratiquer les opérations visées au b du 1o du I de l'article L. 111-1 établissent un état C 6 Vie-capitalisation selon le modèle ci-dessous (B). Les mutuelles agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et b dudit article établissent un état C 6 Non-vie et un état C 6 Vie-capitalisation.

Les opérations que la mutuelle donne en substitution sont exclues du calcul de l'exigence minimale de marge et du fonds de garantie.

ÉTAT C6 NON-VIE

I. - EXIGENCE MINIMALE DE MARGE DE SOLVABILITÉ (art. R. 212-12)

A. - Calcul par rapport aux cotisations

Cotisations, hors taxes, émises et acceptées au cours du dernier exercice, nettes d'annulations.

Base des cotisations, chiffre le plus élevé :

Se répartissant en :

Tranche inférieure à 10 000 000 d'euros \times 0,18.

Tranche supérieure à 10 000 000 d'euros \times 0,16.

Total (a1).

(b) = Charge des prestations pour le dernier exercice (nette de cessions)/Charge des prestations pour le dernier exercice (brute de cessions).

(c) Montant de (b) s'il est supérieur à 0,50, sinon 0,50.

Premier résultat = [(a1) \times (c)].

B. - Calcul par rapport aux prestations

Période de référence : les trois derniers exercices :

1. Prestations payées (affaires directes et acceptations) pendant la période de référence, nettes de recours.
2. Provision pour prestations à payer (affaires directes et acceptations) constituée à la fin de la période de référence.

A déduire :

3. Provision pour prestations à payer (affaires directes et acceptations) constituée au début de la période de référence.
4. Charge de prestations pour la période de référence : (1) + (2) - (3).
5. Moyenne annuelle : 1/3 de (4)

Se répartissant en :

Tranche inférieure à 7 000 000 d'euros \times 0,26

Tranche supérieure à 7 000 000 d'euros \times 0,23

Total (a2)

Second résultat = [(a2) \times (c)].

Etat récapitulatif

Premier résultat

Second résultat

Montant de la charge à constituer (résultat le plus élevé)

II. - ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DE LA MARGE DE SOLVABILITÉ (R. 212-11)

Les éléments sous B peuvent être admis sur demande et justification par la mutuelle.

A. - 1 Fonds d'établissement constitué.

2. La moitié de la part restant à rembourser de l'emprunt pour fonds d'établissement.

3. Emprunts pour fonds de développement : au-delà de la moitié de la durée de l'emprunt, plafonné au montant de l'emprunt diminué progressivement chaque année d'un montant constant égal au double du montant total de l'emprunt divisé par le nombre d'années de sa durée.

4. Réserves ne correspondant pas à des engagements, y compris réserve de capitalisation.

5. Excédents reportés (après affectation des résultats).

6. Titres ou emprunts subordonnés :

- à durée indéterminée, dans la limite de la moitié du total (A + B) ou, si ce montant est plus faible, de la moitié de l'exigence minimale de marge ;

- à durée déterminée, dans la limite du quart du total (A + B) ou, si ce montant est plus faible, du quart de l'exigence minimale de marge.

7. Réserves constituées en application des articles L. 111-6 et L. 431-1, y compris la part de la cotisation versée par la mutuelle et non utilisée par le système fédéral de garantie ou le fonds de garantie.

A déduire :

8. Éléments incorporels figurant au bilan.

Sous-total : marge bilan.

9. Moitié du rappel possible de cotisations variables au titre de l'exercice, dans la limite de la moitié du total (A + B) ou, si ce montant est plus faible, de la moitié de l'exigence minimale de marge.

10. Plus-values résultant de sous-estimation d'éléments d'actif dans la mesure où les valeurs de marché sont publiées dans l'annexe

Total A (1 à 10).

B-11. Plus-values résultant de la surestimation d'éléments de passif, dans la mesure où de telles plus-values n'ont pas un caractère exceptionnel.

Total B (11).

Total des éléments constitutifs (A + B).

ÉTAT C6 VIE-CAPITALISATION

I. - EXIGENCE MINIMALE DE LA MARGE DE SOLVABILITÉ (art. R. 212-16)

TITRE 1er : VIE-DÉCÈS, NUPTIALITÉ, NATALITÉ (BRANCHES 20 et 21, SAUF COMPLÉMENTAIRES)

Premier résultat

(a) Provisions mathématiques brutes de cessions et rétrocessions en réassurance (affaires directes et acceptations) :

(b) Rapport de rétention :

Rapport entre le montant des provisions mathématiques nettes de cessions et rétrocessions en réassurance et le montant des provisions mathématiques brutes des cessions et rétrocessions en réassurance

(c) Montant de (b) s'il est supérieur ou égal à 0,85, sinon 0,85

Premier résultat = [(a) × (c) × 0,04]

Second résultat

Pour les organismes n'ayant qu'un faible volume d'affaires dans ces branches, il est possible de retenir un chiffre global en l'affectant en totalité à la rubrique (a1).

(a) Capitaux sous risques non négatifs bruts de réassurance

(a1) Toutes assurances, sauf temporaires décès de durée inférieure ou égale à 5 ans

(a2) Temporaires décès de durée supérieure à 3 ans et inférieure ou égale à 5 ans

(a3) Temporaires décès de durée inférieure ou égale à 3 ans

(b) Rapport de rétention :

Rapport entre le montant des capitaux sous risques nets de cessions et rétrocessions en réassurance et le montant des capitaux sous risques bruts de cessions et rétrocessions en réassurance

(c) Montant de (b) s'il est supérieur ou égal à 0,50, sinon 0,50

(d) = (a1) × (c) × 0,003

(e) = (a2) × (c) × 0,0015

(f) = (a3) × (c) × 0,001

Second résultat = [(d) + (e) + (f)]

TITRE II : Assurances complémentaires à des contrats correspondant à des opérations classées aux branches 20, 21 ET 22

Cotisations, hors taxes, émises et acceptées au cours du dernier exercice, nettes d'annulations

Se répartissant en :

Tranche inférieure à 10 000 000 d'euros 0,18

Tranche supérieure à 10 000 000 d'euros 0,16

(a) Total

(b) Charge de prestations du dernier exercice (nette de cessions)/Charge de prestations du dernier exercice (brute de cessions)

(c) Montant de (b) s'il est supérieur à 0,50, sinon 0,50

Résultat = [(a) (c)]

TITRE III : Capitalisation (branche 24, sauf opérations exprimées en unités de compte)

(a) Provisions mathématiques

(b) Rapport de rétention :

Rapport entre le montant des provisions mathématiques nettes des cessions et rétrocessions en réassurance et le montant des provisions mathématiques brutes des cessions et rétrocessions en réassurance

(c) Montant de (b) s'il est supérieur ou égal à 0,85, sinon 0,85

Résultat =[(a) (c) 0,04]

TITRE IV : Assurances liées à des fonds d'investissement (branche 22) sauf complémentaires - opérations de capitalisation exprimées en unités de compte (branche 24) - gestion de fonds collectifs (branche 25)

Premier résultat

(a) Provisions mathématiques brutes de cessions et rétrocessions en réassurance :

Affaires directes et acceptations

(a1) Avec risque de placement

(a2) Sans risque de placement lorsque le contrat collectif ou le bulletin d'adhésion a une durée supérieure à 5 ans et que les frais de gestion sont fixés pour plus de 5 ans

(a3) Sans risque de placement et lorsque le montant destiné à couvrir les frais de gestion n'est pas fixé pour une période supérieure à cinq ans

(b) Rapport de rétention :

Rapport entre le montant des provisions mathématiques nettes des cessions et rétrocessions en réassurance et le montant des provisions mathématiques brutes des cessions et rétrocessions en réassurance

(c) Montant de (b) s'il est supérieur ou égal à 0,85, sinon 0,85.

(d) Dépenses de gestion nettes relatives aux opérations visées au (a3)

(e) = (a1) (c) 0,04

(f) = (a2) (c) 0,01

(g) = (d) 0,25

Premier résultat = [(e) + (f) + (g)]

Second résultat

(a) Capitaux sous risques non négatifs bruts de réassurance

(b) Rapport de rétention :

Rapport entre le montant des capitaux sous risques nets des cessions et rétrocessions en réassurance et le montant des capitaux sous risques bruts des cessions et rétrocessions en réassurance

(c) Montant de (b) s'il est supérieur ou égal à 0,50, sinon 0,50

Second résultat = [(a) × (c) × 0,003]

TITRE V : Opérations à caractère collectif définies aux articles L. 222-1 et suivants a) Provision mathématique théorique (art. R.222-16) après cessions en réassurance; b) 85% de la provision mathématique théorique (art. R.212-16) avant cessions en réassurance. c) Résultat=0,04×max [(a), (b)]. d) État récapitulatif

TITRE V : Résultat

Total des résultats (a)

Fonds de garantie R. 212-17

1/3 de (a)

(b) 50 % du tiers de (a) = 1/6 de (a)

(c) Minimum absolu du fonds de garantie

Minimum à couvrir en éléments A de marge de solvabilité :

Montant le plus élevé de (b) et de (c)

Marge de solvabilité

Marge à constituer : montant le plus élevé de (a) et (c)

II. - ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DE LA MARGE DE SOLVABILITÉ (R. 212-15)

Les éléments sous B peuvent être admis sur demande et justification par la mutuelle.

A. - 1. Fonds d'établissement constitué ;

2. La moitié de la part restant à rembourser de l'emprunt pour fonds d'établissement ;

3. Emprunts pour fonds de développement : au-delà de la moitié de la durée de l'emprunt, plafonné au montant de l'emprunt diminué progressivement chaque année d'un montant constant égal au double du montant total de l'emprunt divisé par le nombre d'années de sa durée ;

4. Réserves ne correspondant pas à des engagements, y compris réserve de capitalisation ;

5. Excédents reportés (après affectation des résultats).

6. Titres ou emprunts subordonnés :

- à durée indéterminée, dans la limite de la moitié du total (A + B) ou, si ce montant est plus faible, de la moitié de l'exigence minimale de marge ;

- à durée déterminée, dans la limite du quart du total (A + B) ou, si ce montant est plus faible, du quart de l'exigence minimale de marge ;

7. Réserves constituées en application des articles L. 111-6 et L. 431-1, y compris la part de la cotisation versée par la mutuelle et non utilisée par le système fédéral de garantie ou le fonds de garantie.

A déduire :

8. Éléments incorporels figurant au bilan.

Sous-total : marge bilan.

9. Plus-values résultant de sous-estimation d'éléments d'actif dans la mesure où les valeurs de marché sont publiées dans l'annexe ;

Total A (1 à 9).

B. - 10. Part des bénéfices futurs de la mutuelle (joindre le détail du calcul),

a) Bénéfice annuel estimé ;

b) Durée résiduelle moyenne (inférieure ou égale à 10 ans) ;

Total (10) = [a b 0,5].

11. Plus-values résultant de la surestimation d'éléments de passif autres que les provisions mathématiques, dans la mesure où de telles plus-values n'ont pas un caractère exceptionnel ;

Total B (10 à 11).

Total des éléments constitutifs (A + B).

Article Annexe C6 bis à l'article A114-5

ÉTAT C6 bis TEST D'EXIGIBILITÉ

Les mutuelles agréées pour pratiquer les opérations visées au 1o du I de l'article L. 111-1 établissent annuellement, selon le modèle fixé ci-après, un état donnant les résultats du test d'exigibilité mentionné aux articles R. 212-27-1 et A. 114-8.

Lorsque, du fait des conditions légales, il ne peut y avoir de compensation financière entre les actifs représentatifs de différents portefeuilles de règlements ou contrats, les tableaux sont établis par la mutuelle pour chaque portefeuille de règlements ou contrats et l'état résulte de l'agrégation des tableaux relatifs à chaque portefeuille.

Les engagements des règlements ou contrats en unités de compte, les engagements sur opérations données en substitution et les actifs correspondants ne sont pas pris en compte. Les transformations de garanties en euros en garanties en unités de compte sont assimilées à des prestations échues.

Le montant des prestations tient compte du minimum de revalorisation résultant de la participation aux bénéfices contractuelle et réglementaire.

Dans le tableau D sont aussi donnés les résultats d'un scénario de référence dans lequel il n'y a pas de détérioration des marchés financiers.

