

Alliance des Mutualités Chrétiennes
Chaussée de Haecht 579
1031 Bruxelles

STATUTS

Version coordonnée en vigueur au 1^{er} juillet 2022

Les dernières modifications apportées à cette version coordonnée des statuts ont été:

- décidées par l'Assemblée Générale de l'Alliance le 25-11-2023 ;
- approuvées par le Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités le 29-03-2024.

***ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES
CHRÉTIENNES***

Assujettie à la loi du 6 août 1990
Reconnue par Arrêté Royal du 28 mai 1906

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. DÉFINITION – HISTORIQUE – NOM – SIÈGE ET CHAMP D’ACTION – COMPOSITION - OBJECTIF – OBJET ET SERVICES – AFFILIATION AUX SERVICES – ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DE L’ALLIANCE 4

Section 1.	Dispositions légales et réglementaires - Définitions.....	4
Article 1.	Dispositions légales et réglementaires et définitions.....	4
Section 2.	Historique – Forme juridique - Nom – Siège et Champ d’action - Composition	10
Article 2.	Historique.....	10
Article 3.	Forme juridique - Nom.....	10
Article 4.	Siège et Champ d’action	10
Article 5.	Composition	11
Section 3.	Objectif – missions, activités et services	11
Article 6.	Objectif	11
Article 7.	Missions, activités et services.....	11
Section 4.	Affiliation aux services de l’Assurance Complémentaire de l’Alliance et au service d’épargne prénuptiale.....	12
Article 8.	Affiliation aux services de l’Assurance Complémentaire de l’Alliance et au service d’épargne prénuptiale	12

CHAPITRE II. AFFILIATION ET DÉSAFFILIATION DES MUTUALITES AUPRES DE L’ALLIANCE – CONDITIONS DE PARTICIPATION À L’ASSURANCE OBLIGATOIRE FÉDÉRALE POUR LES MUTUALITÉS – SUBROGATION ET SUSPENSION DES COMPÉTENCES DES ORGANES DE LA MUTUALITÉ - PROCÉDURE LITIGES ENTRE L’ALLIANCE ET LES MUTUALITÉS 13

Section 1.	Affiliation et désaffiliation des Mutualités auprès de l’Alliance.....	13
Article 9.	Affiliation.....	13
Section 2.	Conditions de participation à l’Assurance Obligatoire Fédérale dans le chef des Mutualités – Subrogation et suspension des compétences des organes de la Mutualité.....	13
Article 10.	Conditions de participation à l’Assurance Obligatoire Fédérale dans le chef des Mutualités	13
Article 11.	Subrogation et suspension des compétences des organes de la Mutualité	14
Section 3.	Procédure de règlement des litiges entre l’Alliance et les Mutualités.....	14
Article 12.	Procédure litiges entre l’Alliance et les Mutualités	14

CHAPITRE III. LES ORGANES DE L’ALLIANCE – REMUNERATION DES MANDATS DANS LES ORGANES D’ADMINISTRATION – REPRESENTATION DE L’ALLIANCE – DESIGNATION D’UN REPRESENTANT DE L’ALLIANCE A L’ASSEMBLEE GENERALE ET AU CONSEIL D’ADMINISTRATION DES MUTUALITES 15

Section 1.	L’Assemblée Générale.....	15
Article 13.	Composition	15
Article 14.	Élection, démission et exclusion des délégués	15
Article 15.	Autres personnes pouvant assister aux réunions de l’Assemblée Générale	16
Article 16.	Compétences de l’Assemblée Générale.....	16
Article 17.	Convocation de l’Assemblée Générale	17
Article 18.	Quorum et vote	18
Article 19.	Organisation des réunions	19
Article 20.	[vide].....	20
Article 21.	Procès-verbaux.....	20
Article 22.	Règlement d’ordre intérieur	20
Section 2.	Le Conseil d’administration	21

Article 23.	Composition	21
Article 24.	Administrateurs ordinaires	21
Article 25.	Élection des administrateurs	22
Article 26.	Nomination Président - Vice-Président Exécutif - Vice-Présidents Volontaires - Directeurs Généraux - Directeur de l'audit interne.....	22
Article 27.	Autres personnes pouvant assister aux réunions du Conseil d'administration 23	
Article 28.	Fin du mandat d'administrateur - Remplacement des administrateurs	23
Article 29.	Compétences du Conseil d'administration	24
Article 30.	La Présidence	24
Article 31.	Remplacement du Président	24
Article 32.	Responsabilités des Directeurs Généraux envers le Conseil d'administration	25
Article 33.	Convocation du Conseil d'administration	25
Article 34.	Délibération, quorum et vote	25
Article 35.	Organisation des réunions	26
Article 36.	[vide].....	27
Article 37.	Procès-verbal.....	27
Article 38.	Règlement d'ordre intérieur	27
Section 3.	Le Bureau	28
Article 39.	Composition et désignation des membres	28
Article 40.	Compétences	28
Article 41.	Convocation et délibération	29
Article 42.	Organisation des réunions	29
Article 43.	[vide].....	29
Article 44.	Règlement d'ordre intérieur	29
Section 4.	Le Comité de direction.....	29
Article 45.	Composition et nomination des membres	29
Article 46.	Compétences et délibération	30
Article 47.	Règlement d'ordre intérieur	31
Section 5.	Le Comité d'audit.....	31
Article 48.	Compétences	31
Article 49.	Composition, délibération et désignation des membres	31
Article 50.	Règlement d'ordre intérieur	32
Section 6.	Le Comité de rémunération.....	32
Article 51.	Composition et délibération	32
Article 52.	Compétences	32
Article 53.	Règlement d'ordre intérieur	33
Section 7.	Le Comité de gestion des risques	33
Article 54.	Le Comité de gestion des risques	33
Section 8.	Le Conseil de la Santé de la Mutualité Chrétienne	33
Article 55.	Composition et désignation des membres	33
Article 56.	Compétences	33
Article 57.	Règlement d'ordre intérieur	34
Section 9.	Jetons de présence et remboursement de frais	34
Article 58.	Jetons de présence et remboursement de frais	34
Section 10.	Représentation de l'Alliance.....	34
Article 59.	Représentation de l'Alliance.....	34
Section 11.	Désignation d'un représentant de l'Alliance à l'Assemblée Générale et au Conseil d'administration de la Mutualité	35
Article 60.	Représentant de l'Alliance à l'assemblée générale et au conseil d'administration de la Mutualité	35
CHAPITRE IV. ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DE L'ALLIANCE ET EPARGNE PRENUPTIALE		36
Section 1.	Dispositions générales	36

Article 61.	Cotisations pour l'Assurance Complémentaire de l'Alliance.....	36
Article 62.	Avantages de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance	36
Article 63.	Stage d'attente.....	37
Article 64.	Concours.....	37
Section 2.	Les services qui sont des Opérations, tels que visés à l'article 3, b) et c) de la Loi du 6 août 1990.....	37
Article 65.	Aide médicale urgente, assistance et couverture des frais de maladie à l'étranger	37
Article 66.	Séjour de convalescence	43
Article 67.	Assistance juridique.....	45
Article 68.	Vacances récréatives	50
Section 3.	Les services qui ne sont pas des Opérations, tels que visés à l'article 67, al. 5 et 6 de la Loi du 26 avril 2010	50
Article 69.	Fonds spécial de réserve complémentaire.....	50
Article 70.	Centre Administratif – code 98/2.....	50
Article 71.	Subventionnement de structures socio-sanitaires.....	50
Article 72.	Information et promotion	54
Article 73.	Patrimoine.....	54
Section 4.	Service épargne prénuptiale	55
Article 74.	Epargne prénuptiale	55
Section 5.	Le service Centre Administratif code 98/1	60
Article 75.	Centre Administratif – code 98/1	60
CHAPITRE V. PRESCRIPTION		61
Article 76.	Prescription	61
CHAPITRE VI. DISPOSITIONS GÉNÉRALES		62
Section 1.	Modification des Statuts	62
Article 77.	Modification des Statuts	62
Section 2.	Fonds et répartition des fonds - Recettes des services - Clôture des comptes - Investissement des fonds	62
Article 78.	Fonds et répartition des fonds	62
Article 79.	Recettes des services.....	62
Article 80.	Clôture des comptes.....	62
Article 81.	Investissement des fonds	62
Section 3.	Collaboration.....	63
Article 82.	Collaboration.....	63
Section 4.	Dissolution de l'Union Nationale.....	63
Article 83.	Décision de dissolution.....	63
Article 84.	Nomination des liquidateurs.....	63
Article 85.	Utilisation des actifs	63
Section 5.	Cessation des services.....	64
Article 86.	Cessation des services.....	64
Section 6.	Entrée en vigueur des Statuts.....	64
Article 87.	Entrée en vigueur des Statuts.....	64
ANNEXE 1.	LISTE DES MUTUALITES ET SM AFFILIEES	65
ANNEXE 2.	TABLEAU DES COTISATIONS	66
ANNEXE 3.	ANNEXE A L'ARTICLE 71 (SUBVENTIONNEMENT DE STRUCTURES SOCIO-SANITAIRES)	67
ANNEXE 4.	ANNEXE A L'ARTICLE 73 (PATRIMOINE).....	68
ANNEXE 5.	ANNEXE A L'ARTICLE 74 (EPARGNE PRENUPTIALE)	69

CHAPITRE I. DÉFINITION – HISTORIQUE – NOM – SIÈGE ET CHAMP D’ACTION – COMPOSITION - OBJECTIF – OBJET ET SERVICES – AFFILIATION AUX SERVICES – ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DE L’ALLIANCE

Section 1. Dispositions légales et réglementaires - Définitions

Article 1. Dispositions légales et réglementaires et définitions

§1. Dispositions légales et réglementaires

Loi du 6 août 1990

Loi relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Loi du 14 juillet 1994

Loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Loi du 26 avril 2010

Loi portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

A.R. du 3 juillet 1996

Arrêté royal portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

A.R. du 7 mars 1991

Arrêté royal portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, article 14, § 3, et article 19, alinéas 3 et 4 , de la Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

A.R. du 2 mars 2011

Arrêté Royal portant exécution de l’article 67, al. 2 et 4 de la Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l’organisation de l’assurance maladie complémentaire (I).

A.R. du 12 mai 2011

Arrêté Royal portant exécution de l'article 67, alinéa 6, de la Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

A.R. du 15 janvier 2014

Arrêté royal relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

A.R. du 18 avril 2017

Arrêté Royal relatif à la passation des marchés publics dans les secteurs classiques.

§2. Définitions:

Administrateurs-Volontaires

Les administrateurs qui ne sont pas un Membre du personnel.

Alliance

L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes.

Assemblée Générale

L'organe de gestion organisé au Chapitre III, Section 1 des Statuts.

Assurance Complémentaire de l'Alliance

Les services énumérés à l'article 7, §2, 2., 3 et 4. des Statuts.

Assurance Obligatoire Fédérale

L'assurance obligatoire Fédérale soins de santé et indemnités, visée à l'article 3, alinéa premier, a) de la Loi du 6 août 1990 et qui est organisée par la Loi du 14 juillet 1994.

Assurance Obligatoire Régionale

Assurance obligatoire pour des prestations octroyées dans le cadre de la promotion du bien-être physique, psychique et social, qui relèvent de la compétence d'une autorité compétente autre que l'Etat fédéral, organisé par :

- Le Décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ;
- Le Décret du 8 novembre 2018 relatif aux organismes assureurs portant modification du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé ;
- L'Ordonnance du 21 décembre 2018 relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes.

Avantage

Les avantages, prestations ou interventions qui constituent les services de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance ou du service de l'Epargne prénuptiale.

Bénéficiaire

Un Titulaire ou sa Personne à charge qui peut prétendre au bénéfice des avantages, des prestations ou des interventions prévus par les services de l'Assurance Complémentaire organisés par l'Alliance ou du service de l'Epargne prénuptiale.

Bureau

L'organe de gestion organisé au Chapitre III, Section 3 des Statuts.

Conseil d'administration

L'organe de gestion organisé au Chapitre III, Section 2 des Statuts.

Comité d'Audit

Le comité organisé au Chapitre III, Section 5 des Statuts.

Comité de direction

L'organe de gestion organisé au Chapitre III, Section 4 des Statuts.

Comité de gestion des risques

Le comité organisé au Chapitre III, Section 7 des Statuts.

Comité de rémunération

Le comité organisé au Chapitre III, Section 6 des Statuts.

Conseil de la Santé

Le Conseil de la Santé des Mutualités Chrétiennes organisé au Chapitre III, Section 7 des Statuts.

Directeur

La personne portant le titre de directeur comme titre de fonction et qui se retrouve directement en dessous, fait rapport et rend compte directement au Président, au Vice-Président Exécutif ou aux Directeurs Généraux.