Etape 1. - Simulation du montant des cessions futures

EXERCICES	RÉALISÉ N	N + 1	N + 2	N + 3	N + 4	N + 5	TOTAL N + 1 à N + 5
Tableau A : décaissements							
Vie :							
Prestations (hors rachats) et frais payés							
Rachats exceptionnels (majorés) (1)							
Total prestations Vie							
- dont intérêts techniques							
- dont participation aux bénéfices							
Non-vie :							
Total prestations non-vie (majorées) (1)							
Autres décaissements (2)							
Total (i)							
(1) Pour le réalisé N, on ne met que les rachats constatés et les prestations non-vie constatées.							
(2) Inclus notamment les frais d'administration des contrats.							

EXERCICES	RÉALISÉ N	N + 1	N + 2	N + 3	N + 4	N + 5	TOTAL N + 1 à N + 5
Tableau B : Encaissements (1)							
Revenus nets des placements							
- dont sur placements échus dans les cinq ans							
Placements échus							
- dont ceux relevant de R. 212-25 (titres monétaires et obligataires)							
- dont ceux relevant de R. 212-53 (dépôts, prêts)							
Part des réassureurs dans les prestations (majorées) (2)							
Autres actifs techniques admis en représentation							
Total (ii)							
Solde encaissements/ xxx							

EXERCICES	RÉALISÉ N	N + 1	N + 2	N + 3	N + 4	N + 5	TOTAL N + 1 à N + 5
décassements (iii) = (ii) - (i)							
(1) Hors produit des cessions d'actif.							
(2) Pour le réalisé N, on ne met que les rachats constatés et les prestations non-vie constatées.							

Etape 2. - Résultat des cessions

	VALEUR NETTE COMPTABLE	VALEUR DE RÉALISATION	PLUS OU MOINS-VALUE LATENTE
Tableau C : Placements au 31/12/N (1)			
Produits de taux			
- dont disponibilités			
- dont placements échus dans les cinq ans			
- dont placements échus au-delà de cinq ans			
Actions et actifs assimilés			
Actifs immobiliers			
Total			
Dont :			
Total R. 212-25			
Total R. 212-53			
(1) Pour le classement des actifs, on se réfère à l'état T 3.			

	SCÉNARIO de référence	SCÉNARIO TAUX (+ 200 PB)	SCÉNARIO ACTIONS (indice - 30 %)	SCÉNARIO immobilier (prix - 20 %)	SCÉNARIO global
Tableau D : Cessions					
Disponibilités au 31/12/N					
Cumul des soldes (1)					
Ajustement de revenus nets de PB (2)					
Montant des cessions à effectuer (3)					
Valeur de réalisation dégradée des placements (4)					
Pourcentage des placements à céder (5)					
Plus ou moins-value latente sur placements (6)					
Résultat des cessions (7)					
Rappel : PRE au 31/12/N					
(1) Ligne (iii) colonne Total, négatif si décaissements supérieurs aux encaissements. (2) Résultant de la détérioration du marché. (3) Si la somme des trois lignes précédentes est négative, l'opposé de cette somme ; sinon zéro. (4) Hors disponibilités et actifs échus dans les cinq ans. (5) Rapport du montant des cessions à effectuer à la valeur de réalisation dégradée des placements. (6) Hors disponibilités et actifs échus dans les cinq ans. (7) Produit des placements à céder par la plus-ou moins-value latente.					

Article Annexe C7 à l'article A114-5

ÉTAT C7 : PROVISIONNEMENT DES RENTES EN SERVICE

Les mutuelles qui, au titre des affaires directes, à l'exclusion des opérations données en substitution, servent des prestations périodiques conditionnées par la survie du bénéficiaire établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état retraçant la liquidation de leurs provisions.

Tableau A. - Prestations servies au titre d'un contrat de rente ou d'une garantie décès (accidentel ou non) à un bénéficiaire non victime d'un préjudice corporel personnel

1. Provisions mathématiques à l'ouverture de l'exercice (1)	
2. Capitaux entrés au cours de l'exercice	
3. Autres ressources (2)	
4. Produits financiers (3)	
5. Prestations payées	
6. Capitaux sortis au cours de l'exercice	
7. Provisions mathématiques à la clôture de l'exercice (1)	
8. Charges de gestion (4)	
Solde (= 1 + 2 + 3 + 4 - 5 - 6 - 7 - 8)	
(1) Provisions mathématiques vie et non-vie (2) Notamment participations aux bénéfices incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou provisionnées et ajustement des contrats en unités de compte. (3) Aux taux prévus pour la constitution des provisions mathématiques. (4) Egales aux chargements prévus pour la constitution des provisions mathématiques.	

Les provisions et les règlements incluent les éventuelles majorations légales. La part de ces majorations à la charge de l'Etat au titre de l'exercice est portée en "autres ressources" .

Tableau A'. - Prestations servies au titre d'un contrat de rente ou d'une garantie décès (accidentel ou non) à un bénéficiaire non victime d'un préjudice corporel personnel

	PROVISIONS (1)	AGE moyen atteint (2)	RENTES annuelles (3)	DURÉE moyenne résiduelle (4)
Rentes temporaires				
Rentes viagères				xxx
(1) Provisions mathématiques à la clôture de l'exercice. (2) Age atteint par les rentiers pondéré par les rentes annuelles au niveau atteint à la clôture de l'exercice. (3) Rentes annuelles au niveau atteint à la clôture de l'exercice. (4) Durée résiduelle limite en année des prestations pondérées par les rentes annuelles au niveau atteint à la clôture de l'exercice.				

Tableau B. - Prestations servies à un bénéficiaire victime d'une invalidité permanente. - Paiements et provisions par année de constitution de la rente

ANNÉE DE CONSTITUTION de la rente	N - 5 et ant.	(N - 4)	(N - 3)	(N - 2)	(N - 1)	(N)	Total
1. Provisions mathématiques à l'ouverture (1)						xxx	
2. Provisions mathématiques à l'ouverture (1) et (2)							
3. Capitaux entrés au cours de l'exercice (3)							
4. Autres ressources (4)							
5. Produits financiers (5)							
6. Prestations payées							
7. Capitaux sortis au cours de l'exercice							
8. Provisions mathématiques à la clôture (1)							
9. Charges de gestion (6)							
Solde = 2 + 3 + 4 + 5 - 6 - 7 - 8							

ANNÉE DE CONSTITUTION de la rente	N - 5 et ant.	(N - 4)	(N - 3)	(N - 2)	(N - 1)	(N)	Total
(1) Uniquement provisions mathématiques (non-vie) en cas d'invalidité permanente. (2) Provisions recalculées au taux d'actualisation de l'exercice. (3) Pour les exercices antérieurs à N, uniquement par révision de rente. (4) Notamment participations aux bénéfices incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou provisionnées. (5) Aux taux prévus pour la constitution des provisions mathématiques. (6) Égales aux chargements prévus pour la constitution des provisions mathématiques.							

Tableau B'. - Prestations servies à un bénéficiaire victime d'une invalidité permanente

Le tableau ci-après ne concerne pas les prestations issues de contrats d'assurance de groupe souscrits par un établissement de crédit, ayant pour objet la garantie du remboursement d'un emprunt.

	PROVISIONS (1)	AGE MOYEN À l'entrée (2)	RENTES ANNUELLES (3)	DURÉE MOYENNE courue (4)	AGE MOYEN LIMITE de garantie (5)
Rentes					
(1) Provisions à la clôture de l'exercice. (2) Age à l'entrée en invalidité pondéré par les rentes annuelles au niveau atteint à la clôture de l'exercice. (3) Rentes annuelles au niveau atteint à la clôture de l'exercice. (4) Durée en années courues depuis l'entrée en invalidité des prestations pondérée par les rentes annuelles au niveau atteint à la clôture de l'exercice. (5) Age au terme de la garantie pondéré par les rentes annuelles au niveau atteint à la clôture de l'exercice.					

Pour les prestations issues de contrats d'assurance de groupe souscrits par un établissement de crédit, ayant pour objet la garantie du remboursement d'un emprunt, les dispositions suivantes s'appliquent :

	PROVISIONS (1)	AGE MOYEN ATTEINT (2)	RENTES ANNUELLES (3)	DURÉE MOYENNE résiduelle (4)
Rentes				
(1) Provisions à la clôture de l'exercice. (2) Age atteint pondéré par les rentes annuelles au niveau atteint à la clôture de l'exercice. (3) Rentes annuelles au niveau atteint à la clôture de l'exercice. (4) Durée en années restant à courir des emprunts pondérée par les rentes annuelles au niveau atteint à la clôture de l'exercice.				

Tableau C. - Prestations servies à un bénéficiaire victime d'une incapacité temporaire

	PROVISIONS pour IJ (1)	PROVISIONS pour rentes en attente (2)	AGE MOYEN à l'entrée (3)	RENTES MENSUELLES (4)	MOYENNE COURUE (5)
Rentes					
(1) Provisions et engagements techniques des indemnités journalières à la clôture de l'exercice. (2) Provision de passage d'incapacité temporaire en invalidité permanente. (3) Age à l'arrêt de travail pondéré par les rentes mensuelles au niveau atteint à la clôture de l'exercice. (4) Rentes mensuelles à la clôture de l'exercice. (5) Durée en mois courus depuis l'arrêt de travail pondérée par les rentes mensuelles au niveau atteint à la clôture de l'exercice.					

Article Annexe C8 à l'article A114-5

ÉTAT C 8 : DESCRIPTION DU PLAN DE RÉASSURANCE

Les mutuelles agréées pour pratiquer les opérations visées au 1o du I de l'article L. 111-1, établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état décrivant leur plan de réassurance en vigueur à la date à laquelle ce document d'analyse est adressé à la commission de contrôle pour chacun des types de risques qu'elles souscrivent en affaires directes et qui figurent dans la liste suivante :

- dommages corporels, incapacité, invalidité ;
- dommages corporels, frais de soins ;
- dommages corporels, dépendance ;
- dommages corporels, autres dommages ;

- crédit caution ;
- assurance non-vie : pertes pécuniaires, assistance, protection juridique ;
- assurance vie : décès toutes causes ;
- garanties plancher des contrats en unités de compte ;
- assurance vie et capitalisation : autre risque.

Les opérations que la mutuelle donne en substitution sont exclues de ces documents.

Tableau A. - Couverture proportionnelle

COUVERTURE proportionnelle (1)	TAUX DE cession (2) (A)	ASSIETTE de prime (3) (B)	LIMITE PAR évènement (4) (C)	COMMISSION de réassurance (5) (D)

Tableau B. - Couverture non proportionnelle par risque

COUVERTURE non proportionnelle par risque (6)	TAUX de placement (7) (A)	FRANCHISE annuelle (8) (B)	PRIORITÉ (C)	PORTÉE (9) (D)	PRIME de réassurance (5) (E)	Nombre de reconstitutions (10) (F)	Prime de reconstitution (11) (G)
Tranche no 1 (12)							
Tranche no 2							
Tranche no 3							
Tranche no 4							
Tranche no 5							
Tranche no 6							
Tranche no 7							
Tranche no 8							
Tranche no 9							
Tranche no 10 (13)	(14)						

Tableau C - Couverture non proportionnelle par évènement

COUVERTURE non proportionnelle par évènement (15)	TAUX de placement (7) (A)	FRANCHISE annuelle (8) (B)	PRIORITÉ (C)	PORTÉE (9) (D)	PRIME de réassurance (E)	NOMBRE de reconstitutions (10) (F)	PRIME de reconstitution (11) (G)
Tranche no 1 (12)							
Tranche no 2							
Tranche no 3							
Tranche no 4							
Tranche no 5							
Tranche no 6							
Tranche no 7							
Tranche no 8							
Tranche no 9							
Tranche no 10 (13)	(14)						

Tableau D - Synthèse des couvertures

SYNTHÈSE (16)	PROPORTIONNELLE avant ou après non proportionnelle (17) (A)	CONSERVATION maximale hors dépassement de couverture (18) (B)	SEUIL de dépassement (19) (C)	PRESTATION maximale possible du cédant (20) (D)
Couverture par risque				
Couverture par évènement				

Tableau E - Couverture en excédent de perte annuelle

COUVERTURE EN EXCÉDENT de perte annuelle (21)	TAUX DE PLACEMENT (7) (A)	PRIORITÉ (B)	PORTÉE (9) (C)	PRIME de réassurance (5) (D)

- (1) Si aucune couverture proportionnelle n'est souscrite pour le type de risque concerné, ce tableau n'est pas renseigné.
- (2) Ce taux doit être exprimé sous forme de pourcentage et précisé avec deux chiffres après la virgule (par exemple : 33,18 %).
- (3) Assiette de cotisations estimée à laquelle le taux de cession renseigné dans la colonne A s'applique.
- (4) Si aucune limite par événement n'est prévue, cette colonne n'est pas renseignée.
- (5) Montant estimé pour l'année en cours.
- (6) Si aucune couverture non proportionnelle par risque n'est souscrite pour le type de risque concerné, le tableau n'est pas renseigné.
- (7) Il s'agit du taux de placement du programme de réassurance à la date à laquelle cet état est adressé à la commission de contrôle, exprimé sous forme de pourcentage et précisé avec deux chiffres après la virgule (par exemple : 98,33 %). Un taux de placement égal à 100 % signifie donc que la couverture effective de la mutuelle correspond exactement à la couverture caractérisée par les éléments indiqués dans les colonnes B à G (franchise annuelle, priorité, portée, nombre de reconstitutions).
- (8) Il s'agit du montant cumulé sur l'année (appelé également franchise annuelle aggregate) de prestations concernées à partir duquel la couverture est susceptible de jouer. Si aucune franchise n'est prévue, cette cellule n'est pas renseignée.
- (9) Il s'agit du montant de la garantie de réassurance jouant au-delà de la priorité. Si la portée est illimitée, inscrire par convention "- 1" .
- (10) Il s'agit du nombre de reconstitutions prévues contractuellement, que celles-ci soient gratuites ou non. Si ce nombre est illimité, inscrire par convention "- 1" .
- (11) Il s'agit du montant de la prime à payer pour la première reconstitution.
- (12) Les tranches sont classées de la plus basse à la plus élevée. La tranche no 1 correspond donc à la plus basse tranche du plan de réassurance.
- (13) La tranche no 10 figurant dans le tableau correspond à l'agrégation de toutes les tranches du plan de réassurance au-delà de la tranche no 9.
- (14) Si l'ensemble des tranches au-delà de la tranche no 9 n'est pas entièrement placé, ne pas renseigner cette cellule du tableau.
- (15) Si aucune couverture non proportionnelle par événement n'est souscrite pour le type de risque concerné, ce tableau n'est pas renseigné.
- (16) Il s'agit de la synthèse des couvertures renseignées dans les tableaux précédents A, B et C.
- (17) Inscrire par convention "1" si la couverture proportionnelle intervient avant la couverture non proportionnelle, et inscrire "2" sinon.
- (18) La conservation maximale hors dépassement de couverture est la rétention par sinistre ou par événement nette maximale possible compte non tenu des dépassements de couverture non proportionnelle. Si cette conservation maximale est illimitée, inscrire par convention "- 1" .

(19) Le seuil de dépassement de couverture non proportionnelle est le montant du sinistre au-delà duquel la couverture non proportionnelle propre au type de risque ne joue plus. Si aucun dépassement n'est possible, inscrire par convention "- 1".

(20) La prestation maximale possible correspond au montant de la garantie (afférente au type de risque concerné) la plus importante prévue dans un contrat d'assurance souscrit par la mutuelle ou, si ce n'est pas pertinent, au plus fort sinistre maximal possible afférent à un contrat d'assurance, en net de réassurances facultatives.

(21) Par couverture en excédent de perte annuelle, on entend les protections de type stop loss. Si aucune couverture en excédent de perte annuelle n'est souscrite pour le type de risque concerné, ce tableau n'est pas renseigné.

Article Annexe C9 à l'article A114-5

ÉTAT C 9 DISPERSION DES RÉASSUREURS ET SIMULATIONS D'ÉVÉNEMENTS

Les mutuelles agréées pour pratiquer les opérations visées au 1o du I de l'article L. 111-1 établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état décrivant, à la date de clôture du dernier exercice inventorié, la dispersion de leurs cessionnaires et rétrocessionnaires et retraçant le niveau de protection conféré par leurs protections en réassurances si survenaient des événements défavorables.

Les opérations que la mutuelle donne en substitution sont exclues de ces documents.

Tableau A : Répartition par réassureur des provisions techniques cédées

DISPERSION DES CESSIONS (1)	NOM (2) (A)	PROVISIONS TECHNIQUES CÉDÉES OU RÉTROCÉDÉES	
		montant notifié au réassureur (B)	montant non notifié au réassureur (3) (C)
Réassureur 1			
Réassureur 2			
Réassureur 3			
Réassureur 4			
Réassureur 5			
Réassureur 6			
Réassureur 7			
Réassureur 8			
Réassureur 9			
Réassureur 10			
Autres réassureurs			
Total			

DISPERSION des cessions	SOLDE des comptes courants (4) (D)	DÉPÔTS ESPÈCES (E)	MONTANT des autres garanties apportées (5) (F)	PROVISIONS techniques cédées non garanties/ Capitaux propres nets d'incorporels (6) (G)	MONTANT des créances de plus d'un an (7) (H)
Réassureur 1					
Réassureur 2					
Réassureur 3					
Réassureur 4					
Réassureur 5					
Réassureur 6					
Réassureur 7					
Réassureur 8					
Réassureur 9					
Réassureur 10					

DISPERSION des cessions	SOLDE des comptes courants (4) (D)	DÉPÔTS ESPÈCES (E)	MONTANT des autres garanties apportées (5) (F)	PROVISIONS techniques cédées non garanties/ Capitaux propres nets d'incorporels (6) (G)	MONTANT des créances de plus d'un an (7) (H)
Autres réassureurs					
Total					

(1) Les réassureurs de la mutuelle sont à classer par ordre d'importance des provisions techniques cédées ou rétrocédées (y compris la part non notifiée de ces provisions). Le réassureur no 1 correspond au réassureur le plus important. Les montants demandés dans ce tableau sont ceux à la date de clôture du dernier exercice inventorié et retracés dans le bilan.

(2) Il s'agit de la dénomination usuelle du réassureur.

(3) Il s'agit des montants de provisions techniques à charge des réassureurs figurant au bilan mais qui n'ont pas été communiqués à ces derniers.

(4) Il s'agit du montant des soldes des comptes courants à la date de clôture du dernier exercice inventorié (signe - s'ils sont en faveur du réassureur).

(5) Il s'agit du montant des garanties apportées conformément à l'article R. 212-35 (nantissement et garantie à première demande).

(6) Ce ratio doit être exprimé sous forme de pourcentage et précisé avec deux chiffres après la virgule (par exemple : 33,18 %). Le calcul à effectuer est le suivant : $(G) = (B + C + D - E - F) / (\text{capitaux propres après affectation} - \text{actifs incorporels})$, ou zéro si le résultat est négatif.

(7) Il s'agit des créances au titre des comptes courants. L'ancienneté de ces créances est à mesurer par la durée qui sépare la date d'exigibilité de la créance de la date de clôture du dernier exercice inventorié.

Tableau B : SIMULATIONS D'ÉVÉNEMENTS

Les mutuelles agréées pour pratiquer les opérations visées au b) du 1o du I de l'article L. 111-1 doivent renseigner les lignes numérotées 1 à 4 du tableau suivant. Les autres mutuelles doivent renseigner la ligne 1.

SIMULATION SUR L'ENSEMBLE des risques souscrits	CHARGE DE SINISTRE (1)	
	Brute (A)	Nette (B)
1. Pire événement survenu pour la société (2)		
2. Événement majeur "accidents technologiques" (3)		
3. Événement majeur "épidémie" (4)		
4. Événement majeur "garanties plancher" (5)		

(1) Il s'agit de la charge de prestations réévaluée correspondant à la survenance dans l'exercice en cours des événements définis dans ce tableau, compte tenu du portefeuille actuel de risques de la mutuelle. La charge nette doit tenir compte des couvertures actuelles en réassurance.

(2) Événement qu'a connu la mutuelle dans le passé et qui conduirait, s'il survenait dans l'exercice en cours, à la charge de prestations brute de réassurance la plus importante, compte tenu de l'actuel portefeuille de risques de la mutuelle. La charge nette doit tenir compte des couvertures actuelles en réassurance.

(3) Il s'agit d'un scénario défavorable de type "accidents technologiques" utilisé par la mutuelle pour établir et analyser son programme de réassurance.

(4) Il s'agit d'un scénario défavorable de type "épidémie" utilisé par la mutuelle pour établir et analyser son programme de réassurance.

(5) Il s'agit d'un scénario défini par la combinaison d'hypothèses financières standardisées. Ces hypothèses consistent, par rapport à leur moyenne respective constatée sur les trois dernières années, en une baisse de l'indice boursier de référence de 30 %, en une baisse de deux points des taux d'intérêt de l'obligation de référence et en une baisse de 20 % du prix des transactions immobilières.

La charge de prestations à renseigner correspond ici à la valeur actuelle probable, calculée au 1er janvier de l'exercice en cours, des prestations (nettes des prélèvements effectués au titre de ces garanties) associées aux garanties plancher jusqu'à leur extinction sous les hypothèses financières précédentes. Le taux d'actualisation à retenir est égal au minimum entre 3,5 % et 60 % du TME.

Entre la table de mortalité TD 88-90 et la table TV 88-90 doit être retenue celle donnant la valeur actuelle probable des prestations la plus élevée. Pour le calcul de la charge nette sont prises en compte les cotisations cédées et les prestations cédées, en valeur actuelle probable, et sont appliquées les conditions des traités en vigueur, notamment celles concernant la durée de la garantie, sans tenir compte des renouvellements éventuels de ces traités.

Article Annexe C10 à l'article A114-5

ÉTAT C10 : COTISATIONS ET RÉSULTATS PAR ANNÉE DE SURVENANCE DES PRESTATIONS

Les mutuelles pratiquant des opérations visées au a, c, d ou e du 1o du I de l'article L. 111-1 établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état de leurs cotisations et de leurs résultats, par année de survenance des prestations, pour chacune des catégories, sous-catégories ou totalisations d'opérations suivantes, les opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable et les opérations assimilées en application de l'article A. 114-1 étant exclues.

a) Affaires directes souscrites en France :

- dommages corporels : opérations individuelles (y compris groupes ouverts) - ensemble (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (catégorie 20) ;

- dommages corporels : opérations individuelles non données en substitution (y compris groupes ouverts) - ensemble (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (sous-catégories 2011, 2021 et 2031) ;

- dommages corporels : opérations individuelles non données en substitution (y compris groupes ouverts)
- autres dommages corporels (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (sous-catégories 2011 et 2021) ;

- dommages corporels : opérations individuelles non données en substitution (y compris groupes ouverts) - frais de soins relevant de la couverture maladie universelle définie par la loi no 99-641 du 27 juillet 1999 (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (sous-catégorie 2031) ;

- dommages corporels : opérations individuelles données en substitution (y compris groupes ouverts) - ensemble (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (sous-catégories 2012, 2022 et 2032) ;

- dommages corporels : opérations individuelles données en substitution (y compris groupes ouverts) - autres dommages corporels (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (sous-catégories 2012 et 2022) ;
- dommages corporels : opérations individuelles données en substitution (y compris groupes ouverts) - frais de soins relevant de la couverture maladie universelle définie par la loi no 99-641 du 27 juillet 1999 (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (sous-catégorie 2032) ;
- dommages corporels : opérations collectives, ensemble (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (catégorie 21) ;
- dommages corporels : opérations collectives non données en substitution, ensemble (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (sous-catégories 2111, 2121, 2131 et 2141) ;
- dommages corporels : opérations collectives non données en substitution visées à l'article 2 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989 (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (sous-catégories 2111 et 2121) ;
- dommages corporels : opérations collectives non données en substitution, autres (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (sous-catégories 2131 et 2141) ;
- dommages corporels : opérations collectives données en substitution, ensemble (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (sous-catégories 2112, 2122, 2132 et 2142) ;
- dommages corporels : opérations collectives données en substitution visées à l'article 2 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989 (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (sous-catégories 2112 et 2122) ;
- dommages corporels : opérations collectives données en substitution, autres (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (sous-catégories 2132 et 2142) ;
- protection juridique (catégorie 29) ;
- assistance (catégorie 30) ;
- pertes pécuniaires diverses (catégorie 31) ;
- total des affaires directes souscrites en France (catégories 20 à 31).

b) Autres opérations :

- total des opérations des catégories 20 à 31 souscrites en LPS depuis la France ;
- total des acceptations en France couvrant les catégories 20 à 31 ;
- total Union européenne hors France, opérations directes et acceptées des catégories 20 à 31 ;
- total hors Union européenne : opérations directes et acceptées des catégories 20 à 31.