Directeur Général assurance obligatoire fédérale

La personne désignée conformément à l'article 27, §2 des Statuts.

Directeur Général CM

La personne désignée conformément à l'article 27, §3 des Statuts.

Directeur Général des services de support

La personne désignée conformément à l'article 27, §2 des Statuts.

Directeur Général MC

La personne désignée conformément à l'article 27, §3 des Statuts.

Directeurs Généraux

(i) le Directeur Général assurance obligatoire fédérale, (ii) le Directeur Général des services de support, (iii) le Directeur Général CM et (iv) le Directeur Général MC.

Entité liée

Entité visée à l'article 43, §§1 et 2 de la Loi du 6 août 1990.

Externe

Une personne, affiliée ou pas en qualité de Titulaire ou de Personne à Charge auprès d'une des Mutualités, qui n'est pas un Volontaire ni un Membre du personnel, et qui dispose d'une expertise particulière relevante, de compétences ou de qualités qui peuvent contribuer à la qualité du fonctionnement de l'Alliance.

INAMI

L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Intervention majorée

L'intervention majorée de l'assurance dont bénéficient les personnes visées à l'article 37, §19 de la Loi du 14 juillet 1994.

Membre

Chaque personne qui est affilié auprès d'une Mutualité en qualité de Titulaire.

Ménage mutualiste

Le ménage mutualiste tel que défini à l'article 2 de l'Arrêté Royal du 2 mars 2011 portant exécution de l'article 67, deuxième et quatrième alinéas de la Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

Membre du personnel

Une personne qui (i) a conclu un contrat de travail avec paiement de cotisations de sécurité sociale, ou (ii) qui est employé dans le cadre de programmes de résorption du chômage, et ce avec ou auprès d'une Mutualité, de l'Alliance, d'une SM affiliée à l'Alliance ou d'une Entité liée.

Mutualité(s)

Les mutualités affiliées à l'Alliance, dont la liste est reprise en Annexe 1 aux Statuts.

Mutualité Chrétienne

(i) l'Alliance, (ii) les Mutualités et (iii) toutes les SM constituées par les Mutualités.

OCM

L'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales de mutualités.

Organisme assureur

Un organisme qui, en vertu de la Loi du 14 juillet 1994, est autorisé à contribuer à l'exécution de l'Assurance Obligatoire Fédérale (une union nationale, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse des soins de santé de HR Rail).

Opérations

Opérations visées à l'article 2, 2, b) de la première directive du Conseil portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice (73/239/CEE)

Personne à charge

- Toute personne qui obtient ou peut obtenir le droit dérivé aux remboursements des prestations de soins de santé en raison d'une affiliation en tant que personne à charge d'un titulaire, tel que visé à l'article 32, alinéa premier, 17°, 18°, 19° ou 23° de la Loi du 14 juillet 1994.

Est assimilée à la personne susvisée, la personne qui bénéficie de droits dérivés au remboursement de prestations de santé à charge d'un membre qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de une mutualité pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la Loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994.

- Ainsi que la personne qui bénéficie ou peut bénéficier d'un droit dérivé au remboursement des prestations de soins de santé à charge d'un membre qui :

- pour ce qui concerne l'Assurance Obligatoire Fédérale est titulaire à la Caisse des soins de santé de HR Rail;
- pour ce qui concerne l'Assurance Obligatoire Fédérale est titulaire à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) ;

Est assimilée à ladite personne, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994.

- pour les soins de santé, est assuré en nom propre à l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS) / régime de la Sécurité Sociale d'Outre-mer ;
- a droit ou peut avoir droit en nom propre au remboursement des soins de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique, ou qui fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, implanté en Belgique, qui doit être assuré pour les soins de santé à charge du pays d'envoi en application des conventions de Vienne de 1961 et 1963;
- n'est plus assujetti à l'Assurance Obligatoire Fédérale en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge ;
- se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la Loi du 6 août 1990 et il est, pour ce qui concerne l'Assurance Obligatoire Fédérale, déjà inscrit ou affilié ailleurs ;
- est détenu ou interné et est à charge du Service Public Fédéral Justice en ce qui concerne l'Assurance Obligatoire Fédérale soins de santé ;

- est assujettie à la législation relative à l'assurance obligatoire pour soins de santé et indemnités d'un autre pays que la Belgique et qui réside temporairement en Belgique et est titulaire d'une carte européenne d'Assurance Maladie

Président

Le mandataire désigné conformément à l'article 27, §1 des Statuts.

SM

Une société mutualiste.

Statuts

Les présents statuts.

Titulaire

- Toute personne qui obtient ou peut obtenir le droit au remboursement de prestations de santé en tant que titulaire au sens de l'article 32, alinéa premier, 1° à 16°, 20°, 21° et 22° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Est assimilée à la personne susvisée, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès d'une mutualité pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994.

- Ainsi que toute personne affiliée pour l'Assurance Complémentaire de l'Alliance et qui :
 - pour ce qui concerne l'Assurance Obligatoire Fédérale est titulaire à la Caisse des soins de santé de HR Rail;
 - pour ce qui concerne l'Assurance Obligatoire Fédérale est titulaire à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) ;

Est assimilée à la personne susvisée, la personne qui réside habituellement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ou de toute autre disposition équivalente fixée dans un accord international, est soumise à la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un autre Etat que la Belgique et qui introduit un formulaire S1 ou tout autre document équivalent auprès de la CAAMI pour pouvoir bénéficier, à charge du pays dans lequel elle est assujettie pour l'assurance maladie-invalidité obligatoire, des prestations qui sont prévues par la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 ;

- pour les soins de santé, est assurée en nom propre à l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS) / régime de la sécurité sociale d'Outre-mer ;
- a droit ou peut avoir droit en nom propre au remboursement des soins de santé en vertu du statut d'un organisme de droit européen ou international implanté en Belgique, ou qui fait partie du personnel d'une ambassade ou d'un consulat, implanté en Belgique, qui doit être assurée pour les soins de santé à charge du pays d'envoi en application des conventions de Vienne de 1961 et 1963;

- n'est plus assujettie à l'Assurance Obligatoire Fédérale en raison d'une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge;
- se trouve dans une situation visée à l'article 3ter, 1°, de la loi du 6 août 1990 et elle est, pour ce qui concerne l'Assurance Obligatoire Fédérale, déjà inscrite ou affiliée ailleurs ;
- est détenue ou internée et est à charge du Service Public Fédéral Justice en ce qui concerne l'Assurance Obligatoire Fédérale soins de santé ;
- est assujettie à la législation relative à l'assurance obligatoire pour soins de santé et indemnités d'un autre pays que la Belgique et qui réside temporairement en Belgique et est titulaire d'une carte européenne d'Assurance Maladie.

Vice-Président Exécutif

Le mandataire désigné conformément à l'article 27, §1 des Statuts.

Vice-Président -Volontaire

Le mandataire désigné conformément à l'article 27, §1 des Statuts et qui ne peut pas être un Membre du personnel.

Volontaire

Une personne affiliée en qualité de Titulaire ou de Personne à charge auprès d'une des Mutualités et qui n'est pas un Membre du personnel et qui le cas échéant exerce des activités qui cadrent dans la réglementation du volontariat.

Section 2. *Historique – Forme juridique - Nom – Siège et Champ d'action - Composition*

Article 2. Historique

§1. Une association mutualiste a été fondée à Bruxelles en 1906, reconnue par Arrêté Royal du 28 mai 1906, avec le nom « Alliance Nationale des Fédérations Chrétiennes de Belgique ».

Article 3. Forme juridique - Nom

§1. L'Alliance a la forme juridique d'une « union nationale de mutualités », tel que prévu à l'article 6, §1 de la Loi du 6 août 1990. L'Alliance dispose de la personnalité juridique conformément à l'article 12 de la Loi du 6 août 1990.

§2. La dénomination actuelle de l'association de mutualités « Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes » a été homologuée par Arrêté Royal du 20 janvier 1933.

§3. Dans ses relations avec des tiers, l'Alliance peut utiliser l'abréviation suivante « ANMC ».

Article 4. Siège et Champ d'action

§1. Le siège de l'Alliance est établi dans la Région de Bruxelles-Capitale.

§2. Le Conseil d'administration a la compétence de déplacer le siège en tout autre endroit au sein de la

Région de Bruxelles-Capitale.

§3. Le champ d'activité de l'Alliance s'étend à toute la Belgique.

Article 5. **Composition**

§1. L'Alliance se compose des Mutualités, dont la liste est reprise en Annexe 1.

Section 3. **Objectif – missions, activités et services**

Article 6. **Objectif**

§1. L'Alliance est une association de mutualités ayant pour but de promouvoir le bien-être physique, psychique et social et ceci dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité.

§2. Étant un mouvement humaniste-chrétien, social et démocratique, l'Alliance s'inspire des principes universels et des valeurs fondamentales de la philosophie chrétienne et personnaliste.

En tant que mouvement social, l'Alliance oeuvre, avec les Volontaires, pour une société engagée et emprunte de chaleur pour tous.

En concertation avec toutes les parties intéressées, l'Alliance veut, en tant qu'entreprise sociale, créer un impact social et sociétal, ainsi que soutenir des initiatives innovantes et responsables en vue de répondre à de nouvelles demandes en matière de santé et d'assistance.

Article 7. **Missions, activités et services**

§1. L'Alliance a pour mission d'être le gardien et le garant de la cohérence, de la coordination et de la cohésion des interventions de toutes les entités mutualistes affiliées à l'Alliance, et dont la liste est reprise en Annexe 1 des Statuts.

L'Alliance veille également à la cohésion entre les entités mutualistes qui lui sont affiliées, et ce sur le plan stratégique, budgétaire et en matière de politique de santé.

Au travers de son entité de gestion fédérale et après la conclusion d'accords de coopération, l'Alliance fournit aussi aux entités mutualistes affiliées des services collectifs qui visent principalement les finances, les ressources humaines, l'informatique, et les services généraux.

§2. Appartiennent entre autres aux activités concrètes grâce auxquelles l'Alliance réalise ses objectifs légaux :

1. La participation, en tant qu'Organisme assureur, à la mise en oeuvre de l'Assurance Obligatoire Fédérale, sur la base de l'habilitation tirée de la Loi du 14 juillet 1994.

L'Alliance est responsable de la bonne exécution des obligations qui lui sont imposées en vertu de la Loi du 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'exécution, et peut donner l'autorisation aux Mutualités d'exécuter certaines tâches découlant de ladite loi.

En sa qualité d'Organisme d'Assurance, l'Alliance représente les Mutualités dans les organes de gestion, d'avis et de concertation qui sont mis en place par les pouvoirs publics.

Au travers de son entité fédérale de gestion « assurance santé obligatoire », l'Alliance surveille la gestion uniforme de l'Assurance Obligatoire Fédérale.

2. l'organisation de services qui sont des Opérations, tels que visés à l'article 3, b) et c) et article 7, §2 de la Loi du 6 août 1990, à savoir :
 - l'intervention financière dans les frais résultant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité, ou l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail ou

lorsque se produit une situation en vertu de laquelle le bien-être physique, psychique ou social peut être encouragé ;

- l'octroi d'aide, d'informations, de guidance et d'assistance en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique ou social.

À cet effet, les services suivants sont organisés :

- L'aide médicale urgente, l'assistance et la couverture de soins à l'étranger
 - Le séjour de convalescence
 - L'assistance juridique
 - Les vacances récréatives
3. l'organisation de services qui ne sont pas des Opérations, tels que visés à l'article 67, al. 5 et 6 de la Loi du 26 avril 2010, et qui n'ont pas pour but de créer un droit à intervention lorsqu'un événement futur et incertain se produit et qui sont énumérés à l'article 1 de l'A.R. du 12 mai 2011.

Les services organisés en application de ce paragraphe sont les suivants :

- Le fonds spécial de réserve complémentaire
 - Le centre administratif (code 98/2)
 - Le subventionnement de structures socio-sanitaires
 - L'information et la promotion
 - Le patrimoine
4. L'organisation d'un service « centre administratif de répartition » (code 98/1) ayant pour objet un règlement complet et une répartition correcte des frais de fonctionnement communs qui ne peuvent pas être mis directement à charge de l'Assurance Obligatoire Fédérale ou Régionale, ou d'un service bien particulier de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance.
5. l'organisation d'un service d'épargne prénuptiale selon les modalités reprises telles que visées à l'article 7, §4 de la Loi du 6 août 1990 et telles que reprises dans l'article 75 des Statuts.
6. l'exécution de prestations pour le compte des entités fédérées au profit des Membres et de leurs Personnes à charge. Ces prestations doivent être totalement séparées de celles liées à l'Assurance Obligatoire Fédérale, au niveau comptable et financier.