Tableau A : Cotisations acquises

ANNÉE DE RATTACHEMENT	N - 5 ET ANT.	(N - 4)	(N - 3)	(N - 2)	(N - 1)	EX.INV.	TOTAL
1. Cumul des émissions, nettes d'annulations, au cours des exercices antérieurs	xxxxx						xxxxx
2. Emissions, nettes d'annulations, au cours de l'exercice inventorié							
3. Emissions, nettes d'annulations, restant à effectuer à la fin de l'exercice inventorié							
4. Fraction des cotisations non courue à la fin de l'année de rattachement antérieure (1)							xxxxx
5. Fraction des cotisations non courue à la fin de l'année de rattachement							xxxxx
6. Total : Cotisations acquises (2)	xxxxx						xxxxx
Rappel : Emissions, nettes d'annulations, restant à effectuer à la fin de l'exercice précédent						xxxxx	
(1) Montant égal au montant inscrit ligne 5 de la colonne précédente.							
(2) 1 + 2 + 3 + 4 - 5.							

Tableau B : Nombre de risques

	CONTRATS	PARTICIPANTS	PERSONNES protégées
Nombre à l'ouverture de l'exercice			
Nombre à la clôture de l'exercice			

Tableau C : Coût moyen et rapport p/c par année de survenance des prestations

ANNÉE DE SURVENANCE	N - 5	N - 4	N - 3	N - 2	N - 1	EX.INV.
1. Cumul des paiements (1) y compris capitaux constitués, nets de recours, au cours des exercices antérieurs (frais de gestion inclus) (2)						
2. Paiements (1) y compris capitaux constitués, nets de recours, au cours de l'exercice inventorié (frais de gestion inclus) (2)						
3. Provisions pour prestations à payer, nettes de prévisions de recours, à la fin de l'exercice inventorié (2)						
4. Charge nette de recours (2) (3)						
5. Nombre de sinistres ou d'événements						
6. Coût moyen net de recours (4)						

ANNÉE DE SURVENANCE	N - 5	N - 4	N - 3	N - 2	N - 1	EX.INV.
7. Cotisations acquises à l'année						
8. Rapport p/c (charge nette/cotisations acquises) en %, 4/7 en %						
(1) Capitaux de rentes constituées dans l'exercice inclus. (2) Frais de gestion inclus. (3) 1 + 2 + 3 (4) Par dérogation aux dispositions du 1er alinéa de la présente annexe, les montants portés à cette ligne sont portés en euros.						

Article Annexe C11 à l'article A114-5

ÉTAT C11 : PRESTATIONS PAR ANNÉE DE SURVENANCE

Les mutuelles pratiquant les opérations visées au a, c, d ou e du 1 de I de l'article L. 111-1 établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état de leurs prestations, par année de survenance, pour chacune des catégories, sous-catégories ou totalisations d'opérations suivantes, les opérations données en substitution, les opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable et les opérations assimilées en application de l'article A. 114-1 étant exclues.

a) Affaires directes souscrites en France ;

- dommages corporels : opérations individuelles non données en substitution - ensemble (sous-catégories 2011, 2021 et 2031) ;

- dommages corporels : opérations individuelles non données en substitution, garantie frais de soins (sous-catégories 2011 et 2031) ;

- dommages corporels : opérations individuelles non données en substitution, autres garanties (sous-catégorie 2021) ;

- dommages corporels : opérations collectives non données en substitution, ensemble (sous-catégories 2111, 2121, 2131 et 2141) ;

- dommages corporels : opérations collectives non données en substitution, garanties frais de soins (sous-catégories 2111 et 2131) ;

- dommages corporels : opérations collectives non données en substitution, autres garanties (sous-catégories 2121 et 2141) ;

- protection juridique (catégorie 29) ;

- assistance (catégorie 30) ;

- pertes pécuniaires diverses (catégorie 31) ;

- total des affaires directes souscrites en France (catégories 20 à 31) ;

b) Autres opérations ;

- total des opérations des catégories 20 à 31, souscrites en LPS depuis la France ;

- total des acceptations en France couvrant les catégories 20 à 31 ;

- total Union européenne hors la France : opérations directes et acceptées des catégories 20 à 31 ;

- total hors Union européenne ; opérations directes et acceptées des catégories 20 à 31.

Tableau A : Nombre de prestations payées ou à payer

ANNÉE de survenance	N - 5 et antérieurs	N - 4	N - 3	N - 2	N - 1	EX. inv.	TOTAL
1. Terminés à l'ouverture de l'exercice inventorié (1)	X					X	X
2. Réouverts dans l'exercice							
3. Terminés dans l'exercice inventorié							
4. Restant à payer à la clôture de l'exercice inventorié (2)							
5. Total 1 - 2 + 3 + 4	X						X
6. Dont déclaré dans l'exercice inventorié							

(1) 1 - 2 + 3 de l'année précédente.(2) Cette ligne doit comprendre l'estimation du nombre de prestations mais non déclarées.

Tableau B : Prestations, paiements et provisions

ANNÉE de survenance	N - 5 et antérieurs	N - 4	N - 3	N - 2	N - 1	EX. inv.	TOTAL
1. Paiements de prestations dans l'exercice inventorié							
2. Capitaux de rente constitués dans l'exercice inventorié							
3. Provisions pour prestations à payer à la clôture de l'exercice inventorié							
4. Participations aux excédents incorporées dans l'exercice dans les prestations payées ou provisionnées							
5. Total (1 - 2 + 3 + 4)							
6. Provisions pour prestations à payer à l'ouverture de l'exercice inventorié						X	
7. Paiements de prestations et capitaux de rentes constitués cumulés des exercices antérieurs à l'exercice inventorié	X					X	X

Tableau C : Recours

ANNÉE de survenance	N - 5 et antérieurs	N - 4	N - 3	N - 2	N - 1	EX. inv.	TOTAL
1. Recours encaissés dans l'exercice inventorié							
2. Prévisions de recours restant à encaisser à la clôture de l'exercice inventorié							
3. Total							
4. Prévisions de recours restant à encaisser à						X	

ANNÉE de survenance	N - 5 et antérieurs	N - 4	N - 3	N - 2	N - 1	EX. inv.	TOTAL
l'ouverture de l'exercice inventorié							
5. Recours encaissés cumulés des exercices antérieurs à l'exercice inventorié	X					X	X

Tableau D : Frais de gestion des prestations et des recours

ANNÉE de survenance	N - 5 et antérieures	N - 4	N - 3	N - 2	N - 1	EX. inv.	TOTAL
1. Frais de gestion payés dans l'exercice inventorié							
2. Provisions pour frais de gestion à payer à la clôture de l'exercice inventorié							
3. Total							
4. Provisions pour frais de gestion à payer à l'ouverture de l'exercice inventorié						X	
5. Frais de gestion payés cumulés des exercices antérieurs à l'exercice inventorié	X					X	X

Article Annexe C12 à l'article A114-5

ÉTAT C12 : PRESTATIONS ET RÉSULTATS PAR ANNÉE DE SOUSCRIPTION

Les mutuelles pratiquant des opérations visées au a, c, d ou e du 1 du I de l'article L. 111-1 établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état de leurs cotisations et de leurs résultats, par année de souscription des contrats, pour chacune des six totalisations d'opérations ci-après.

a) Affaires directes souscrites en France :

- opérations de la catégorie 38 ;
- opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable des catégories 20 à 31, y compris opérations assimilées en application du dernier alinéa de l'article A. 114-1 :
- total des affaires directes en France
- total des affaires directes en France non données en substitution
- total des affaires directes en France données en substitution

b) Autres opérations :

- total des opérations en LPS, acceptées et à l'étranger.

Tableau A. - Prestations, paiements et provisions, par année de souscription (1).

ANNÉE DE SOUSCRIPTION	N - 5 et ant.	(N - 4)	(N - 3)	(N - 2)	(N - 1)	EX. inv.	TOTAL
1. Paiements de prestations dans l'exercice inventorié							

ANNÉE DE SOUSCRIPTION	N - 5 et ant.	(N - 4)	(N - 3)	(N - 2)	(N - 1)	EX. inv.	TOTAL
2. Frais de gestion payés dans l'exercice inventorié							
3. Recours encaissés dans l'exercice inventorié							
4. Provisions pour prestations à payer à la clôture de l'exercice inventorié							
5. Provisions pour frais de gestion à payer à la clôture de l'exercice inventorié							
6. Prévion de recours restant encaisser à la clôture de l'exercice inventorié							
7. Autres provisions techniques à la clôture de l'exercice inventorié (1)							
8. Sous-total (lignes 1 + 2 - 3 + 4 + 5 - 6 + 7)							
9. Provisions pour prestations à payer à l'ouverture de l'exercice inventorié							
10. Provisions pour frais de gestion à payer à l'ouverture de l'exercice inventorié							
11. Prévion de recours restant à encaisser à l'ouverture de l'exercice inventorié							
12. Autres provisions techniques à l'ouverture de l'exercice inventorié (1)							
13. Augmentation des cotisations acquises (2)							
14. Participations aux excédents incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou provisionnées							
15. Sous-total (lignes 9 + 10 - 11 + 12 + 13 + 14)							
(1) Provisions pour cotisations non acquises nettes de frais d'acquisition reportés, provisions pour risques en cours, provisions pour risques croissants. (2) Nettes de frais d'acquisition.							

Tableau B : Rapport p/c par année de souscription

ANNÉE DE SURVENANCE	N - 5 et antérieurs	N - 4	N - 3	N - 2	N - 1	EX. INV.
1. Cumul des paiements, nets de recours, au cours des exercices antérieurs (1)						
2. Paiements, nets de recours, au cours de l'exercice inventorié (1)						
3. Provisions pour prestations à la fin de l'exercice inventorié (1) (2)						
4. Charge nette de recours						

ANNÉE DE SURVENANCE	N - 5 et antérieurs	N - 4	N - 3	N - 2	N - 1	EX. INV.
5. Cumul des participations aux excédents incorporés dans l'exercice aux prestations payées ou provisionnées						
6. Cotisations acquises à l'année (3)						
7. Coûts net/cotisations en % (4)						
(1) Frais de gestion inclus. (2) Provisions pour cotisations non acquises nettes de frais d'acquisition reportés, provisions pour risques en cours, provisions pour risques croissants et provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours. (3) Cumul des cotisations, nettes d'annulations, émises au titre de l'année de souscription considérée, augmenté de l'estimation des cotisations à émettre, nette des cotisations à annuler. (4) Ligne 4 - ligne 5/ligne 6.						

Article Annexe C13 à l'article A114-5

ÉTAT C13 : PART DES RÉASSUREURS DANS LES PRESTATIONS

Les mutuelles pratiquant des opérations visées au a, c, d ou e du 1o du I de l'article L. 111-1 établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état retraçant la part des cessionnaires et récessionnaires dans les prestations.

Tableau A : Prestations au titre d'opérations relevant des catégories 20 à 31 (affaires directes en France)

ANNÉE DE SURVENANCE	N - 5 et antérieurs	N - 4	N - 3	N - 2	N - 1	EX. INV.	Total
1. Paiements dans l'exercice inventorié							
2. Capitaux de rente constitués dans l'exercice inventorié							
3. Provisions pour prestations à payer à la clôture de l'exercice inventorié							
4. Participation aux excédents incorporée dans l'exercice dans les prestations payées ou provisionnées							
5. Total 1 + 2 + 3 + 4							
6. Provisions pour prestations à payer à l'ouverture de l'exercice inventorié							

Tableau B : Prestations au titre d'opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable relevant des catégories 20 à 31 y compris opérations assimilées et au titre des opérations relevant de la catégorie 38 (affaires directes en France)

ANNÉE DE SURVENANCE	N - 5 et antérieurs	N - 4	N - 3	N - 2	N - 1	EX. INV.	Total
1. Paiements dans l'exercice inventorié							
2. Provisions techniques à la clôture de l'exercice inventorié							
3. Total 1 + 2							
4. Provisions techniques à l'ouverture de l'exercice inventorié							

ANNÉE DE SURVENANCE	N - 5 et antérieurs	N - 4	N - 3	N - 2	N - 1	EX. INV.	Total
5. Augmentation des cotisations acquises et autres ressources (3)							
6. Total 4 + 5							
(3) Les autres ressources sont la contribution des cessionnaires et des rétrocessionnaires dans les participations aux excédents incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou provisionnées.							

Tableau C : Prestations au titre d'opération relevant des catégories 20 à 31 (LPS, acceptations et opérations à l'étranger)

ANNÉE DE SURVENANCE	N - 5 et antérieurs	N - 4	N - 3	N - 2	N - 1	EX. INV.	Total
1. Paiements dans l'exercice inventorié							
2. Capitaux de rente constitués dans l'exercice inventorié							
3. Provisions pour prestations à payer à la clôture de l'exercice inventorié							
4. Participation aux excédents incorporés dans l'exercice dans les prestations payées ou provisionnées							
5. Total 1 + 2 + 3 + 4							
6. Provisions pour prestations à payer à l'ouverture de l'exercice inventorié							

Tableau D : Prestations au titre d'opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable relevant des catégories 20 à 31 y compris opérations assimilées et au titre des opérations relevant de la catégorie 38 (LPS, acceptations et opérations à l'étranger)

ANNÉE DE SURVENANCE	N - 5 et antérieurs	N - 4	N - 3	N - 2	N - 1	EX. INV.	Total
1. Paiements dans l'exercice inventorié							
2. Provisions techniques à la clôture de l'exercice inventorié							
3. Total 1 + 2							
4. Provisions techniques à l'ouverture de l'exercice inventorié							
5. Augmentation des cotisations acquises et autres ressources (3)							
6. Total 4 + 5							
(3) Les "autres ressources" sont la contribution des cessionnaires et des rétrocessionnaires dans les participations aux excédents incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou provisionnées.							

Article Annexe C20 à l'article A114-5

ÉTAT C20 : MOUVEMENTS DES BULLETINS D'ADHÉSION AUX RÈGLEMENTS OU DES CONTRATS DES CAPITAUX ET RENTES

Les mutuelles agréées pour pratiquer des opérations visées au b du 1o du I de l'article L. 111-1 établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état retraçant les mouvements des bulletins d'adhésion aux règlements, des contrats, des capitaux et des rentes au cours de l'exercice inventorié.

MOUVEMENTS		CATÉGORIE ou sous-catégorie
En cours à l'ouverture de l'exercice	Nombre (1)	
	Montant	
Entrées		
Souscriptions	Nombre	
	Montant	
Remplacements ou transformations	Nombre	
	Montant	
Revalorisations (3)	Nombre (4)	
	Montant	
Total des entrées sauf revalorisations pour le total nombre	Nombre	
	Montant	
Sorties		
Sans effet	Nombre	
	Montant	
Remplacements ou transformations	Nombre	
	Montant	
Echéances	Nombre	
	Montant	
Sinistres (5)	Nombre	
	Montant	
Extinctions	Nombre	
	Montant	
Rachats	Nombre	
	Montant	
Réductions	Nombre (4)	
	Montant	
Résiliations	Nombre	
	Montant	
Total des sorties sauf réductions pour le total nombre	Nombre	
	Montant	
En cours à la clôture de l'exercice	Nombre	
	Montant	
<small>(1) Nombre de bulletins d'adhésion aux règlements et de contrats. (2) Capitaux ou rentes annuelles. (3) Revalorisations au cours de l'exercice : indexations, incorporations de participations aux excédents. (4) Les nombres figurant sur cette ligne ne s'additionnent pas dans le total. (5) Pour les opérations relevant de la branche 24 (capitalisation), cette rubrique enregistre les remboursements par tirage au sort.</small>		

Cet état comporte en colonnes les catégories et sous catégories suivantes d'opérations directes en France :

Opérations de capitaux en euros ou en devises

Opérations de capitalisation à cotisation unique ou versements libres (catégorie 01).

Opérations de capitalisation à cotisations périodiques (catégorie 02).

Opérations individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) : temporaires décès (catégorie 03).

Autres opérations individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) à cotisation unique ou versements libres (sous-catégorie 042).

Autres opérations individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) à cotisations périodiques (sous-catégorie 052).

Opérations collectives en cas de décès (catégorie 06).

Autres opérations collectives en cas de vie (sous-catégorie 072).

Opérations de nuptialité-natalité (catégorie 12).

Opérations de capitaux en unités de compte

Opérations de capitalisation à cotisation unique ou versements libres (sous-catégorie 081).

Opérations de capitalisation à cotisations périodiques (sous-catégorie 091).

Opérations individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) : temporaires décès (sous-catégories 082 et 092).

Autres opérations individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) à cotisation unique ou versements libres (sous-catégorie 084).

Autres opérations individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) à cotisations périodiques (sous-catégorie 94).

Opérations collectives en cas de décès (sous-catégories 085, 086, 095 et 096).

Autres opérations collectives en cas de vie (sous-catégories 088 et 098).

Opérations de rentes en euros ou en devises

Rentes individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) différées en cours de constitution (partie des sous-catégories 041 et 051) (1).

Rentes individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) en service (partie des sous-catégories 041 et 051) (1).

Rentes collectives en cas de vie différées en cours de constitution (partie de la sous-catégorie 071) (2).

Rentes collectives en cas de vie en service (partie de la sous-catégorie 071) (2).

Opérations de rentes en unités de compte

Rentes différées en cours de constitution (partie des sous-catégories 083, 087, 093, et 097) (3).

Rentes en service (partie des sous-catégories 083, 087, 093, et 097) (3).

Les opérations en unités de compte sont converties en euros à la contre-valeur de l'unité de compte à la date d'inventaire et regroupées toutes unités de compte confondues. La mutuelle détient le détail de chaque catégorie ou sous-catégorie par unité de compte.

(1) L'addition des éléments relatifs aux rentes individuelles différées en cours de constitution et aux rentes individuelles en service est égale au total des éléments relatifs aux sous-catégories 041 et 051.

(2) L'addition des éléments relatifs aux rentes collectives différées en cours de constitution et aux rentes collectives en service est égale au total des éléments relatifs à la sous-catégorie 071.

(3) L'addition des éléments relatifs aux rentes différées en cours de constitution et aux rentes en service est égale au total des éléments relatifs aux sous-catégories 083, 087, 093 et 097.

Article Annexe C21 à l'article A114-5

ÉTAT C21 : ÉTAT DÉTAILLÉ DES PROVISIONS ET ENGAGEMENTS TECHNIQUES

Les mutuelles pratiquant des opérations visées au b du 1o du I de l'article L. 111-1 établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état détaillé de leurs provisions techniques.

L'état est constitué de deux ensembles de lignes :

A. - Le premier ensemble de lignes est ordonné en quatre-vingt-sept rubriques correspondant aux catégories, sous-catégories ou regroupements d'opérations définies à l'état C 4 :

I. - Opérations directes en France : catégories ou sous-catégories 01, 02, 031, 032, 041, 042, 051, 052, 061, 062, 071, 072, 081, 082, 083, 084, 085, 086, 087, 088, 091, 092, 093, 094, 095, 096, 097, 098, 10, 11111, 11112, 11113, 11121, 11122, 11123, 11131, 11132, 11133, 11134, 11135, 11141, 11142, 11143, 11144, 11145, 1115, 11211, 11212, 11213, 11221, 11222, 11223, 11231, 11232, 11233, 11234, 11235, 11241, 11242, 11243, 11244, 11245, 1125, 121, 122, 2011, 2012, 2021, 2022, 2031, 2032, 2111, 2112, 2121, 2122, 2131, 2132, 2141, puis 2142 ;

II. - Opérations en libre prestation de services par un établissement en France ;

III. - Acceptations en réassurance par un établissement en France ;

IV. - Opérations des succursales établies dans l'Union européenne (hors la France), détaillées par rubriques a, b, puis c ;

V. - Opérations des succursales établies hors de l'Union européenne, détaillées par rubriques a, b, puis c.

Ce premier ensemble comporte une ligne par règlement ou contrat type en cours. Chaque règlement ou contrat type est identifié par sa dénomination ; les différentes versions d'un contrat type proposé sous une même dénomination sont à considérer comme des règlements ou des contrats distincts. Chaque rubrique est totalisée. Les provisions techniques relatives aux garanties en euros ou en devises des opérations en unités de compte sont indiquées sur une ligne distincte rattachée au règlement ou au contrat.

Sous réserve de respecter la décomposition par régime de participation aux excédents, les mutuelles peuvent regrouper au sein de chaque rubrique les règlements ou contrats types dont les provisions techniques représentent moins de 0,5 % du total des provisions techniques afférentes aux opérations directes en France ;

B. - Le deuxième ensemble de lignes retrace les provisions et engagements techniques communs à plusieurs règlements ou contrats types :

- d'abord, celles des provisions pour participation aux excédents qui ne sont pas propres à un règlement ou contrat type ;

- ensuite, les autres provisions techniques, notamment provisions pour aléas financiers, provisions de gestion, provision pour risque d'exigibilité des engagements techniques.

L'état est complété par un total général.

L'état comporte les colonnes suivantes :

- dénomination du règlement ou du contrat type ;
- nombre de bulletins d'adhésion aux règlements et de contrats en cours à la clôture de l'exercice ;
- taux d'intérêt garanti ;
- capitaux ou rentes garantis donnés en substitution ;
- capitaux ou rentes garantis non donnés en substitution ;
- cotisations émises données en substitution dans l'exercice, nettes d'annulations ;
- cotisations émises non données en substitution dans l'exercice, nettes d'annulations ;
- provisions mathématiques à la clôture de l'exercice, hors engagements donnés en substitution ;
- provisions pour participations aux excédents à la clôture de l'exercice, hors engagements donnés en substitution ;
- autres provisions techniques spécifiques au règlement ou au contrat à la clôture de l'exercice, hors engagements donnés en substitution ;
- engagements techniques sur opérations données en substitution ;
- capitaux ou rentes cédés ;
- capitaux ou rentes donnés ;
- cotisations cédées ;
- cotisations données ;
- provisions mathématiques cédées à la clôture de l'exercice ;
- part des garants dans les provisions mathématiques à la clôture de l'exercice ;
- provisions pour participation aux excédents cédées à la clôture de l'exercice ;
- part des garants dans les provisions pour participation aux excédents à la clôture de l'exercice ;
- autres provisions techniques spécifiques au règlement ou au contrat cédées à la clôture de l'exercice ;
- part des garants dans les autres provisions techniques spécifiques au règlement ou au contrat à la clôture de l'exercice.

Annexes à l'article A114-7

Article Annexe T1 à l'article A114-7

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

État T1 : Flux trimestriels relatifs aux opérations en France

Les mutuelles et les unions établissent trimestriuellement, selon le modèle fixé ci-après, un état relatif à leurs opérations réalisées en France au cours du trimestre écoulé.

Quatre trimestres précédents	Trimestre T-7	Trimestre T-6	Trimestre T-5	Trimestre T-4	Cumul
Nombre de contrats souscrits					
Nombre de prestations ouvertes (1)					
Cotisations émises nettes d'annulations (2)					
Prestations payées (2)					
Frais d'acquisition et d'administration (2)					
Produits des placements (2)					
Quatre derniers trimestres	Trimestre T-3	Trimestre T-2	Trimestre T-1	Trimestre courant	Cumul
Nombre de contrats souscrits					
Nombre de prestations ouverts (1)					
Cotisations émises nettes d'annulations (2)					
Prestations payées (2)					
Frais d'acquisition et d'administration (2)					
Produits des placements (2)					

(1) En vie et capitalisation, prestations, sorties par tirage, échéances et rachats totaux. (2) Montants extraits du grand livre au dernier jour ouvrable de chaque trimestre civil avant toute opération d'inventaire.