Section 4. *Affiliation aux services de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance et au service d'épargne prénuptiale*

Article 8. *Affiliation aux services de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance et au service d'épargne prénuptiale*

- §1. L'affiliation aux services de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance et au service d'épargne prénuptiale est obligatoire dans le chef des Mutualités.
- §2. L'affiliation aux services de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance est obligatoire pour tous les Membres et leurs Personnes à charge, tandis que l'affiliation au service d'épargne prénuptiale est facultative.

CHAPITRE II. AFFILIATION ET DÉSAFFILIATION DES MUTUALITÉS AUPRÈS DE L'ALLIANCE – CONDITIONS DE PARTICIPATION À L'ASSURANCE OBLIGATOIRE FÉDÉRALE POUR LES MUTUALITÉS – SUBROGATION ET SUSPENSION DES COMPÉTENCES DES ORGANES DE LA MUTUALITÉ - PROCÉDURE LITIGES ENTRE L'ALLIANCE ET LES MUTUALITÉS

Section 1. Affiliation et désaffiliation des Mutualités auprès de l'Alliance

Article 9. Affiliation

- §1. La mutualité qui sollicite son admission en fait la demande par écrit au Président. Cette demande, signée par la (ou les) personne(s) compétente(s) ou mandatée(s) pour représenter la mutualité, doit :
1. mentionner la dénomination de la mutualité et son siège social ;
 2. mentionner la date de sa fondation et celle de sa reconnaissance légale;
 3. fournir la preuve qu'elle compte le nombre minimum de membres requis par l'arrêté royal du 7 mars 1991;
 4. contenir la preuve qu'une Opération au moins sera organisée comme prévu à l'article 3, alinéa 1er, b) de la loi du 6 août 1990.
- §2. La mutualité qui introduit une demande d'affiliation auprès de l'Alliance doit prendre l'engagement de se conformer aux Statuts et aux règlements internes et à toutes les décisions qui ont été et sont prises conformément aux dispositions statutaires et légales.
- §3. Lorsque les derniers statuts approuvés par l'Assemblée Générale n'ont pas encore été publiés en vertu de l'article 12 de la Loi du 6 août 1990, la mutualité doit joindre à sa demande un exemplaire de ces statuts approuvés.
- §4. L'Assemblée Générale statue sur les demandes d'affiliation.

Section 2. Conditions de participation à l'Assurance Obligatoire Fédérale dans le chef des Mutualités – Subrogation et suspension des compétences des organes de la Mutualité

Article 10. Conditions de participation à l'Assurance Obligatoire Fédérale dans le chef des Mutualités

- §1. Les Mutualités sont autorisées à participer à l'exécution de l'Assurance Obligatoire Fédérale. Elles doivent respecter les dispositions des Lois du 14 juillet 1994 et du 6 août 1990, les directives de l'OCM, les Statuts, les règlements internes et toutes les décisions qui ont été prises conformément aux dispositions légales et statutaires.
- §2. Le Conseil d'administration peut retirer une autorisation donnée si la Mutualité ne respecte pas les dispositions qui sont visées au §1 de cet article. La décision par laquelle l'autorisation est refusée ou retirée doit être motivée.
- §3. La Mutualité peut interjeter appel de cette décision auprès du Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions dans les quinze jours civils de la notification de la décision.

- §4. Lorsqu'une autorisation est retirée, la Mutualité ne répond plus aux dispositions de l'article 3 de la Loi du 6 août 1990 et est dès lors d'office dissoute entraînant par conséquent l'application de l'article 47 de cette loi.

Article 11. Subrogation et suspension des compétences des organes de la Mutualité

- §1. Sans préjudice des dispositions de l'article 10, §2 des Statuts, le Conseil d'administration peut, s'il constate qu'une Mutualité n'agit pas suivant ses objectifs statutaires ou ne respecte pas les obligations imposées par la Loi du 6 août 1990 ou ses arrêtés d'exécution, en ce compris les conditions de l'autorisation visée au à l'article 10, §1 des Statuts, ordonner à la Mutualité de régulariser la situation dans un délai qu'il détermine.
- §2. À défaut de régularisation dans le délai imparti, le Conseil d'administration peut décider de suspendre l'exercice des compétences des organes de la Mutualité concernée et peut les exercer à sa place pendant une période déterminée et renouvelable.
- §3. Lorsqu'il n'est pas possible, en cas d'urgence, de réunir le Conseil d'administration à temps, le Bureau peut prendre la décision en vertu du §1 de cet article. Les décisions prises par le Bureau seront transmises pour information lors du prochain Conseil d'administration.

Section 3. Procédure de règlement des litiges entre l'Alliance et les Mutualités

Article 12. Procédure litiges entre l'Alliance et les Mutualités

- §1. Tous différends, problèmes ou désaccords qui naîtraient entre l'Alliance et les Mutualités feront l'objet de négociations amiables tout d'abord au sein du Comité de direction, et ensuite au niveau du Bureau. Si aucun accord amiable ne peut être trouvé dans un délai raisonnable ni au niveau du Comité de direction ni au niveau du Bureau, le différend sera adressé par la partie la plus diligente, à un collège d'arbitres, en vue d'être tranché par voie d'arbitrage en application et moyennant le respect des règles du Code judiciaire (articles 1676 à 1723 du Code Judiciaire). Pour former le collège arbitral, chacune des parties devra désigner un arbitre, les deux arbitres ainsi désignés choisissant le troisième arbitre.
- §2. Si une partie ne désigne pas un arbitre dans un délai d'un mois à compter de la réception d'une demande en ce sens émanant de l'autre partie, ou si les deux arbitres ne s'accordent pas sur le choix du troisième arbitre dans un délai d'un mois à compter de la désignation du deuxième arbitre, il sera procédé, sur requête de la partie la plus diligente, à la désignation de l'arbitre par le président du tribunal de première instance du siège de la Mutualité qui n'a pas désigné son arbitre ou par le président du tribunal de première instance de Bruxelles lorsque les deux arbitres ne se mettent pas d'accord sur la désignation du troisième arbitre, et ce conformément à l'article 1680, § 1^{er} du Code Judiciaire.

CHAPITRE III. LES ORGANES DE L'ALLIANCE – REMUNERATION DES MANDATS DANS LES ORGANES D'ADMINISTRATION – REPRESENTATION DE L'ALLIANCE – DESIGNATION D'UN REPRESENTANT DE L'ALLIANCE A L'ASSEMBLEE GENERALE ET AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DES MUTUALITES

Section 1. L'Assemblée Générale

Article 13. Composition

§1. L'Assemblée Générale est composée de délégués des Assemblées générales des Mutualités, à raison d'un représentant par tranche complète de 20.000 membres, avec un minimum d'un représentant par Mutualité.

Cependant, le nombre total de délégués que l'Assemblée Générale peut compter est limité à un maximum de 120.

§2. Lorsque, en application du paragraphe précédent, le maximum s'applique, le nombre de délégués auquel a droit chaque Mutualité est déterminé en divisant le nombre maximal de délégués entre elles au prorata de leur nombre de membres respectif.

§3. Le nombre de membres visé au premier et deuxième paragraphe du présent article est évalué sur la base du nombre de titulaires de soins de santé visés à l'article 2, k) de la Loi du 14 juillet 1994, tel qu'il résulte des états établis par l'INAMI en application de l'article 345, deuxième alinéa, de l'A.R. du 3 juillet 1996, le 30 juin de l'année précédant celle de la recomposition de l'Assemblée Générale à la suite d'élections mutualistes.

Article 14. Élection, démission et exclusion des délégués

§1. Les délégués à l'Assemblée Générale sont élus, pour une période maximale de six ans, renouvelable, par l'Assemblée Générale de chaque Mutualité, selon la procédure prévue dans les statuts de cette Mutualité approuvé par l'OCM.

§2. Pour être élus, les candidats délégués doivent être affiliés à la Mutualité qu'ils souhaitent représenter, ainsi qu'être membres de l'assemblée générale de cette Mutualité.

§3. En outre, un candidat délégué ne peut pas être Membre du personnel, ni avoir été licencié en qualité de Membre du personnel pour une raison autre qu'un licenciement dans le cadre du système de chômage avec supplément d'entreprise ou pour raisons économiques.

§4. Les délégués qui au cours de leur mandat ne remplissent plus les conditions citées ci-dessus, perdent immédiatement leur qualité de délégué à l'Assemblée Générale.

§5. Les délégués peuvent également démissionner eux-mêmes de leurs fonctions selon la procédure prévue dans les statuts de la Mutualité qu'ils ou elles représentent.

§6. Les délégués qui nuisent aux intérêts de l'Alliance peuvent être exclus par décision de l'Assemblée Générale à laquelle au moins deux tiers de tous les membres sont présents ou représentés, la décision devant être prise à une majorité des deux tiers des voix des membres présents ou représentés. Les abstentions ne sont pas prises en considération, ni au nominateur ni au dénominateur.

L'exclusion doit être indiquée dans la convocation. Le délégué dont l'exclusion est proposée, doit être

informé par le Président des motifs de son exclusion. Le délégué a le droit d'être entendu à l'Assemblée Générale.

- §7. Si l'assemblée générale d'une Mutualité a désigné des suppléants pour les délégués, ces derniers sont admis à l'Assemblée Générale pour remplacer les délégués de cette Mutualité qui ne font plus partie de l'Assemblée Générale. Ils terminent le mandat des délégués qu'ils remplacent.
- §8. Si le nombre de mandats prévu à l'article 13 des Statuts n'est plus atteint et qu'une Mutualité n'a pas désigné de suppléants, les mutualités peuvent élire de nouveaux délégués selon la procédure prévue dans les statuts de cette Mutualité. Les délégués nouvellement élus achèvent le mandat du délégué qu'ils remplacent.
- §9. Si le nombre de mandats, tel que prévu en application de l'article 13 des Statuts, n'est pas ou n'est plus rempli, qu'aucun suppléant n'est nommé et que la Mutualité n'élit pas de nouveaux délégués en application du paragraphe précédent, l'Assemblée Générale peut néanmoins être considérée comme valablement constituée jusqu'aux prochaines élections mutualistes, pour autant qu'elle compte au moins un délégué par Mutualité.

Article 15. Autres personnes pouvant assister aux réunions de l'Assemblée Générale

- §1. L'Assemblée Générale peut, pour une période maximale de six ans, renouvelable, et sur proposition du Conseil d'administration, nommer un maximum de quinze conseillers, qui sont invités à toutes ses réunions et qui peuvent y assister. Les conseillers doivent être affiliés en tant que Titulaire ou Personne à charge auprès d'une des Mutualités. Les autres conditions et modalités pour pouvoir être désigné comme conseiller sont reprises dans le règlement d'ordre intérieur de l'Assemblée Générale. Ils disposent d'une voix consultative.
- §2. Les administrateurs, les personnes qui, en application de l'article 29, §2, al.2 des Statuts, assistent au Comité de direction avec voix consultative et les autres personnes exerçant une autre fonction de direction ou de responsable au sein de l'Alliance peuvent assister à l'Assemblée Générale avec voix consultative selon les modalités fixées dans le règlement d'ordre intérieur de l'Assemblée Générale.
- §3. D'autres personnes (p.ex. des Externes ou des invités) peuvent aussi être invitées par le Président ou le Vice-Président Exécutif, à assister à l'Assemblée Générale sans droit de vote ni voix consultative.