Article Annexe T2 à l'article A114-7

ETAT T2 : Encours trimestriel des placements

1. Opérations autres que les PERP et les opérations collectives définies aux articles L. 222-1 et suivants :

DÉSIGNATION	ENCOURS					
	A la fin du trimestre inventorié			A la fin du trimestre précédent		
	Valeur brute	Valeur nette	Valeur de réalisation	Valeur brute	Valeur nette	Valeur de réalisation
A. - Placements mentionnés à l'article R. 212-31						
I. - Placements non représentatifs de contrats en unités de compte						
1. Obligations et autres valeurs émises ou garanties par l'un des États membres de l'OCDE						
2. Obligations, parts de fonds communs de créance et titres participatifs négociés sur un marché reconnu,						

DÉSIGNATION	ENCOURS					
	A la fin du trimestre inventorié			A la fin du trimestre précédent		
	Valeur brute	Valeur nette	Valeur de réalisation	Valeur brute	Valeur nette	Valeur de réalisation
autres que celles ou ceux visés au 1						
3. Titres de créances négociables admissibles d'un an au plus						
4. Bons à moyen terme négociables admissibles						
5. Actions de Sicav et parts de FCP d'obligations et de titres de créances négociables						
Total placements obligataires						
Dont titres mis en pension et titres empruntés ou achetés à réméré						
6. Actions et titres assimilés cotés sur des marchés reconnus, à l'exclusion de ceux émis par des organismes d'assurance						
7. Titres non cotés sur des marchés reconnus, à l'exclusion de ceux émis par des organismes d'assurance						
8. Parts de FCP à risques (dont FCP dans l'innovation) et fonds communs de proximité						
9. OPCVM contractuels, OPCVM à procédure allégée, FCP à risques allégés						
10. OPCVM à règles allégées, à l'exception des OPCVM de fonds alternatifs						
11. OPCVM de fonds alternatifs						
12. Actions d'organismes d'assurance, de réassurance ou de capitalisation ayant leur siège social dans l'OCDE						
13. Actions d'organismes d'assurance, de réassurance ou de capitalisation ayant leur siège social hors de l'OCDE						
14. Actions de SICAV et parts de FCP diversifiés						
Total des actions et titres assimilés						
15. Droits réels immobiliers						
16. Parts de sociétés immobilières ou foncières non cotées (y compris les avances en compte courant)						
Total des placements immobiliers						
17. Prêts obtenus ou garantis par les États						

DÉSIGNATION	ENCOURS					
	A la fin du trimestre inventorié			A la fin du trimestre précédent		
	Valeur brute	Valeur nette	Valeur de réalisation	Valeur brute	Valeur nette	Valeur de réalisation
membres de l'OCDE ou assimilés						
18. Prêts hypothécaires						
19. Avances sur polices						
20. Prêts de titres garantis par des espèces						
21. Autres prêts de titres garantis						
22. Autres prêts						
Total des prêts						
II. - Placements représentatifs de contrats en unités de compte						
23. Fonds en dépôt						
24. Placements immobiliers représentatifs de contrats en unités de compte						
25. Autres placements représentatifs de contrats en unités de compte						
Total A						
B. - Autres placements						
26. Valeurs mobilières						
Dont titres mis en pension et titres empruntés ou achetés à réméré						
27. Immeubles et parts de sociétés immobilières non cotées						
28. Prêts de titres non garantis						
29. Autres prêts						
30. Fonds en dépôt						
Total B						
C. - Instruments financiers à terme						
31. Instruments financiers à terme liés à des produits de taux						
32. Instruments financiers à terme liés à des actions et actifs assimilés						
33. Autres instruments financiers à terme						
Total C						
Total A + B + C						
Dont titres mis en pension et titres empruntés ou achetés à réméré						
Engagements reçus (1)						
Engagements donnés (1)						

1. Hors instruments financiers à terme et hors nantissements.

2. PERP et opérations collectives définies aux articles L. 222-1 et suivants :

DÉSIGNATION	ENCOURS					
	A la fin du trimestre inventorié			A la fin du trimestre précédent		
	Valeur brute	Valeur nette	Valeur de réalisation	Valeur brute	Valeur nette	Valeur de réalisation
A. - Placements mentionnés à l'article R. 212-31 non représentatifs de contrats en unités de compte						
1. Obligations et autres valeurs émises ou garanties par l'un des Etats membres de l'OCDE						
2. Obligations, parts de fonds communs de créance et titres participatifs négociés sur un marché reconnu, autres que celles ou ceux visés au 1						
3. Titres de créances négociables admissibles d'un an au plus						
4. Bons à moyen terme négociables admissibles						
5. Actions de Sicav et parts de FCP d'obligations et de titres de créances négociables						
Total placements obligataires						
Dont titres mis en pension et titres empruntés ou achetés à réméré						
6. Actions et titres assimilés cotés sur des marchés reconnus, à l'exclusion de ceux émis par des organismes d'assurance						
7. Titres non cotés sur des marchés reconnus, à l'exclusion de ceux émis par des organismes d'assurance						
8. Parts de FCP à risques (dont FCP dans l'innovation) et fonds communs de proximité						
9. OPCVM contractuels, OPCVM à procédure allégée, FCP à risques allégés						
10. OPCVM à règles allégées, à l'exception des OPCVM de fonds alternatifs						
11. OPCVM de fonds alternatifs						
12. Actions d'organismes d'assurance, de réassurance ou de capitalisation ayant leur siège social dans l'OCDE						
13. Actions d'organismes d'assurance, de réassurance ou de capitalisation ayant leur siège social hors de l'OCDE						
14. Actions de SICAV et parts de FCP diversifiés						

DÉSIGNATION	ENCOURS					
	A la fin du trimestre inventorié			A la fin du trimestre précédent		
	Valeur brute	Valeur nette	Valeur de réalisation	Valeur brute	Valeur nette	Valeur de réalisation
Total des actions et titres assimilés						
15. Droits réels immobiliers						
16. Parts de sociétés immobilières ou foncières non cotées (y compris les avances en compte courant)						
Total des placements immobiliers						
17. Prêts obtenus ou garantis par les Etats membres de l'OCDE ou assimilés						
18. Prêts hypothécaires						
19. Avances sur polices						
20. Prêts de titres garantis par des espèces						
21. Autres prêts de titres garantis						
22. Autres prêts						
Total des prêts						
Total A						
B. - Autres placements						
23. Valeurs mobilières						
Dont titres mis en pension et titres empruntés ou achetés à réméré						
24. Immeubles et parts de sociétés immobilières non cotées						
25. Prêts de titres non garantis						
26. Autres prêts						
27. Fonds en dépôt						
Total B						
C. - Instruments financiers à terme						
28. Instruments financiers à terme liés à des produits de taux						
29. Instruments financiers à terme liés à des actions et actifs assimilés						
30. Autres instruments financiers à terme						
Total C						
Total A + B + C						
Dont titres mis en pension et titres empruntés ou achetés à réméré						
Engagements reçus (1)						
Engagements donnés (1)						

1. Hors instruments financiers à terme et hors nantissements.

Article Annexe T3 à l'article A114-7

ÉTAT T 3 : SIMULATIONS ACTIF-PASSIF

Les mutuelles et les unions établissent trimestriellement, selon le modèle fixe ci-après, un état retraçant l'incidence sur la valeur de réalisation de leurs placements ainsi que sur leurs provisions mathématiques, des hypothèses figurant ci-dessous.

PRODUITS DE TAUX	E(TEC 10)	E(TEC 10)	E(TEC 10)	E(TEC 10) (1)	TEC 10	E(TEC 10)	E(TEC 10)
	- 300 pb	- 200 pb	- 100 pb			+ 200 pb	+ 400 pb
Cotés							
Non cotés							
Total							
Instruments à terme liés (2)							

(1) E (TEC 10) est le nombre entier de centaines de points de base immédiatement inférieur à la valeur actuelle du TEC 10. (2) Les instruments à terme sont évalués à leurs coûts de remplacement déduits de chacune des valeurs de réalisation simulées sur les actifs sous-jacents.

ACTIONS ET ACTIFS ASSIMILÉS	- 40 %	- 30 %	- 20 %	- 10 %	VALEUR de réalisation
Cotés					
Non cotés					
Total					
Instruments à terme liés (1)					

(1) Les instruments à terme sont évalués à leurs coûts de remplacement déduits de chacune des valeurs de réalisation simulées sur les actifs sous-jacents.

ACTIFS IMMOBILIERS	- 40 %	- 30 %	- 20 %	- 10 %	VALEUR de réalisation
Cotés					
Non cotés					
Total					

ENGAGEMENTS d'assurance vie en euros, engagements viagers d'assurance non vie et PPE	E(TEC 10)	E(TEC 10)	E(TEC 10)	E(TEC 10)	TEC 10	E(TEC 10)	E(TEC 10)
	- 330 pb	- 230 pb	- 130 pb	- 30 pb	- 30 pb	+ 170 pb	+370 pb
Provisions pour participation aux excédents (1)							
Engagements en euros liés à des contrats rachetables (2)							
Autres engagements en francs							
Total							

(1) La provision pour participation aux excédents est évaluée à sa dernière valeur comptable connue. (2) Les provisions mathématiques sont évaluées avec application, au titre des charges de gestion, d'un abattement de 30 points de base à chacun des taux retenus.

ENGAGEMENTS EN UNITÉS DE COMPTE	- 40 %	- 30 %	- 20 %	- 10 %	Valeur de réalisation
Actif représentatif					
Engagements sans risque de placement					
Résultat probable lié aux engagements avec risque de placement					

AUTRES PROVISIONS TECHNIQUES	N	N + 1	N+ 2	N+ 3	N+ 4	N+5 et ultérieurs
Provisions pour cotisations non acquises						
Provision pour risques en cours						
Provisions pour prestations à payer						
Provisions pour risques croissants						
Total						

PREMIÈRES CONTREPARTIES (1)	VALEUR COMPTABLE		VALEUR DE RÉALISATION	
	Produits de taux	Autres	Produits de taux	Autres
1				
2				
3				
4				
5				

(1) Pour ces évaluations, une contrepartie est soit une société isolée, soit plusieurs sociétés appartenant au même groupe.

Annexes à l'article A114-9

Article Annexe E1 à l'article A114-9

État E 1 : Statistiques relatives aux différentes catégories d'opérations Les mutuelles et unions établissent un état E1 " Statistiques relatives aux différentes catégories d'opérations " selon le modèle ci-après :

RISQUES ET ENGAGEMENTS Effectifs au 31 décembre	OPÉRATIONS DIRECTES EN FRANCE			
	Collectives à adhésion obligatoire	Collectives à adhésion facultative	Individuelles	Total
Frais de santé :	.			
- nombre de cotisants (1)	.			
- nombre de personnes protégées (1)				
- nombre d'organismes adhérents				
Incapacité temporaire - Indemnités journalières :				
- nombre de cotisants (1)				
- nombre d'organismes adhérents				
Rentes d'invalidité :				
- nombre de rentes en cours de service				
- nombre de cotisants (1)				
- nombre d'organismes adhérents				
Chômage :				
- nombre de cotisants (1)				
- nombre d'organismes adhérents				
Indemnité et prime de fin de carrière :				
- nombre de bénéficiaires servis				
- nombre de cotisants (1)				
- nombre d'organismes adhérents				
Retraite supplémentaire (2) :				
- nombre de rentes en cours de service				

- nombre de cotisants (1)				
- nombre d'organismes adhérents				
Autres contrats d'épargne :				
- nombre de cotisants (1)				
- nombre d'organismes adhérents				
Dépendance :				
- nombre de cotisants (1)				
- nombre d'organismes adhérents				
Décès et invalidité totale et définitive :				
Capital décès et invalidité totale et définitive :				
- nombre de capitaux versés				
- nombre de cotisants (1)				
- nombre d'organismes adhérents				
Rente de conjoint survivant :				
- nombre de rentes en cours de service				
- nombre de cotisants (1)				
- nombre d'organismes adhérents				
Rente d'éducation ou d'orphelin :				
- nombre de rentes en cours de service				
- nombre de cotisants (1)				
- nombre d'organismes adhérents				
Autres risques et engagements :				
- nombre de cotisants (1)				
- nombre d'organismes adhérents				
Total avec double compte (3) :				
- nombre total de cotisants				
- nombre d'organismes adhérents				
Total sans double compte (3) :				
- nombre total de cotisants				
- nombre d'organismes adhérents				
(1) Cotisants : membres participants visés à l'article L. 114-1 du code de la mutualité (y compris ceux des mutuelles substituées). Les personnes protégées comprennent les membres participants et leurs ayant droits (y compris ceux des mutuelles substituées). (2) Epargne retraite facultative à sortie en rente viagère (soit souscrite à titre individuel [PERP, Préfon...] soit souscrite dans le cadre d'un plan d'épargne collectif salarial [PERCO]). (3) Le total avec double compte correspond à un nombre de contrats tandis que le total sans double compte correspond à un nombre de personnes. Ainsi, une personne cotisant pour deux types de contrat (par exemple pour les frais de santé et pour la retraite supplémentaire) sera comptée deux fois dans le total avec double compte alors qu'elle ne sera comptée qu'une fois dans le total sans double compte.				

Article Annexe E2 à l'article A114-9

Etat E 2 - Cotisations et prestations

Les mutuelles et unions établissent un état E2 "Cotisations et prestations" selon le modèle ci-après : Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

RISQUES ET engagements	OPÉRATIONS DIRECTES EN FRANCE							
	Collectives à adhésion obligatoire		Collectives à adhésion facultative		Individuelles		Total	
	Cotisations	Prestations	Cotisations	Prestations	Cotisations	Prestations	Cotisations	Prestations
Frais de santé (1) (2)	.							
dont autres prestations liées à la santé (3)	.							
Incapacité - invalidité (1)(2)								

- indemnités journalières								
- rentes d'invalidité								
Chômage (1)(2)								
Indemnité et prime de fin de carrière								
Retraite supplémentaire								
Autres contrats d'épargne								
Dépendance								
Décès :								
- capitaux								
- rente de conjoint survivant								
- rente d'éducation ou d'orphelin								
Autres risques et engagements								
Montant total								
(1) Cotisations au sens de la ligne 7. Cotisations acquises à l'année du tableau C de l'état C10 (2) Prestations au sens de la ligne 4. Charges nettes de recours du même tableau C. (3) Total autres prestations en espèces : selon ligne 23 de l'état E3								

Article Annexe E3 à l'article A114-9

Etat E 3 - Frais de santé et indemnités journalières versés au cours de l'exercice

Les mutuelles et unions proposant des garanties ventilées sous les codifications 20 et 21 au sens de l'état C4 défini en annexe à l'article A. 114-5 établissent un état E3 " frais de santé et indemnités journalières versés au cours de l'exercice" selon le modèle ci-après :

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

Tableau A : données techniques relatives au risque "santé" issues des systèmes de gestion,

données qui doivent être cohérentes avec la ligne 10-12 de l'état E4

DONNEES TECHNIQUES ISSUES DES SYSTEMES DE GESTION : Prestations versées du risque santé		OPERATIONS DIRECTES en France		TOTAL
		Individuelles	Collectives	
01	Champ couvert-en pourcentage des prestations versées nettes de recours (1)			
02	Ensemble des Hôpitaux (secteur public et secteur privé) (2)			
03	- dont frais d'hébergement en SLD, suppléments chambres particulières, lit accompagnant... (3)			
04	Soins ambulatoires (L05 + L06 + L07 + L10 + L11 + L12)			
05	1. Médecins exerçant en cabinet libéral (4)			
06	2. Auxiliaires en cabinets libéraux (5)			
07	3. Dentistes en cabinets libéraux			
08	- dont honoraires			
09	- dont prothèses			
10	4. Centres de Santé (Dispensaires...)			
11	5. Laboratoires d'analyse (6)			

12	6. Etablissements thermaux			
13	- dont hébergement (7)			
14	Transports des malades (ambulances, taxis, VSL...) (8)			
15	TOTAL PRESTATIONS DE SOINS (L02 + L04 + L14)			
16	Officines pharmaceutiques (médicaments)			
17	Distributeurs d'autres biens médicaux (L18 + L19 + L20)			
18	1. Optique			
19	2. Prothèses (sauf dentaires), orthèses, VHP (9)			
20	3. Petit matériel et pansements			
21	TOTAL BIENS MEDICAUX (L16 + L17)			
22	TOTAL DES PRESTATIONS VERSEES en SOINS et BIENS MEDICAUX (L15 + L21)			
23	Autres prestations liées à la santé (L24 + L25)			
24	EHPA et EHPAD des secteurs public et privé (10)			
25	Autres prestations liées à la santé (11)			
26	TOTAL DES PRESTATIONS VERSEES (L22 + L23)			

(1) Importance des opérations prises en compte dans ce tableau en pourcentage des sinistres payés nets de recours (ligne 10-12 de l'état E4-C42d). (2) Les frais d'hospitalisation incluent le forfait journalier hospitalier, le ticket modérateur des journées et des actes, les honoraires et prescriptions en activité libérale. (3) Ligne à renseigner dans la mesure où ces versements pour hébergement des soins de longue durée (SLD), chambres particulières, lits accompagnant... font partie des prestations de santé de l'organisme complémentaire. Ces versements sont en effet exclus du champ des comptes de la santé. (4) Honoraires médicaux y compris sages-femmes et frais de déplacement. (5) Actes d'auxiliaires médicaux y compris frais de déplacement. (6) Analyses médicales. (7) Ligne à renseigner dans la mesure où les versements pour hébergement en cures thermales font partie des prestations de santé de l'organisme complémentaire. Ces versements sont en effet exclus du champ des comptes de la santé. (8) VSL = Véhicule sanitaire léger. (9) VHP : véhicule pour handicapé physique. (10) EHPA = Etablissements pour Personnes âgées et EHPAD = Etablissements pour Personnes âgées Dépendantes. Ligne à renseigner si les versements correspondants relatifs à l'hébergement ou à la prise en charge de la dépendance font partie des prestations de santé de l'organisme complémentaire. Ces versements sont en effet exclus du champ des comptes de la santé. (11) Prestations liées à la santé non comptabilisées dans les rubriques précédentes (par exemple forfait naissance, allocations funéraires...).

Tableau B : données techniques relatives au risque "incapacité de travail" issues des systèmes de gestion

DONNEES TECHNIQUES ISSUES DES SYSTEMES DE GESTION : Prestations versées du risque incapacité de travail	OPERATIONS DIRECTES en France		TOTAL
	Individuelles	Collectives	
31	Indemnités journalières maladie		
32	Indemnités journalières maternité		
33	Indemnités journalières accidents du travail - maladie professionnelle		
34	TOTAL des indemnités journalières versées (L01 + L02 + L03)		

Article Annexe E4 à l'article A114-9

Etat E4. - Résultat technique en santé

Les mutuelles et unions proposant des garanties ventilées sous les codifications 201, 203, 211, 213 au sens de l'état C4 défini en annexe à l'article A. 114-5 établissent un état E4 "Résultat technique en santé".

Cet état comporte les colonnes suivantes :

- santé : total contrats individuels (catégories 201 et 203 de l'état C4 tel que défini à l'article A. 114-5) ;
- santé : contrats individuels non donnés en substitution (catégories 2011 et 2031 de l'état C4 tel que défini à l'article A. 114-5) ;
- santé : contrats individuels donnés en substitution (catégories 2012 et 2032 de l'état C4 tel que défini à l'article A. 114-5) ;

- santé : total contrats collectifs (catégories 211 et 213 de l'état C4 tel que défini à l'article A. 114-5) ;
- santé : contrats collectifs non donnés en substitution (catégories 2111 et 2131 tel que défini à l'article A. 114-5) ;
- santé : contrats collectifs donnés en substitution (catégories 2112 et 2132 tel que défini à l'article A. 114-5).

Les lignes de cet état correspondent strictement à celles de l'état C1 "Dommages corporels " telles que définies à l'article A. 114-5.

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

Article Annexe E5 à l'article A114-9

Etat E5. - Compléments CMU et gestion d'un régime obligatoire santé

Les mutuelles et unions proposant des garanties ventilées sous les codifications 201, 203, 211, 213 au sens de l'état C4 défini en annexe à l'article A. 114-5 établissent un état E 5 "Compléments CMU et gestion d'un régime obligatoire santé", selon le modèle ci-après. Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

	CODE du Plan comptable (*)	MONTANT (en milliers d'euros)
Gestion d'un Régime obligatoire de base		
Produits de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie	7450	
Charges de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie	6450	
CMU		
Participation légale reçue et à recevoir au titre de la CMU	7021	
Participation légale reçue et à recevoir au titre de l'ACS	(*)	
Prestations santé versées et à verser aux bénéficiaires de la CMU	6021	
Contribution versée à la CMU	6458	
(*) Numéro du poste du plan comptable dans lequel l'opération est enregistrée. Pour les mutuelles le numéro est ici précisé, pour les IP et les sociétés d'assurance le numéro sera à renseigner par l'organisme.		

Annexes à l'article A114-10

Article Annexe 1 à l'article A114-10

1. Renseignements généraux

La raison sociale de l'organisme consolidant ou combinant, son adresse, la date de sa constitution.

Les nom, date et lieu de naissance, nationalité, domicile et profession des membres du conseil d'administration de cet organisme.

Les nom, date et lieu de naissance, domicile, grade et fonction des personnels exerçant ces fonctions de direction au niveau de l'ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées.

Les nom, adresse et date de désignation des commissaires aux comptes titulaires et suppléants de l'organisme consolidant ou combinant.

Le statut fiscal de l'ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées.

Liste des organismes consolidés ou combinés avec indication lorsqu'ils appartiennent à une activité soumise à un contrôle (banques, assurances, services d'investissement) des autorités de contrôle auxquelles ils sont soumis ainsi que de la part détenue et du montant des fonds propres.

L'organigramme de l'ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées avec les pourcentages de détention.

La liste des prêts réalisés entre les organismes de l'ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées.

2. Compte de résultat, bilans consolidés ou combinés et annexe complétés par les rapports de gestion et des commissaires aux comptes

Lorsque l'organisme combinant ou consolidant a fait usage des facultés de dérogation prévues par le règlement CRC 2000-05 pour ne pas retraiter les comptes d'un organisme, les sources d'écart sont explicitées et accompagnées d'une estimation chiffrée.

Si l'ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées est soumis à obligation de publication des comptes par l'AMF, les documents établis en application de cette obligation sont joints au dossier annuel.

Les informations des points 3, 5 et 6 ne sont pas exigées pour les organismes assureurs mis en équivalence.

3. Etat de ventilation des principales données techniques (état G 1)

Ventilation par organismes assureurs des cotisations émises, soldes de souscription, provisions techniques et contribution aux résultats. Doivent figurer dans cet état tous les organismes assureurs représentant plus de 5 % des cotisations ou des provisions techniques. Les organismes dans un même pays formant un sous-ensemble établissant des comptes combinés ou consolidés peuvent être regroupés. Les données des autres organismes sont regroupées en trois rubriques : France, Union européenne (hors France), reste du monde. Cette ventilation s'effectue séparément pour les activités vie et non-vie.

4. Etat de marge ajustée (état G 2)

Un premier tableau établit l'exigence de marge en ventilant selon le mode de consolidation ou de combinaison et en indiquant, le cas échéant, les pourcentages appliqués pour les organismes assureurs en intégration proportionnelle ou mises en équivalence :

- pour les organismes établis dans l'Union européenne, cet état récapitule les exigences de marge de chaque organisme. S'il y a lieu, ce besoin de marge sera ensuite corrigé des incidences des cessions internes ;
- pour les organismes hors Union européenne sont récapitulés les besoins de fonds propres et assimilés découlant des législations nationales. Ces éléments seront éventuellement corrigés des incidences de la réassurance interne.

En pied de tableau sont indiquées à titre informatif pour les activités hors assurances réglementées les exigences de fonds propres découlant des législations régissant ces activités.

Un second tableau analyse la façon dont ces exigences sont satisfaites au niveau de l'ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées :

- fonds propres (part du groupe telle qu'elle figure au passif du bilan combiné) ;
- intérêts minoritaires et leur affectabilité aux différentes entités ;
- plus-values latentes et leur affectabilité aux différentes entités ;
- autres éléments éventuels.

5. Etat d'analyse de l'équilibre technique non-vie (état G 3)

Ventilation par organisme assureur des soldes de souscription séparant résultat de l'exercice et résultat de la liquidation sur exercices antérieurs. Ces données sont brutes de réassurance.

6. Etat d'analyse des provisions techniques vie (état G 4)

Ventilation des provisions techniques par organisme assureur et par type d'engagement : en unités de compte sans risque de placement, en unités de compte avec risque de placement, en euros ou en devises.

Ventilation des provisions techniques des engagements en euros ou en devises par organisme assureur et par taux d'intérêt utilisés pour leur calcul, par tranches de 0,5 %.

Ventilation des provisions techniques par organisme assureur et par type d'aléa viager : en cas de décès, en cas de vie, sans aléa viager.

Les organismes assureurs concernés sont ceux dont les provisions techniques vie représentent plus de 5 % du total des provisions techniques vie des comptes consolidés ou combinés. Les organismes formant un

sous-ensemble établissant des comptes combinés ou consolidés dans un même pays peuvent être considérés comme un seul organisme. Les autres organismes sont regroupés en trois rubriques :

France, Union européenne (hors France), reste du monde.