Article 16. Compétences de l'Assemblée Générale

- §1. L'Assemblée Générale délibère et décide des questions suivantes:
1. la modification des Statuts
 2. l'élection et la révocation des administrateurs
 3. l'approbation des budgets et des comptes annuels
 4. l'octroi de jetons de présence ou du remboursement de frais aux administrateurs et aux membres de l'Assemblée Générale
 5. la désignation d'un ou plusieurs réviseurs d'entreprises
 6. la collaboration avec des tiers, visée à l'article 43 de la Loi du 6 août 1990, sauf pour les formes de collaboration ou l'objet de collaboration définis par le Roi
 7. l'approbation du regroupement des services des Mutualités dans une société mutualiste visée à l'article 43bis, §1, alinéa 1 de la Loi du 6 août 1990
 8. l'approbation de la création d'une société mutualiste visée à l'article 43bis, §5 de la Loi du 6 août 1990
 9. l'approbation de la création d'une société mutualiste visée à l'article 43bis, §1, alinéa 2 de la Loi du 6 août 1990

10. l'approbation de l'affiliation d'une mutualité à une société mutualiste visée à l'article 43bis, §§1^{er}, alinéa 1^{er}, ou 5, ou à l'article 70, §7 de la Loi du 6 août 1990

11. l'approbation de la transformation d'une société mutualiste visée à l'article 43bis, §1^{er}, en société mutualiste visée à l'article 43bis, §1^{er}, alinéa 2 de la Loi du 6 août 1990

12. l'approbation de la fusion de sociétés mutualistes visées à l'article 43bis, §§1^{er} ou 5, ou à l'article 70, §7 de la Loi du 6 août 1990

13. l'approbation de la dissolution volontaire d'une société mutualiste visée à l'article 43bis, §§1^{er} ou 5, ou à l'article 70, §7 de la Loi du 6 août 1990, du transfert de portefeuille qui en découle et de la destination à donner aux éventuels actifs résiduels visés à l'article 46, §4 de la Loi du 6 août 1990

14. la demande d'affiliation d'une mutualité

15. l'approbation de la dissolution volontaire d'une mutualité, visée à l'article 45 de la Loi du 6 août 1990 et la destination à donner aux éventuels actifs résiduels visés à l'article 46, §4 de la Loi du 6 août 1990

16. l'approbation de la fusion de mutualités affiliées

17. la fusion avec une autre union nationale

18. la dissolution de l'Alliance et les actes relatifs à la liquidation de l'Alliance

19. toutes les autres compétences qui sont expressément confiées à l'Assemblée Générale par la loi ou les Statuts

§2. En application de l'article 16, §1, 5 des Statuts et de l'article 32 de la Loi du 6 août 1990, l'Assemblée Générale désigne un collège de deux réviseurs d'entreprises, choisis sur une liste de réviseurs agréés établie par l'OCM.

Sauf circonstances exceptionnelles (comme déterminées par l'OCM) l'Alliance doit solliciter, sous peine de nullité, l'accord de l'OCM au moins un mois avant la date prévue de proposition de désignation à l'Assemblée Générale.

La désignation des réviseurs d'entreprises ne peut, sous peine de nullité, être effectuée qu'après avoir communiqué à l'OCM la rémunération attachée à cette fonction. Les modifications à cette rémunération sont également communiquées à l'OCM, sous peine de nullité.

Le Collège fait rapport à l'Assemblée Générale annuelle, qui a dans son ordre du jour l'approbation des comptes annuels de l'exercice écoulé.

Le mandat du Collège est fixé pour une période de trois ans, renouvelable. Le Collège assiste à l'Assemblée Générale lorsqu'elle délibère sur un rapport établi par lui. Le Collège a le droit de prendre la parole lors de l'Assemblée Générale dans le cadre de l'exercice de ses fonctions.

La désignation du ou des réviseurs pour exercer un mandat dans une Mutualité ou dans une société mutualiste comme repris dans l'article 43bis, §1, 1^{er} et 2^{ème} alinéa de la Loi du 6 août 1990, doit, à peine de nullité, être effectuée sur la proposition de l'Alliance.

§3. L'Assemblée Générale peut déléguer au Conseil d'administration le pouvoir de décider de l'adaptation des cotisations à l'Assurance Complémentaire de l'Alliance.

Cette délégation est valable pour un an et est renouvelable.

Article 17. Convocation de l'Assemblée Générale

§1. L'Assemblée générale est convoquée par le Conseil d'administration, ainsi qu'à la demande d'au moins un cinquième des délégués.

La convocation est envoyée par voie électronique (par exemple par e-mail) au moins vingt jours calendrier avant la date de l'Assemblée générale. Si un délégué a indiqué par écrit qu'il/elle ne souhaite pas communiquer par voie électronique, sa convocation est envoyée par courrier ordinaire.

L'ordre du jour établi par le Conseil d'administration est ajouté à la convocation.

Outre l'ordre du jour établi par le Conseil d'administration, sera également inscrit à l'ordre du jour tout point inscrit par au moins un cinquième des délégués d'une même mutualité ou par au moins un cinquième du nombre total de délégués au moins dix jours calendrier avant la réunion.

§2. L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an pour approuver les comptes annuels et le budget.

Une documentation, comprenant entre autres les informations suivantes, est mise à disposition de chaque délégué par voie électronique ou par courrier postal conformément à l'article 17, §1, alinéa 2 des Statuts, et ce au moins huit jours calendrier avant la date de l'Assemblée Générale :

- Le rapport d'activité pour l'année écoulée avec un aperçu du fonctionnement des différents Services ;
- Le rendement des cotisations des Membres et leur mode d'utilisation, ventilés entre les différents Services ;
- Le projet de comptes annuels, comprenant le bilan, le compte de résultats et les annexes, ainsi que le rapport du Collège des réviseurs d'entreprises ;
- Le projet de budget pour l'exercice suivant, à la fois global et ventilé entre les différents Services ;
- Le rapport sur les collaborations avec les tiers, visé à l'article 43 de la Loi du 6 août 1990.

Article 18. **Quorum et vote**

§1. Pour délibérer valablement, la moitié au moins des délégués doit être présente ou représentée.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix des délégués présents ou représentés, sauf si la Loi du 6 août 1990 ou les Statuts prévoient une autre majorité. Les abstentions et les votes non valables ne sont pas comptés au numérateur ni au dénominateur et ne comptent donc pas comme des votes contre. En cas d'égalité des voix, la proposition est réputée rejetée.

Exceptionnellement et uniquement lorsque le traitement d'un point ne peut être reporté ultérieurement en raison de motifs juridiques ou lorsque le report pourrait compromettre le fonctionnement de l'Alliance, des points de décision peuvent être traités en dehors de l'ordre du jour avec l'accord de la majorité des délégués présents ou représentés.

§2. Si le quorum de présence requis au paragraphe 1 du présent article n'est pas atteint la première fois, une deuxième Assemblée Générale est convoquée. Seuls les points qui étaient déjà à l'ordre du jour de la première Assemblée Générale peuvent être inscrits à l'ordre du jour de cette assemblée.

Cette deuxième Assemblée Générale se réunit valablement quel que soit le nombre de délégués présents ou représentés.

La convocation à cette deuxième Assemblée Générale est envoyée à tous les délégués au moins huit jours calendrier avant la date de cette assemblée, selon les mêmes modalités telles que prévues à l'article 17, §1 des Statuts.

Les décisions sont prises lors de cette deuxième Assemblée Générale aux mêmes majorités que celles prévues au §1 du présent article.

§3. Tout délégué qui ne peut assister en personne à l'Assemblée Générale peut se faire représenter par un autre délégué au moyen d'une procuration écrite. Chaque délégué peut détenir au maximum une procuration.

§4. Chaque délégué présent ou valablement représenté dispose d'une voix.

§5. Les administrateurs qui sont également membres de l'Assemblée Générale ne peuvent pas participer à la discussion ni voter au sujet de leur propre révocation. Les personnes exclues du vote ne sont pas

prises en compte pour le calcul du quorum de présence pour le point de l'ordre du jour concerné.

§6. Le vote sur les personnes est secret.

Article 19. Organisation des réunions

§1. L'Assemblée Générale est tenue en principe en présentiel.

Afin de permettre au plus grand nombre de délégués de participer aux réunions de l'Assemblée Générale, le Conseil d'administration peut, en outre, prévoir la possibilité :

- 1° de participer à distance à la réunion par visioconférence ;
- 2° de voter à distance avant la tenue de la réunion.

Le Conseil d'administration veille à :

- a) ce que la sécurité du moyen de communication électronique soit garantie ;
- b) ce qu'il soit possible de contrôler la qualité et l'identité des élus qui votent.

Les compétences du Conseil d'administration qui sont visées par le présent paragraphe peuvent être déléguées conformément à la Loi du 6 août 1990.

§2. Par dérogation au §1^{er}, le Conseil d'administration peut organiser une réunion de l'Assemblée Générale exclusivement par visioconférence ou par consultation écrite lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent.

Par les termes : « circonstances exceptionnelles », il faut entendre : « toute circonstance rendant impossible ou interdisant la tenue d'une réunion en présentiel. ».

Par le terme « urgence », il faut entendre : « toute situation nécessitant d'agir vite afin d'éviter un dommage ou afin de respecter le délai dans lequel une décision doit être prise ».

§3. Les délais de convocation, le quorum prévu et la majorité requise, qui sont prévus par la loi du 6 août 1990 ou par les présents Statuts pour que la délibération de l'Assemblée Générale soit valable, restent d'application dans les situations visées aux §§ 1^{er} et 2.

En ce qui concerne le quorum à atteindre, les délégués qui participent à l'Assemblée Générale par visioconférence ou qui ont communiqué leur vote dans le cadre d'une consultation écrite ou qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion, sont réputés présents à la réunion. Dans un tel cas, les délégués ne peuvent toutefois évidemment pas prétendre à une intervention à titre de frais de déplacement.

Les dispositions statutaires relatives à la possibilité de donner une procuration sont également d'application lorsque la réunion se tient par visioconférence conformément au §2 ou pour les délégués qui participent à la réunion par visioconférence en application du §1^{er}. En revanche, les procurations ne sont pas permises lorsque la réunion est organisée par consultation écrite.

§4. La convocation à la réunion de l'Assemblée Générale mentionne le mode selon lequel la réunion va se dérouler et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion.

Elle contient, le cas échéant, une description claire et précise des procédures relatives à la participation à distance ou par consultation écrite, la possibilité d'exprimer son vote avant la tenue de la réunion et la possibilité ou non de donner une procuration à un autre délégué.

§5. Lorsque la réunion est organisée par visioconférence, le moyen de communication électronique doit permettre aux délégués de prendre connaissance, de manière directe, simultanée et continue, des discussions au sein de l'Assemblée Générale et d'exercer leur droit de vote sur tous les points sur

lesquels l'Assemblée Générale est appelée à se prononcer. Le moyen de communication électronique doit en outre permettre aux délégués de participer aux délibérations et de poser des questions.

§6. Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite :

- la convocation contient l'ordre du jour de la réunion, les raisons de la tenue par consultation écrite, l'information nécessaire afin de permettre l'échange de questions et un bulletin de vote avec les mentions « oui », « non » ou « abstention » ;
- la convocation mentionne le délai endéans lequel le vote doit être communiqué, l'adresse postale et/ou l'adresse électronique auxquelles les bulletins de vote doivent être adressés ;
- la convocation mentionnera également le délai endéans lequel des questions peuvent être posées par écrit ; le conseil d'administration veille à ce que les réponses aux questions posées soient mises à la disposition de tous les délégués de manière à ce qu'ils puissent les prendre en compte lors du vote et/ou modifier leur vote déjà exprimé en fonction de ces questions et réponses.

Lorsqu'il est répondu à une consultation écrite par voie postale, la date du cachet de la poste fait foi pour déterminer si le vote a été exprimé dans le délai requis. Pour être comptabilisé, le vote doit toutefois avoir été reçu 3 jours ouvrables après la fin du délai précité.

§7. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y sont données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :

- 1° le nombre de délégués présents ;
- 2° le cas échéant, le nombre des délégués qui ont donné une procuration ;
- 3° le nombre des délégués ni présents ni représentés ;
- 4° le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;
- 5° les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;
- 6° le nombre de délégués qui ont participé à la réunion par visio-conférence et le nombre de délégués qui y ont participé en présentiel ;
- 7° le cas échéant, le nombre des délégués qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

Le procès-verbal ou la liste de présence devra en outre reprendre :

- 1° l'identité des délégués présents ;
- 2° l'identité des délégués qui ont donné procuration et à qui,
- 3° l'identité des délégués ni présents ni représentés,
- 4° le cas échéant, l'identité des délégués suivant le mode de participation à la réunion (présentiel, visioconférence ou consultation écrite).

§8. Le Conseil d'administration peut déléguer la convocation de l'Assemblée Générale et les compétences visées aux §§ 1, 2 et 6 conformément la loi du 6 août 1990.

Article 20. **[vide]**

Article 21. **Procès-verbaux**

§1. Les décisions des Assemblées Générales sont consignées dans des procès-verbaux signés par le Président et approuvés définitivement lors de la plus prochaine Assemblée Générale.

Article 22. **Règlement d'ordre intérieur**

§1. Le règlement d'ordre intérieur de l'Assemblée Générale, qui est approuvé par l'Assemblée Générale, précise plus avant les tâches, les responsabilités, le fonctionnement, le mode de convocation, le mode de délibération, les procédures de prise de décision et l'organisation de l'Assemblée Générale.

Section 2. *Le Conseil d'administration*

Article 23. **Composition**

§1. Le Conseil d'administration est élu par l'Assemblée Générale pour une période de six ans maximum.

Le mandat d'administrateur est renouvelable. A l'exception du Président, du Vice-Président Exécutif et des Directeurs Généraux, les administrateurs ordinaires ne peuvent être élus que pour un terme équivalent à trois mandats consécutifs.