7. Etat d'analyse des activités hors assurances (état G 5)

Si celles-ci contribuent - positivement ou négativement - à plus de 5 % du résultat de l'ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées ou occupent plus de 5 % des effectifs de cet ensemble, les données significatives de ces activités font l'objet d'une ventilation par organisme. Les données qui doivent faire l'objet d'une ventilation sont celles qui sont retenues comme significatives dans les comptes consolidés ou combinés. Notamment, au niveau du chiffre d'affaires :

produit net bancaire, commissions de services financières, et au niveau du bilan : dépôts clientèles, crédits consentis.

Article Annexe 2 à l'article A114-10

Chaque mutuelle ou union soumise à la surveillance complémentaire fournit les tableaux suivants relatifs à l'ensemble formé par les organismes apparentés au sens de l'article L. 212-7-1 du code de la mutualité :

1. Etat des cessions en réassurance internes au groupe

(état G 10)

Tableau des cotisations cédées par cessionnaire.

Tableau des provisions techniques à la charge de chaque cessionnaire ; ne sont déclarées que les provisions cédées supérieures à 0,5 % des provisions brutes de réassurance.

Tableau de la charge de sinistres cédés.

Tableau des résultats de ces cessions par cessionnaire récapitulant les résultats supérieurs à 5 % du résultat brut de réassurance.

La forme de ces réassurances est précisée.

2. Etat des mouvements d'actifs internes au groupe (état G 11)

Cet état ne concerne pas les transactions réalisées à des conditions déterminées objectivement par ailleurs (titres cotés) sur des titres externes à l'ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées.

Au-delà d'un montant supérieur à 5 % de l'exigence de marge de solvabilité de la mutuelle ou union concernée, les ventes ou achats d'immeubles ou de titres à l'intérieur de l'ensemble formé par les mutuelles

ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées sont recensés, faisant apparaître l'organisme vendeur, l'organisme acheteur, la valeur comptable dans le premier, le prix de vente et la référence ayant permis d'établir celui-ci (expertise, capitalisation du résultat...).

Ceci inclut les souscriptions de titres émis par un organisme de l'ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées même s'ils sont destinés à être cotés.

3. Recensement des accords de partage de frais généraux (G 12)

Liste des GIE de moyens auxquels la mutuelle ou union participe et indication de sa contribution aux frais de ceux-ci.

Recensement des remboursements de frais ou prestations externes assurés par d'autres organismes de l'ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées dès lors qu'ils dépassent 10 % des frais de gestion de la mutuelle ou union.

4. Recensement des risques partagés solidairement (G 13)

Liste des GIE, pools et autres groupements de coassurance ou coréassurance dans lesquels la mutuelle ou union est solidaire sans limites des autres membres ; montants des provisions de sinistres à payer au bilan de ces groupements.

5. Recensement des opérations avec une personne physique (G 14)

Liste des opérations de toute nature avec une personne physique visée à l'article R. 213-6 dès lors qu'elles dépassent 5 % de l'exigence de marge de solvabilité de la mutuelle ou union.

6. Recensement des apports de fonds (G 15)

Liste des apports de fonds aux autres organismes de l'ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées sous toute forme, en distinguant les apports en capital, en éléments de marge et autres apports dès lors qu'ils dépassent 5 % du minimum de marge de solvabilité de la mutuelle ou union.

7. Recensement des engagements donnés (G 16)

Liste des engagements donnés aux autres organismes de l'ensemble formé par les mutuelles ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées dès lors qu'ils dépassent 5 % de l'exigence de marge de solvabilité de l'institution ou union.

Annexes à l'article A211-3

Article Annexe I

Etat consolidé des engagements pris ou repris par une mutuelle ou une union se substituant à d'autres organismes mutualistes établi sur la base du dernier exercice disponible (en Euros)

ENGAGEMENTS		Provisions mathématiques et de gestion		Autres provisions techniques*		TOTAL des provisions techniques (en Euros)	
		Brutes	Nettes	Brutes	Nettes	Brutes	Nettes
OPERATIONS NON VIE	Soins de santé						
	Indemnités Journalières						
	Invalidité-dépendance						
	Chômage						
	Décès accidentel						
	Autres garanties (à préciser)						
	Total des provisions Correspondant aux engagements non liés à la durée de la vie Humaines (en Euros)						
OPERATIONS VIE	Décès toutes cause						
	Rentes de survivants						
	Retraite						
	Epargne						
	Autres garanties (à préciser)						
	Total des provisions correspondant aux engagements liés à la durée de la vie humaine (en Euros)						
TOTAL en Euros							
* Opérations vie : participation aux excédents, aléas financiers, frais d'acquisition, capitalisation, exigibilité, égalisation.							
Opérations non vie : cotisations non acquises et risques en cours (liées aux cotisations perçues d'avance), capitalisation, prestations à payer, risques croissants, exigibilité, égalisation, réassurance d'opérations vie.							

Montant des capitaux sous risques (total des garanties décès souscrites)

Montant avant cession en réassurance	Montant après cession en réassurance

N.B. : Les provisions doivent être justifiées par des études actuarielles jointes au dossier, réalisées par des personnes dont la qualification et les diplômes seront indiqués. Ces études doivent signaler les éléments à partir desquels elles ont été établies, notamment les effectifs de cotisants et de prestataires, les tarifs, les montants de prestations, les tables et les taux d'actualisation.

Article Annexe II

Calcul du besoin de marge de solvabilité des unions et mutuelles reprenant les engagements d'autres organismes mutualistes (en euros)

ORGANISMES (nom et numéro d'identification)	COTISATIONS brutes HT du dernier exercice * (hors opérations liées à la durée de la vie humaine)	MOYENNE des prestations brutes des trois derniers exercices * (hors opérations vie)
Organisme se substituant à d'autres mutuelles		
Organismes cédant leurs engagements par le biais de la substitution: - mutuelle ou union 1		
- mutuelle ou union 2		

- etc.		
Mutuelles et unions devant fusionner avec l'organisme repreneur: - mutuelle ou no 1		
- mutuelle ou no 2		
- etc.		
Total consolidé pour l'organisme repreneur (en euros)		
* Pour les mutuelles antérieurement réassurées par l'organisme repreneur, indiquer les prestations et cotisations nettes (pour ne pas compter deux fois le même montant). Pour les mutuelles à garantir par le repreneur, n'indiquer que les prestations et cotisations relatives aux risques visés par la convention de substitution.		

Besoin de marge en fonction des cotisations brutes relatives aux opérations non vie et aux garanties complémentaires des opérations relevant des branches 20 à 22 :

Le total des deux tranches de cotisations brutes (jusqu'à 10 M€ et au-delà de 10 M€) est multiplié par le rapport des dernières prestations nettes sur les dernières prestations brutes, ce multiple ne pouvant être inférieur à 0,50.

Prestations du repreneur au dernier exercice (hors opérations vie)		
montant brut	montant net	rapport net/brut
1o tranche	(18 % jusqu'à 10 M€)	
2o tranche	(cotisations brutes - 10 M€) x 16 %	
Total des deux tranches multiplié par rapport net/brut		

Besoin de marge en fonction de la moyenne sur trois ans des prestations brutes relatives aux opérations non vie et aux garanties complémentaires des opérations relevant des branches 20 à 22 :

Le total des deux tranches de prestations brutes (26 % de la moyenne des prestations jusqu'à 7 M€ et 23 % au-delà) est multiplié par le rapport des dernières prestations nettes sur les dernières prestations brutes, ce multiple ne pouvant être inférieur à 0,50.

1o tranche	(26 % de 7 M€)
2o tranche	(moyenne des prestations - 7 M€) x 23 %
Total des deux tranches multiplié par rapport net/brut	

Pour la marge non vie, retenir le plus élevé des deux résultats ci-dessus.

Besoin de marge pour les opérations vie (total des deux résultats ci-dessous)

1o résultat à partir des provisions mathématiques et de gestion des opérations vie (cf. annexe I)			2o résultat à partir des capitaux sous risques ou total des garanties décès souscrites (cf. annexe I)		
montant brut	montant net	rapport net/brut	montant brut	montant net	rapport net/brut
1o résultat = (4 % du montant brut) x (rapport net/brut)*			2o résultat = (0,3 % du montant brut) x (rapport net/brut)**		
* Si le rapport net/brut est inférieur à 0,85, retenir 0,85. De plus, lorsqu'il n'y a pas de risque de placement pour les fonds d'investissement, les fonds collectifs et l'épargne exprimée en unités de compte, multiplier les provisions par 1 % (et non 4 %).					
** Si le rapport net/brut est inférieur à 0,50, retenir 0,50. De plus, pour les garanties décès temporaires, multiplier les capitaux sous risque par 0,1 % (au lieu de 0,3 %) si la durée maximale est de 3 ans, et par 0,15 % si elle est de 4 ou 5 ans.					

Le besoin global de marge est égal au total des marges vie et non vie calculées ci-dessus.

NB : si les rapports " net/brut " doivent baisser pour l'exercice suivant la signature de la convention, remplir un 2o état.

Article Annexe III

État consolidé, établi sur la base du dernier exercice disponible et des engagements reçus par l'organisme reprenneur à la date de dépôt du dossier, des éléments de la marge de solvabilité prévisionnelle des mutuelles et unions reprenant les engagements d'autres organismes mutualistes (en euros)

ORGANISMES (nom et numéro d'identification)	FONDS PROPRES à la fin du dernier exercice (hors augmentation prévue à la colonne suivante)	AUGMENTATION DES FONDS PROPRES par apports d'actifs au reprenneur (1) avant la fin de l'exercice suivant celui de la reprise des engagements	TITRES PARTICIPATIFS ou subordonnés émis par le reprenneur et non remboursés avant la fin de l'exercice suivant la reprise des engagements
Organisme reprenneur (union ou mutuelle appelée à se substituer à d'autres organismes mutualistes)			
Mutuelles et unions passant une convention de substitution avec l'organisme reprenneur	A		dont à durée indéterminée:
	B		dont à durée indéterminée:
	Etc.		
Mutuelles et unions ayant décidé de fusionner avec le reprenneur	1		
	2		
	Etc.		
Autres organismes souscripteurs de titres émis par le reprenneur ou lui apportant des fonds propres	1°		dont à durée indéterminée:
	2°		dont à durée indéterminée:
	Etc.		
Total consolidé pour l'organisme reprenneur			dont à durée indéterminée:

MARGE prévisionnelle	dont Fonds propres du dernier exercice (hors emprunts pour FE et FD)	dont EMPRUNTS pour fonds d'établissement (FE) ou de développement (FD)	TITRES PARTICIPATIFS ou subordonnés (émis ou à émettre)	APPORTS ultérieurs (réalisés ou promis)	dont RÉSULTATS prévisionnels	dont PLUS-VALUES LATENTES (2)
(1) Les cessions d'actifs au titre des provisions techniques ne sont pas comprises dans cette catégorie, ni les apports antérieurs de fonds propres (déjà inclus dans la colonne précédente). (2) Détaillées par catégories de valeurs mobilières et justifiées par une attestation d'un commissaire aux comptes.						

Annexe à l'article A212-14

Article Annexe à l'article A212-14

Pour le calcul du b du 1° de l'article A. 212-14, le tableau suivant pourra être utilisé pour le calcul des taux de rendement par échéance :

		EXERCICE N	N + 1	k = N + i pour i = 2, 3, 4 et 5	k = N + i pour i 1 5
Obligations	(A)	A(N)	A(N + 1)	A(k)	A(k)
Obligations amorties et arrivées à terme dans l'année	(B)		A(N + 1) - A(N)	B(k) = A(k) - A(k - 1)	B(k) = A(k) - A(k - 1)
Coupons de l'année	(C) = TME * (A)		A(N + 1) * TME	C(k) = A(k) * TME	C(k) = A(k) * TME
Coupons et réinvestissements d'obligations capitalisés	(D)		B(N + 1) * (1 + 75 % * TME)	D(k) = (B(k) + C(k - 1) + D(k - 1) * (1 + 75 % * TME)	D(k) = (B(k) + C(k - 1) + D(k - 1) * (1 + 60 % * TME)
Autres actifs	(E)	E(N)	E(N) * (1 + 75 % * TME)	E(k) = E(k - 1) *	E(k) = E(k - 1) *

		EXERCICE N	N +1	k = N + i pour i = 2, 3, 4 et 5	k = N + i pour i = 5
				(1 + 75 % * TME)	(1 + 60 % * TME)
Total actif	(F)=(A) + (C) + (D) + (E)	F(N)	F(N + 1)	F(k)	F(k)
Rendement	(G)		F(N + 1)/F(N) - 1	F(k)/F(k - 1) - 1	F(k)/F(k - 1) - 1