Pour être membre du Conseil d'administration, il faut être majeur et de bonne conduite, vie et mœurs. Il n'est pas nécessaire d'être membre de l'Assemblée Générale.

§2. Le Conseil d'administration est composé de telle sorte qu'il regroupe suffisamment d'expertise relativement aux activités de l'Alliance, ainsi que suffisamment de diversité dans les compétences. Tous les administrateurs se doivent d'adopter les standards les plus hauts en terme d'intégrité et d'honnêteté.

Article 24. **Administrateurs ordinaires**

§1. Le Conseil d'administration est composé de minimum 10 administrateurs ordinaires. Toutefois, le nombre d'administrateurs ordinaires ne dépassera jamais la moitié du nombre de membres de l'Assemblée Générale.

§2. Font partie de la catégorie des administrateurs ordinaires, les administrateurs qui représentent les Mutualités et les administrateurs qui sont présentés par le Conseil d'administration (sortant).

Les Mutualités comptant moins de 500.000 membres, ont droit à cinq administrateurs qui les représentent.

Les Mutualités comptant entre 500.000 et 1.000.000 de membres, ont droit à dix administrateurs qui les représentent.

Les Mutualités comptant au moins 1.000.000 de membres, ont droit à un administrateur qui les représente, par tranche complète de 100.000 membres, avec un maximum de 20 administrateurs.

Le nombre de membres auquel il est référé, est calculé sur la base du nombre de titulaires des soins de santé visées à l'article 2, k) de la Loi du 14 juillet 1994, tel que cela ressort des états établis par l'INAMI en application de l'article 345, alinéa 2, de l'A.R. du 3 juillet 1996, au 30 juin de l'année qui précède celle au cours de laquelle l'Assemblée Générale est renouvelée.

Sans préjudice du droit des membres de l'Assemblée Générale de se porter candidat spontanément pour un mandat d'administrateur ordinaire qui représente la Mutualité auprès de laquelle ils sont affiliés, les conseils d'administration des Mutualités présentent les candidats administrateurs ordinaires qui les représenteront au Conseil d'administration, au moins un mois avant la date du Conseil d'Administration à tenir en vue de préparer l'Assemblée Générale qui procédera à l'élection des administrateurs.

Les Mutualités ne peuvent présenter aucun des Membres du Personnel.

Pas plus de 66% des candidats présentés par chaque Mutualité ne peut appartenir au même sexe. Le Conseil d'administration tend vers un rapport 50-50.

§3. Un maximum de 25% du nombre total d'administrateurs ordinaires est élu sur présentation du Conseil d'administration (sortant). Ils ne siègent pas au Conseil d'administration comme représentant de leur mutualité mais peuvent être présentés en vue d'être élus comme administrateur sur la base de leur fonction (comme prévu à l'article 26 des Statuts) ou de leurs compétences spécifiques.

§4. Le Conseil d'Administration ne peut être composé de plus de 25% de personnes qui sont rémunérées par une Mutualité ou l'Alliance.

Article 25. Élection des administrateurs

§1. Le Conseil d'administration (sortant) établit une liste de vote pour les administrateurs ordinaires, conformément à l'article 24 des Statuts.

§2. L'Assemblée Générale procède à un vote secret. Chaque représentant peut choisir de porter son vote sur un ou plusieurs noms. Un représentant ne peut cependant pas porter son vote sur plus de noms que le nombre de mandats à pourvoir. Les administrateurs sont élus dans l'ordre du nombre de voix obtenues, en tenant compte des dispositions de l'article 24 des Statuts. Pour être élu, un candidat-administrateur doit recueillir au moins une voix.

En cas d'égalité de voix pour le dernier mandat à attribuer, le mandat sera accordé à la personne appartenant au sexe le moins représenté au Conseil d'administration ou, à défaut, au candidat le plus jeune.

Article 26. Nomination Président - Vice-Président Exécutif - Vice-Présidents Volontaires - Directeurs Généraux - Directeur de l'audit interne

§1. Le Conseil d'administration élit parmi ses membres, pour une période maximale de six ans, un Président et un Vice-Président Exécutif, ainsi que deux Vice-Présidents Volontaires.

Les mandats du Président, du Vice-Président Exécutif et des Vice-Présidents Volontaires sont renouvelables.

Le Président et le Vice-Président Exécutif appartiennent à des rôles linguistiques différents. Il en va de même pour les deux Vice-Présidents Volontaires.

§2. Le Conseil d'administration nomme, pour une durée indéterminée, les directeurs généraux responsables de l'assurance obligatoire fédérale et des services de support. Ils porteront le titre de « Directeur Général de l'assurance obligatoire fédérale » et « Directeur Général des services de support » respectivement.

Ils ne peuvent être démis de leurs fonctions de directeur général que par le Conseil d'administration.

En application de l'article 24, §3 des Statuts, les deux directeurs généraux peuvent être présentés par le Conseil d'administration (sortant) pour être élus par l'Assemblée Générale comme membres du Conseil d'administration.

S'ils sont élus en tant que membres effectifs du Conseil d'administration, leur démission en tant que directeur général entraîne automatiquement la fin de leur mandat de membre du Conseil d'administration.

§3. Les directeurs généraux des Mutualités sont nommés par une décision conjointe du Conseil d'administration de l'Alliance et du conseil d'administration de leur mutualité respective en application de la procédure telle que décrite dans le règlement d'ordre intérieur approuvé par les conseils d'administration de la Mutualité et de l'Alliance, et en tenant compte de l'article 25 de la Loi du 6 août 1990. Ils porteront le titre de « Directeur Général CM » et « Directeur Général MC ». Ils ne peuvent également être relevés de leurs fonctions que par une décision conjointe du Conseil d'administration de l'Alliance et du Conseil d'administration de leur mutualité respective.

Le Directeur Général MC et le Directeur Général CM peuvent, en application de l'article 24, §3 des Statuts être désignés par le Conseil d'administration (sortant) de l'Alliance pour être élus par l'Assemblée Générale en tant que membres du Conseil d'administration.

S'ils ont été élus en tant que membres effectifs du Conseil d'administration, leur démission en tant que directeur général entraîne automatiquement la fin de leur mandat de membre du Conseil d'administration.

§4. Personne au sein de l'Alliance et des Mutualités, autre que les Directeurs Généraux, ne peut porter le titre de « directeur général ».

§5. Le Conseil d'administration nomme et révoque le Directeur de l'audit interne.

Article 27. Autres personnes pouvant assister aux réunions du Conseil d'administration

§1. Le Conseil d'administration peut, sur proposition du Bureau, désigner maximum 15 conseillers. Les conseillers doivent être affiliés en qualité de Titulaire ou de Personne à charge auprès d'une des Mutualités. Les autres conditions et modalités pour être désigné comme conseiller sont reprises dans le règlement d'ordre intérieur du Conseil d'administration. Ceux-ci disposent d'une voix consultative.

Ils sont nommés pour une durée maximale de six ans et leur mandat est renouvelable.

§2. Les personnes qui, en application de l'article 29, §2, al.2 des Statuts, assistent au Comité de direction avec voix consultative, et les autres personnes exerçant une autre fonction de direction ou de responsable au sein de l'Alliance, peuvent assister au Conseil d'administration avec voix consultative selon les modalités fixées dans le règlement d'ordre intérieur du Conseil d'administration.

§3. D'autres personnes (p.ex. des Externes ou des invités) peuvent aussi être invitées par le Président ou le Vice-Président Exécutif à assister au Conseil d'administration sans droit de vote ni voix consultative.

Article 28. Fin du mandat d'administrateur - Remplacement des administrateurs

§1. L'Assemblée Générale peut décider de révoquer un administrateur. Pour ce faire, les deux tiers des délégués doivent être présents ou représentés et la décision doit être adoptée à la majorité des deux tiers des voix exprimées. Les abstentions et les votes non valables ne sont pas comptés dans le numérateur ni dans le dénominateur et ne comptent donc pas comme des votes contre.

§2. Chaque administrateur peut également remettre sa propre démission par notification écrite adressée au Président.

Après avoir présenté leur démission, les administrateurs sont tenus de continuer à exercer leurs fonctions jusqu'à ce que leur remplacement puisse être raisonnablement assuré par cooptation et/ou par l'élection d'un nouvel administrateur par l'Assemblée Générale.

La démission ou l'exclusion de la Mutualité, en tant que Membre ou Personne à Charge, entraîne automatiquement la fin du mandat d'administrateur ordinaire. Le mandat d'administrateur prend fin à la date de la démission ou de l'exclusion de la Mutualité.

Pour les administrateurs qui sont également membres du Conseil d'administration d'une Mutualité, la démission en tant qu'administrateur de la Mutualité entraîne automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'administration, et ce à partir de la date de ladite démission.

La perte de la qualité au titre de laquelle une personne est élue comme administrateur ou le fait de ne plus remplir une des conditions pour pouvoir être élu comme administrateur entraîne automatiquement la fin du mandat d'administrateur, et ce à compter de la date à laquelle la perte de cette qualité est définitive ou à compter de la date à laquelle la personne ne remplit plus les conditions pour pouvoir être élu comme administrateur.

§3. Si le siège d'un administrateur devient vacant avant la fin de son mandat par suite de démission, de révocation, de décès ou incapacité, ces administrateurs sont remplacés conformément à la procédure prévue aux articles 25 des Statuts. Les administrateurs nouvellement élus terminent le mandat des administrateurs qu'ils remplacent.

§4. Dans l'attente d'une décision conformément au paragraphe précédent, le Conseil d'administration a le droit de coopter un nouvel administrateur. L'administrateur coopté doit remplir les conditions d'éligibilité énoncées aux articles 23 et 24 des Statuts. Si un administrateur autre que l'administrateur coopté est élu par la prochaine Assemblée Générale, le mandat de l'administrateur coopté prend fin à l'issue de cette Assemblée Générale.

§5. Lors du remplacement d'un administrateur représentant une Mutualité, l'administrateur nouvellement élu ou coopté doit représenter cette même Mutualité.

Article 29. Compétences du Conseil d'administration

§1. Le Conseil d'administration, en tant qu'organe de gestion, exerce toutes les compétences qui ne sont pas expressément attribuées à l'Assemblée Générale par la loi ou les Statuts.

§2. À l'exception de la fixation des cotisations à l'Assurance Complémentaire de l'Alliance, le Conseil d'administration peut, sous sa responsabilité, déléguer une partie de ses compétences au Président, à un ou plusieurs administrateurs, ou à un ou plusieurs comités ou commissions dont les membres sont désignés par le Conseil d'administration parmi ses membres, notamment :

- Le Bureau
- Le Comité de direction
- Le Comité de rémunération

Lorsque ces comités ou commissions comprennent non seulement des administrateurs mais aussi des non-administrateurs, ces derniers n'ont qu'une voix consultative.

Ces comités et commissions rendent compte au moins une fois par an de leurs activités au Conseil d'administration.

§3. Le Conseil d'administration soumet chaque année à l'approbation de l'Assemblée Générale :

- en ce qui concerne l'Assurance Complémentaire de l'Alliance et le service épargne prénuptiale : les comptes annuels de l'exercice écoulé et le projet de budget pour l'exercice suivant ;
- en ce qui concerne les frais d'administration de l'Assurance Obligatoire Fédérale : l'état des dépenses, l'estimation des recettes et du résultat de l'exercice écoulé, le budget des dépenses et l'estimation des recettes et du résultat de l'exercice suivant ;
- en ce qui concerne l'Assurance Obligatoire Fédérale : les comptes annuels du ou des exercices clôturés par l'INAMI.

Article 30. La Présidence

§1. Le Président est chargé de diriger l'Assemblée Générale, le Conseil d'administration, le Bureau et le Comité de direction.

§2. Le Président est chargé de la responsabilité globale de la gestion de la Mutualité Chrétienne. Il est assisté par le Vice-Président Exécutif dans l'exercice de sa fonction.

§3. Le Président et le Vice-Président Exécutif exercent conjointement la direction de la Mutualité Chrétienne en sa qualité de mouvement et d'acteur social. Ils peuvent se répartir leurs rôles entre eux en fonction de la communauté respective à laquelle ils appartiennent.

§4. Le Président et le Vice-Président Exécutif sont responsables devant le Conseil d'administration et le Bureau de la rédaction des rapports, de la correspondance, de la convocation de l'Assemblée Générale, du Conseil d'administration et du Bureau, ainsi que de la conservation des archives. Ils veillent à l'exécution des Statuts et des règlements d'ordre intérieur.

Article 31. Remplacement du Président

§1. Le Vice-Président Exécutif remplace le Président si nécessaire.

- §2. Les deux Vice-Présidents Volontaires remplacent le Président et le Vice-Président Exécutif si nécessaire dans leur rôle dans le cadre de la direction de l'Assemblée Générale et du Conseil d'Administration.
- §3. En l'absence du Président, du Vice-Président Exécutif et des Vice-Présidents Volontaires, le Conseil d'administration désigne l'un de ses membres qui exercera à titre temporaire le rôle du Président dans le cadre de la direction de l'Assemblée Générale et du Conseil d'Administration.

Article 32. Responsabilités des Directeurs Généraux envers le Conseil d'administration

- §1. Les Directeurs Généraux assistent le Président et le Vice-Président Exécutif dans l'exercice de leurs fonctions.
- Les Directeurs Généraux sont, vis-à-vis du Conseil d'administration, responsables de la bonne conduite des affaires dans leurs domaines respectifs.
- §2. Le Directeur Général responsable des services de support est par ailleurs responsable vis-à-vis du Conseil d'administration, de la gestion des moyens financiers de l'Alliance, de la tenue des livres prescrits par la réglementation, de l'établissement des statistiques, ainsi que de la situation financière ; il entretient les relations avec les institutions bancaires et autres partenaires externes dans le domaine de la finance ; il supervise le contrôle de gestion de l'Alliance (planning, budget, reporting) ; et il contribue à la mise en place ou à l'amélioration des systèmes d'information de gestion.

Article 33. Convocation du Conseil d'administration

- §1. Le Conseil d'administration se réunit au moins quatre fois par an, aux jours et heures fixés par le Bureau. En outre, le Président dispose toujours du droit de convoquer exceptionnellement le Conseil d'administration. Par ailleurs, il est tenu de le faire dans les 14 jours suivant une demande faite à cet effet par au moins un cinquième des délégués à l'Assemblée Générale ou par au moins un cinquième des administrateurs.
- §2. Le Conseil d'administration se réunit sur convocation écrite du Président, envoyée par courrier électronique et/ou par courrier ordinaire, au moins huit jours avant la date de la réunion.

Article 34. Délibération, quorum et vote

- §1. Le Conseil d'administration est présidé par le Président.
- Un membre du Conseil d'administration qui ne peut assister en personne à la réunion peut se faire représenter par un autre membre du Conseil d'administration au moyen d'une procuration écrite. Chaque administrateur ne peut détenir qu'une seule procuration.
- Le Conseil d'administration ne peut délibérer et décider que lorsque la moitié au moins des administrateurs sont présents à la réunion ou représentés par procuration.
- Les décisions sont prises à la majorité simple des voix exprimées. Les abstentions et les votes non valables ne sont pas comptabilisés. Lorsque le Conseil d'administration prend des décisions dans le cadre d'un pouvoir délégué par l'Assemblée générale tel que visé à l'article 16, §3 des présents Statuts, les mêmes quorum de présence et de majorité s'appliquent que ceux qui s'appliqueraient à l'Assemblée générale.
- En cas d'égalité des voix, la proposition est réputée rejetée.
- §2. Les membres du Conseil d'administration ne prennent pas part aux délibérations sur les questions qui les concernent directement, eux ou les membres de leur famille jusqu'au quatrième degré inclus.
- §3. Si un administrateur a un intérêt direct ou indirect de nature patrimoniale qui est en conflit avec

l'intérêt de l'Alliance, il doit en informer les autres administrateurs avant que le Conseil d'administration ne prenne une décision. Sa déclaration et l'explication de la nature de cet intérêt opposé doivent figurer dans le procès-verbal de la réunion du Conseil d'administration qui doit prendre la décision.

L'administrateur qui se trouve en conflit d'intérêts se retire de la réunion et s'abstient de participer à la délibération et au vote sur la question à laquelle il se rapporte.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas aux opérations habituelles effectuées dans les conditions et avec les garanties qui prévalent normalement sur le marché pour des opérations similaires.

Article 35. Organisation des réunions

§1. Le Conseil d'administration est tenu en principe en présence des administrateurs. Afin de permettre au plus grand nombre d'administrateurs de participer aux réunions du Conseil d'administration, le Président peut, en outre, si le Conseil d'administration lui a délégué cette compétence, prévoir la possibilité :

- 1° de participer à distance à la réunion par visioconférence ;
- 2° de voter à distance avant la tenue de la réunion.

Le Président veille à :

- a) ce que la sécurité du moyen de communication électronique soit garantie ;
- b) ce qu'il soit possible de contrôler la qualité et l'identité des élus qui votent.

§2. Par dérogation au §1^{er}, le Président peut, si le Conseil d'administration lui a délégué cette compétence, organiser une réunion exclusivement par visio-conférence et/ou par consultation écrite lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent.

Par les termes : « circonstances exceptionnelles », il faut entendre : « toute circonstance rendant impossible ou interdisant la tenue d'une réunion en présentiel ».

Par le terme « urgence », il faut entendre : « toute situation nécessitant d'agir vite afin d'éviter un dommage ou afin de respecter le délai dans lequel une décision doit être prise ».

§3. Les délais de convocation, le quorum prévu et la majorité requise, qui sont prévus par la loi du 6 août 1990 ou par les présents statuts pour que la délibération du Conseil d'administration soit valable, restent d'application dans les situations visées aux §§ 1^{er} et 2.

En ce qui concerne le quorum à atteindre, les administrateurs qui participent au Conseil d'administration par visioconférence ou qui ont communiqué leur vote dans le cadre d'une consultation écrite ou qui ont voté à distance avant la réunion, sont réputés présents à la réunion. Dans un tel cas, les administrateurs ne peuvent toutefois évidemment pas prétendre à une intervention à titre de frais de déplacement.

Les dispositions statutaires relatives à la possibilité de donner une procuration sont également d'application lorsque la réunion se tient par visioconférence conformément au §2 ou pour les administrateurs qui participent à la réunion par visioconférence en application de §1^{er}. En revanche, les procurations ne sont pas permises lorsque la réunion est organisée par consultation écrite.

§4. La convocation à la réunion du Conseil d'administration mentionne le mode selon lequel la réunion va se dérouler et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion.

Elle contient, le cas échéant, une description claire et précise des procédures relatives à la participation à distance ou par consultation écrite, la possibilité d'exprimer son vote avant la tenue de la réunion et la possibilité ou non de donner une procuration à un autre administrateur.

§5. Lorsque la réunion est organisée par visioconférence, le moyen de communication électronique doit permettre aux administrateurs de prendre connaissance, de manière directe, simultanée et

continue, des discussions au sein du Conseil d'administration et d'exercer leur droit de vote sur tous les points sur lesquels le Conseil d'administration est appelé à se prononcer. Le moyen de communication électronique doit en outre permettre aux administrateurs de participer aux délibérations et de poser les questions.

§6. Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite :

- la convocation contient l'ordre du jour de la réunion, les raisons de la tenue de la réunion par consultation écrite, l'information nécessaire afin de permettre l'échange de questions et un bulletin de vote avec les mentions « oui », « non » ou « abstention ».
- la convocation mentionne le délai endéans lequel le vote doit être communiqué, l'adresse postale et/ou l'adresse électronique auxquelles les bulletins de vote doivent être adressés ;
- la convocation mentionnera également le délai endéans lequel des questions peuvent être posées par écrit ; le Président veille à ce que les réponses aux questions posées soient mises à la disposition de tous les administrateurs de manière à ce que les administrateurs puissent les prendre en compte lors du vote et/ou modifier leur vote déjà exprimé en fonction de ces questions et réponses.

Lorsqu'il est recouru à une consultation écrite par voie postale, la date du cachet de la poste fait foi pour déterminer si le vote a été exprimé dans le délai requis. Pour être comptabilisé, le vote doit toutefois avoir été reçu 3 jours ouvrables après la fin du délai précité.

§7. Le procès-verbal de la réunion mentionne les questions qui ont été posées et les remarques qui ont été formulées, les réponses qui y ont été données, les votes qui ont été exprimés et les décisions qui ont été prises, ainsi que :

- 1° le nombre des administrateurs présents ;
- 2° le cas échéant, le nombre des administrateurs qui ont donné une procuration ;
- 3° le nombre des administrateurs ni présents ni représentés ;
- 4° le mode selon lequel la réunion s'est déroulée et le cas échéant, les circonstances exceptionnelles et/ou l'urgence qui est (sont) à la base du choix de ce mode de réunion ;
- 5° les éventuels problèmes et incidents techniques qui ont empêché ou perturbé la participation par voie électronique à la réunion ou au vote ;
- 6° le nombre d'administrateurs qui ont participé à la réunion par visioconférence et le nombre d'administrateurs qui y ont participé en présentiel ;
- 7° le cas échéant, le nombre des administrateurs qui ont voté à distance avant la tenue de la réunion.

Le procès-verbal ou la liste des présence devra en outre reprendre :

- 1° l'identité des administrateurs présents ;
- 2° l'identité des administrateurs qui ont donné procuration et à qui ;
- 3° l'identité des administrateurs ni présents ni représentés ;
- 4° le cas échéant, l'identité des administrateurs suivant le mode de participation à la réunion (présentiel, visioconférence ou consultation écrite).

Article 36. **[vide]**

Article 37. **Procès-verbal**

§1. Un procès-verbal est établi pour chaque réunion du Conseil d'administration, qui est signé par le Président et le Vice-Président Exécutif. Les procès-verbaux sont approuvés lors de la prochaine réunion du Conseil d'administration.

Article 38. **Règlement d'ordre intérieur**

§1. Le règlement d'ordre intérieur du Conseil d'administration, qui est approuvé par l'Assemblée Générale, précise plus avant, les tâches, les responsabilités, le fonctionnement, le mode de convocation, le mode de délibération, les procédures de prise de décision et l'organisation du Conseil d'administration.

Section 3. *Le Bureau*

Article 39. **Composition et désignation des membres**

§1. Le Bureau compte douze personnes et est composé comme suit :

- Le Président ;
- Le Vice-Président Exécutif ;
- Les deux Vice-Présidents Volontaires ;
- Le Directeur Général en charge de l'assurance obligatoire fédérale ;
- Le Directeur Général CM ;
- Le Directeur Général MC ;
- Le Directeur Général des services de support ;
- Deux administrateurs volontaires néerlandophones et deux administrateurs volontaires francophones, désignés par le Conseil d'administration, sur proposition des deux Vice-Présidents Volontaires, après consultation du conseil d'administration de leurs Mutualités respectives.

En application de l'article 29, §2 al. 2, seules les personnes qui ont été élues en qualité d'administrateur disposent d'un droit de vote. Les autres personnes ne disposent que d'une voix consultative.

Article 40. **Compétences**

§1. Le Bureau examine et prépare les décisions que doit prendre le Conseil d'administration.

§2. De plus, le Conseil d'administration a délégué les compétences suivantes au Bureau :

1. La nomination et le licenciement des directeurs de l'Alliance, à l'exception de la nomination et du licenciement du Directeur de l'audit interne ;
2. La fourniture d'avis conforme, conformément à l'article 25 de la Loi du 6 août 1990, sur la désignation des employés qui exercent une fonction de responsables dans les Mutualités, autres que les Directeurs Généraux des Mutualités.

Cette délégation comporte également le pouvoir de représentation de l'Alliance en ce qui concerne ces compétences.

§3. Le Bureau exerce toutes les compétences qui lui sont confiées ou transférées par le Conseil d'administration.

§4. Le Conseil d'administration a autorisé le Bureau à désigner des mandataires spéciaux pour des actes juridiques expressément définis (ou une catégorie ou une série d'actes juridiques) relevant de sa compétence. Ces mandataires spéciaux agissent sous la responsabilité du Conseil d'administration et disposent du pouvoir de signature dans les limites de leur mandat.

Ces délégations de compétences, de même que les personnes ou catégories de personnes désignées comme mandataires, sont reprises dans un tableau de délégation.

§5. Le Bureau rend compte au moins une fois par an de ses activités au Conseil d'administration.

Article 41. **Convocation et délibération**

§1. Le Bureau se réunit sur convocation du Président, et au moins avant chaque réunion du conseil d'administration.

Article 42. **Organisation des réunions**

§1. Le Bureau est tenu en principe en présentiel.

Afin de permettre au plus grand nombre de membres du Bureau de participer aux réunions, le Président peut, en outre, si le Conseil d'administration lui a délégué cette compétence, prévoir la possibilité de participer à distance à la réunion par visioconférence.

Le Président veille à ce que :

- a) la sécurité du moyen de communication électronique soit garantie ;
- b) il soit possible de contrôler la qualité et l'identité des élus qui votent.

§2. Par dérogation au §1^{er}, le Président peut, si le Conseil d'Administration lui a délégué cette compétence, organiser une réunion exclusivement par visioconférence et/ou par consultation écrite lorsque des circonstances exceptionnelles ou l'urgence le requièrent.

Par les termes « circonstances exceptionnelles », il faut entendre : « toute circonstance rendant impossible ou interdisant la tenue d'une réunion en présentiel ».

Par le terme « urgence », il faut entendre : « toute situation nécessitant d'agir vite afin d'éviter un dommage ou afin de respecter le délai dans lequel une décision doit être prise ».

§3. Les dispositions des §§3, 4, 5, 6 et 7 de l'article 35 des présents Statuts s'appliquent par analogie aux réunions du Bureau.

Article 43. **[vide]**

Article 44. **Règlement d'ordre intérieur**

§1. Le règlement d'ordre intérieur du Bureau, approuvé par le Conseil d'administration, concrétise les tâches et responsabilités, le fonctionnement, la convocation, la délibération, les procédures de décision et l'organisation du Bureau. Le règlement d'ordre intérieur du Bureau règle également le remplacement des membres du Bureau en cas d'absence prolongée.

Section 4. **Le Comité de direction**

Article 45. **Composition et nomination des membres**

§1. Le Comité de direction est composé des personnes suivantes, dans la mesure où elles ont été élues comme administrateur par l'Assemblée générale :

- Le Président ;
- Le Vice-Président Exécutif ;
- Le Directeur Général en charge de l'assurance obligatoire fédérale ;
- Le Directeur Général CM ;
- Le Directeur Général MC ;
- Le Directeur Général des services de support ;
- Un membre supplémentaire proposé par le Directeur Général CM après concertation avec le bureau de sa Mutualité, et désigné par le Conseil d'administration ;

- Un membre supplémentaire proposé par le Directeur Général MC après concertation avec le bureau de sa Mutualité, et désigné par le Conseil d'administration.

En application de l'article 29, §2 deuxième alinéa, les personnes mentionnées au premier alinéa, qui n'ont pas été élues comme administrateur, participent aux réunions avec une voix consultative.

Article 46. Compétences et délibération

§1. Le Conseil d'administration délègue les compétences suivantes au Comité de direction :

1. La gestion journalière ;
2. La coordination, de même que la responsabilité et l'arbitrage, de l'ensemble des compétences exécutives et opérationnelles attribuées au Président, au Vice-Président Exécutif, de même qu'aux Directeurs Généraux ;
3. La définition du cadre du personnel, du statut du personnel et des barèmes de rémunération de l'Alliance et des Mutualités, sans porter préjudice aux compétences du Comité de rémunération tels que définis à l'article 53 des Statuts ;
4. La supervision des Directeurs et la nomination, la supervision et le licenciement du personnel de l'Alliance sous le grade de Directeur ;
5. La prise de toutes décisions, au nom de l'Alliance, dans le cadre des achats et des investissements, en ce compris dans le cadre de la passation et de l'exécution de marchés publics dont la valeur dépasse le seuil tel que fixé par l'article 11, 3° de l'A.R. du 18 avril 2017.

Les achats ou investissements dont la valeur dépasse un montant de 5 millions d'euros, doivent être approuvés préalablement par le Conseil d'Administration.

Les décisions en matière d'achats et d'investissements, en ce compris dans le cadre de la passation et de l'exécution de marchés publics dont la valeur ne dépasse pas le seuil tel que fixé par l'article 11, 3° de l'A.R. du 18 avril 2017, sont prises et publiées par deux personnes faisant partie du Comité de direction et qui ont également été élues en qualité d'administrateur.

Cette délégation comporte également le pouvoir de représentation de l'Alliance en ce qui concerne ces compétences.

§2. Le Comité de direction exerce toutes les compétences qui lui sont confiées ou transférées par le Conseil d'administration.

§3. Le Conseil d'administration autorise le Comité de direction à désigner des mandataires spéciaux pour des actes juridiques expressément définis (ou une catégorie ou une série d'actes juridiques) relevant de ses compétences. Ces mandataires spéciaux agissent sous la responsabilité du Conseil d'administration et disposent du pouvoir de signature dans les limites de leur mandat.

Ces délégations de compétences, de même que les personnes ou catégories de personnes désignées comme mandataires, seront reprises dans un tableau de délégation sous forme de matrice.

§4. Le Comité de direction est tenu en principe en présence des membres mais peut, le cas échéant, prendre des décisions sans réunion physique, via vidéoconférence ou par le biais d'une approbation écrite ou tout autre moyen de communication, comme par exemple via email.

Le règlement intérieur, tel que prévu à l'article 47 des présents Statuts, peut préciser davantage les différentes modalités de réunion sans pour autant pouvoir déroger aux principes généraux qui s'appliquent également aux autres organes statutaires tels que, entre autres, la sécurité des moyens de communication électroniques, l'information préalable aux membres du comité de direction sur le déroulement de la réunion, les délibérations et décisions collégiales, la possibilité de poser des questions.

§5. Le Comité de direction rend compte au moins une fois par an de ses activités au Conseil d'administration.

Article 47. **Règlement d'ordre intérieur**

- §1. Le règlement d'ordre intérieur du Comité de direction, approuvé par le Conseil d'administration, concrétise les tâches et responsabilités, le fonctionnement, la convocation, la délibération, les procédures de décision et l'organisation du Comité de direction.
- §2. Le règlement d'ordre intérieur du Comité de direction règle également le remplacement des membres du Comité de direction en cas d'absence prolongée.

Section 5. **Le Comité d'audit**

Article 48. **Compétences**

- §1. Le Conseil d'administration est responsable du système de contrôle interne et d'audit interne qui porte sur l'ensemble de ses activités, ainsi que sur celles des Mutualités, des SM, à l'exception des sociétés mutualistes d'assurance, et des Entités liées.
- Pour ce faire, le Conseil d'administration se fait assister par un Comité d'audit.
- §2. Le Comité rédige au moins une fois par an un rapport à l'attention du Conseil d'administration, selon les modalités approuvées par le Conseil d'administration.

Article 49. **Composition, délibération et désignation des membres**

- §1. Le Comité d'audit compte dix membres et est composé comme suit :
- Cinq Administrateurs-Volontaires désignés par le Conseil d'administration ;
 - Un membre du Comité de direction de la CM désigné par le Conseil d'administration de la CM;
 - Un membre du Comité de direction de la MC désigné par le Conseil d'administration de la MC;
 - Le Vice-Président Exécutif ;
 - Le Directeur Général des services de support ;
 - Le Directeur Général en charge de l'assurance obligatoire fédérale.
- §2. Seuls les cinq Administrateurs-Volontaires disposent du droit de vote. Les autres membres du Comité d'Audit n'ont qu'une voix consultative.
- §3. Le Directeur de l'audit interne participe aux réunions du Comité d'audit en tant qu'invité permanent avec voix consultative.
- §4. Le collège des réviseurs d'entreprises nommé en application de l'article 16 des Statuts peut participer à titre consultatif, sur demande du Comité d'audit, aux réunions de ce comité.
- §5. Le Comité d'audit élit un président parmi les cinq Administrateurs-Volontaires désignés par le Conseil d'administration.
- §6. Le Comité d'audit ne peut délibérer et prendre des décisions que si au moins la moitié des membres du Comité d'audit et au moins trois des cinq Administrateurs-Volontaires sont présents à la réunion ou représentés par procuration.
- Les décisions sont prises par consensus. Dans des cas exceptionnels, un vote peut avoir lieu.
- Dans ce cas, un vote obtenu avec une majorité simple des Administrateurs-Volontaires présents suffit pour que la décision soit valable.

En cas d'égalité des voix, celle du président du Comité est prépondérante.

Article 50. Règlement d'ordre intérieur

- §1. Le règlement d'ordre intérieur du Comité d'audit, approuvé par le Conseil d'administration, concrétise les tâches et responsabilités, le fonctionnement, la convocation, la délibération, les procédures de décision et l'organisation du Comité d'audit.
- §2. Le règlement d'ordre intérieur du Comité d'audit règle également le remplacement de membres du Comité d'audit en cas d'absence prolongée.

Section 6. Le Comité de rémunération

Article 51. Composition et délibération

- §1. Le Comité de rémunération est composé comme suit :
- Les deux Vice-Présidents-Volontaires ;
 - Deux Administrateurs-Volontaires, désignés par le Conseil d'administration ;
 - Deux Externes disposant d'une expertise particulière en matière de politique de rémunération, désignés par le Conseil d'administration.
- §2. Les décisions sont prises en consensus. Un vote peut être organisé dans des cas exceptionnels.
- Les experts externes disposent dans ce dernier cas d'une voix consultative.
- Les membres votants du Comité de rémunération peuvent se faire représenter par un autre membre votant du Comité de rémunération au moyen d'une procuration écrite.
- Pour pouvoir valablement se réunir et prendre des décisions, il faut au minimum que trois membres votants du Comité de rémunération soient présents ou représentés.
- §3. Le Directeur responsable des ressources humaines de l'Alliance apporte son support au fonctionnement du Comité de rémunération et prend part aux réunions sans droit de vote. Il ne prend pas part aux réunions lorsqu'il est personnellement concerné ou lorsque ces réunions concernent le Président.

Article 52. Compétences

- §1. Le Conseil d'administration délègue les compétences suivantes au Comité de rémunération :
1. la détermination, au sein du cadre budgétaire approuvé par le Conseil d'administration, de la rémunération, y compris des avantages extralégaux, du Président, du Vice-Président Exécutif, des Directeurs Généraux et des Directeurs de l'Alliance et des membres du Comité de direction des mutualités;
 2. l'évaluation du Président.
- Cette délégation comporte également le pouvoir de représentation de l'Alliance en ce qui concerne ces compétences.
- §2. Seuls les membres votants du Comité de rémunération prennent part à l'évaluation du Président.
- Le Comité de rémunération détermine la procédure et les règles de cette évaluation.
- §3. Le Comité de rémunération informe au moins une fois par an le Conseil d'administration de ses

activités.

Article 53. Règlement d'ordre intérieur

§1. Le règlement d'ordre intérieur du Comité de rémunération, approuvé par le Conseil d'administration, concrétise les tâches et responsabilités, le fonctionnement, la convocation, la délibération, les procédures de décision et l'organisation du Comité de rémunération. Le règlement d'ordre intérieur du Comité de Rémunération règle également le remplacement de membres du Comité de rémunération en cas d'absence prolongée.

Section 7. Le Comité de gestion des risques

Article 54. Le Comité de gestion des risques

§1. Le Conseil d'administration se fait assister par un comité de gestion des risques pour l'implémentation et le respect de la politique en matière de gestion des risques, et pour contrôler l'efficacité des processus internes de gestion des risques.

Section 8. Le Conseil de la Santé de la Mutualité Chrétienne

Article 55. Composition et désignation des membres

§1. Le Conseil de la Santé de la Mutualité Chrétienne est composé de Volontaires et de Membres du personnel, de même que d'un certain nombre d'Externes. Le nombre maximal de membres du Conseil de la Santé est fixé à soixante.

§2. Le Conseil de la Santé doit être composé au moins aux deux tiers de Volontaires.

Pas plus de deux tiers des membres ne peuvent appartenir au même sexe.

Deux tiers des membres Volontaires appartiennent au groupe linguistique néerlandophone, tandis que le dernier tiers des membres Volontaires fait partie du groupe linguistique francophone et/ou germanophone.

§3. Les membres du Conseil de la Santé sont désignés par le Conseil d'administration sur proposition du Président, du Vice-Président Exécutif et de deux Vice-Présidents Volontaires.

Les deux Vice-Présidents Volontaires consultent préalablement leurs Mutualités respectives.

Le Conseil de Santé peut inviter, pour certaines réunions et de sa propre initiative, d'autres personnes avec une expertise spécifique ou des compétences pouvant être profitables à la délibération.

Article 56. Compétences

§1. Le Conseil de la Santé :

- a une compétence générale pour donner un avis, sur demande ou de sa propre initiative, sur tous les éléments concernant la définition de la politique de santé ;
- fournit des avis, des notes stratégiques et un rapport annuel sur la politique de santé et sur la stratégie de la Mutualité Chrétienne en la matière, à moyen et à long terme.

Article 57. **Règlement d'ordre intérieur**

- §1. La composition du Conseil de la Santé et les modalités d'exécution de la mission et des compétences sont fixées dans le règlement d'ordre intérieur du Conseil de la Santé approuvé par le Conseil d'administration. Le règlement d'ordre intérieur du Conseil de la Santé règle également le remplacement de membres en cas d'absence prolongée.

Section 9. ***Jetons de présence et remboursement de frais***

Article 58. **Jetons de présence et remboursement de frais**

- §1. Les délégués qui assistent à une réunion de l'Assemblée Générale reçoivent une indemnité pour leurs frais de déplacement.

- §2. Le mandat d'administrateur est un mandat non-rémunéré.

- §3. Un jeton de présence de 50 euros par réunion et une indemnité pour leurs frais de déplacement sont octroyés aux Administrateurs-Volontaires et qui assistent à une réunion du Conseil d'administration, du Bureau ou du Comité d'audit.

Une indemnité de frais forfaitaire de 175 euros par an sera accordée aux Administrateurs-Volontaires qui disposent de leur propre ordinateur et/ou autre appareil de communication numérique et de leur propre connexion internet.

- §4. Par dérogation aux paragraphes qui précèdent, les Vice-Présidents Volontaires se voient attribuer un remboursement de frais forfaitaire mensuel de maximum 500 euros par mois et une indemnité pour frais de déplacement.

S'ils disposent de leur propre ordinateur et/ou autre appareil de communication numérique et de leur propre connexion internet, une indemnité de frais forfaitaire complémentaire de 175 euros par an sera accordée.

- §5. Les intéressés ont le droit de renoncer à l'octroi de ces indemnités.

- §6. Les Administrateurs-Volontaires qui exercent également des mandats d'administrateur dans d'autres entités mutualistes et y bénéficient également d'une indemnité forfaitaire similaire à celle prévue au §3, 2^{ème} alinéa ou §4, 2^{ème} alinéa, ne peuvent pas cumuler ces indemnités. Le règlement d'ordre intérieur du Conseil d'administration concrétise les règles d'application dans cette situation pour le paiement et la prise en charge de l'indemnité.

Section 10. ***Représentation de l'Alliance***

Article 59. **Représentation de l'Alliance**

- §1. En application de l'article 21 de la Loi du 6 août 1990, le Conseil d'administration a désigné les personnes mentionnées ci-dessous pour représenter l'Alliance.

1. L'Alliance est représentée, y compris dans le cadre de la gestion journalière, par
 - soit le Président et le Vice-Président Exécutif, agissant conjointement ;
 - soit le Président ou le Vice-Président Exécutif et un autre administrateur membre du Comité de direction, agissant conjointement ;

- soit deux administrateurs membres du Comité de direction, agissant conjointement ;
- soit un mandataire spécial, agissant sous la responsabilité du Conseil d'administration et agissant dans les limites du mandat spécial qui lui est conféré par le Conseil d'administration, par le Bureau ou par le Comité de direction, chacun dans les limites de ses compétences.

2. Par exception au point 1, l'Alliance agit en droit et est valablement représentée en droit, tant en qualité de demandeur que de défendeur, soit par le Président, soit par le Vice-Président Exécutif, soit par un autre administrateur désigné à cet effet par le Conseil d'administration.

Section 11. *Désignation d'un représentant de l'Alliance à l'Assemblée Générale et au Conseil d'administration de la Mutualité*

Article 60. Représentant de l'Alliance à l'assemblée générale et au conseil d'administration de la Mutualité

- §1. L'Assemblée Générale de l'Alliance peut désigner, pour chaque Mutualité et pour un mandat renouvelable de 6 ans, un représentant avec voix consultative en vue de représenter l'Alliance à l'assemblée générale de cette Mutualité.
- §2. Le Conseil d'administration de l'Alliance peut désigner, pour chaque Mutualité et pour un mandat renouvelable de 6 ans, un représentant en vue de représenter l'Alliance avec voix consultative au Conseil d'administration de cette Mutualité.

CHAPITRE IV. ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DE L'ALLIANCE ET EPARGNE PRENUPTIALE

Section 1. Dispositions générales

Article 61. Cotisations pour l'Assurance Complémentaire de l'Alliance

§1. Les cotisations sont dues par mois à partir de la date d'affiliation.

Les cotisations sont réclamées par Ménage mutualiste, dans le chef du Titulaire, et sont perçues par les Mutualités qui s'engagent à les transférer à l'Alliance.

Le montant annuel des cotisations est fixé dans le tableau se trouvant en annexe des Statuts (voir Annexe 2).

§2. Les catégories suivantes de personnes paient une cotisation de 0,00 euro :

- les personnes de moins de 21 ans, atteintes d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66%, tel que visé à l'article 8 al.1, point 6 de l'A.R. du 15 janvier 2014, inscrits comme titulaires de l'Assurance Obligatoire auprès de leur mutualité et leurs personnes à charge ;
- les personnes de moins de 25 ans, à qui l'une des interventions visées dans la loi du 27 février 1987 relative aux interventions aux personnes handicapées est accordée, tel que visé à l'article 8 al.1, point 5 de l'A.R. du 15 janvier 2014, et leurs personnes à charge.

§3. Les Membres d'une Mutualité et leurs Personnes à charge, qui peuvent bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de cette Mutualité en raison du paiement de leurs cotisations, peuvent également bénéficier des avantages de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance.

Pour les Membres d'une Mutualité et leurs Personnes à charge, dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de cette Mutualité est suspendue, la possibilité de bénéficier des avantages de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance est également suspendue. Ils ne peuvent bénéficier à nouveau d'un avantage de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance que s'ils redeviennent au sein de la mutualité affiliée, après régularisation des cotisations pour la période concernée, des Membres qui peuvent bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de cette mutualité.

Pour les Membres d'une Mutualité et leurs Personnes à charge, dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de cette Mutualité est supprimée, la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de l'Alliance est également supprimée. Ils ne peuvent bénéficier à nouveau d'un avantage de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance que s'ils redeviennent au sein de la mutualité affiliée, après une période subséquente pendant laquelle les cotisations doivent être payées sans pouvoir bénéficier d'un quelconque avantage, des Membres qui peuvent bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire de cette mutualité.

La durée de la période subséquente prévue à l'alinéa précédent est déterminée par l'Arrêté Royal du 7 mars 1991, tel que modifié avec effet au 1er janvier 2022, en fonction de la situation particulière de l'intéressé.

Article 62. Avantages de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance

§1. Les avantages dans le cadre de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance sont offerts en fonction des moyens disponibles.

Article 63. **Stage d'attente**

§1. Il n'y a pas de stage d'attente pour les services de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance, à l'exception des services pour lesquels un stage d'attente est prévu explicitement dans les Statuts.

§2. Si un stage d'attente est prévu, celui-ci ne s'applique pas à la personne qui, avant l'affiliation à la Mutualité, était affiliée à un service similaire d'une autre entité mutualiste pour lequel soit elle n'avait pas de stage à accomplir, soit l'avait entièrement accompli.

Si un stage d'attente est prévu et qu'immédiatement avant l'affiliation à la Mutualité, la personne était affiliée à un service similaire d'une autre entité mutualiste et n'avait pas accompli l'entièreté du stage à cet effet, le stage est réduit de la période d'attente déjà effectuée au préalable par cette personne pour le précédent service similaire.

§3. Ces dispositions restent valables sans préjudice des dispositions de l'article 61, §3 des Statuts.

Article 64. **Concours**

§1. Lorsqu'une prise en charge ou une intervention est prévue par ou dans le cadre de l'Assurance Obligatoire Fédérale ou Régionale, l'assurance en matière d'accidents du travail, Fedris (Agence fédérale des risques professionnels), un pouvoir public ou une assurance obligatoire mise en place par ce pouvoir public, une caisse, un fonds, un organisme ou une institution, l'intervention de l'Alliance sera réduite du montant de cette prise en charge ou de cette intervention.

§2. Ces dispositions s'appliquent pour autant qu'elles n'aboutissent pas à ce que :

- le total de toutes les prises en charge et interventions mentionnées ci-dessus pour les Bénéficiaires avec droit à une intervention majorée, soit inférieur au total pour les Bénéficiaires sans droit à une intervention majorée ;
- le Bénéficiaire n'obtient pas d'avantages parce que la prise en charge ou l'intervention mentionnée ci-dessus, est fournie seulement après la fin du délai de prescription mentionnée à l'article 48bis de la Loi du 6 août 1990.

Section 2. ***Les services qui sont des Opérations, tels que visés à l'article 3, b) et c) de la Loi du 6 août 1990***

Article 65. **Aide médicale urgente, assistance et couverture des frais de maladie à l'étranger**

§1. Objet

L'Alliance organise pour les vacanciers et les étudiants l'aide médicale urgente, l'assistance et la couverture de soins à l'étranger.

§2. Bénéficiaires de ce service

Le service est organisé pour les Bénéficiaires qui ont leur résidence officielle en Belgique et sont inscrits au registre national belge des personnes physiques. Ils peuvent faire appel à ce service en cas de vacances ou de séjour en tant qu'étudiant ou en tant que parent adoptif dans le cadre d'une procédure d'adoption conformément aux dispositions du §6, a), 2^{ième} et 3^{ième} alinéa de cet article en dehors de la Belgique.

Les Membres qui résident dans un pays qui relève du champ d'application territorial du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale mais sont soumis à la sécurité sociale belge, ainsi que leurs personnes à charge, peuvent faire appel à ce service en cas de vacances ou de séjour en tant qu'étudiant ou en

tant que parent adoptif dans le cadre d'une procédure d'adoption conformément aux dispositions du §6, a), 2^{ème} et 3^{ème} alinéa, de cet article, en dehors de la Belgique ou en dehors de leur pays de résidence.

Les Membres qui résident normalement en Belgique mais qui, en vertu des articles 17, 24 ou 26 du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, sont soumis à la législation sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités d'un État autre que la Belgique et qui ont présenté un formulaire S1 à la Mutualité pour bénéficier, à charge du pays dans lequel elles sont soumises à l'assurance obligatoire maladie invalidité, des prestations prévues par la loi du 14 juillet 1994, et leurs personnes à charge peuvent bénéficier de ce service en cas de vacances ou de séjour en tant qu'étudiant ou en tant que parent adoptif dans le cadre d'une procédure d'adoption conformément aux dispositions du §6, a) 2^{ème} et 3^{ème} alinéa de cet article, en dehors de la Belgique ou en dehors du pays dans lequel elles sont soumises à l'assurance obligatoire maladie invalidité.

§3. Information

Lorsqu'un Bénéficiaire fait appel à ce service, il donne automatiquement à la Mutualité et à l'organisation à laquelle est confiée la prestation de ce service l'autorisation de rassembler, de traiter et de transmettre à des tiers des informations médicales et d'autres dans la mesure où celles-ci sont nécessaires au suivi de l'assistance, des frais, du règlement financier et des éventuels litiges.

Le Bénéficiaire s'engage à fournir, sur propre initiative ou à la demande du service, tous renseignements et documents utiles, nécessaires au suivi de l'assistance, des frais, du règlement financier et des éventuels litiges.

Lors de la collecte et du traitement des informations, le service respecte les principes de la loi du 08 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel (la loi sur la protection de la vie privée) et ses arrêtés royaux d'exécution.

Il est mis fin à l'assistance si le Bénéficiaire retient volontairement des renseignements ou documents utiles, fournit des informations fautives ou refuse de donner suite à la demande du service de délivrer des informations ou des documents spécifiques.

§4. Couverture géographique

Pour les Bénéficiaires qui donnent droit aux allocations familiales, la couverture géographique de ce service est mondiale.

Pour les Bénéficiaires qui ne donnent pas droit aux allocations familiales, la couverture de ce service est limitée aux pays, îles, territoires ou régions suivants : les Açores, l'Albanie, l'Algérie, l'Allemagne, Andorre, l'Autriche, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, les enclaves Ceuta-Melilla, Chypre, La Corse, la Croatie, le Danemark, l'Egypte, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, Gibraltar, la Grèce, le Groenland, La Guadeloupe, la Guyane française, la Hongrie, les Îles Åland, les Îles Anglo-normandes, les Îles Baléares, les Îles Canaries, les Îles Féroé, l'Île de Man, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, la Jordanie, le Kosovo, la Lettonie, le Liban, la Libye, le Liechtenstein, la Lituanie, le Luxembourg, la Macédoine du Nord, Madère, Malte, le Maroc, la Martinique, Mayotte, Monaco, le Monténégro, la Norvège, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, la Réunion, la Roumanie, le Royaume-Uni, Saint Marin, Saint-Martin, la Sardaigne, la Serbie, la Sicile, la Slovaquie, la Slovénie, la Suède, la Suisse, la Syrie, Territoire palestinien, la Tunisie, la Turquie et le Vatican.

En cas de soins médicaux à bord d'un bateau, la couverture est garantie lorsque le point de départ et le point d'arrivée du bateau se situent dans les pays, îles, territoires ou régions listé(e)s ci-dessus.

§5. Assistance et intervention

Le service est assuré pendant trois mois. Il prend effet au premier jour des soins.

La prestation de service comprend :

a) Assistance en cas de maladie, d'accident ou de décès à l'étranger, notamment :

- avis et informations sur le plan médical et administratif, surtout celles relatives à la réglementation en vigueur sur place ;
- prise de contact et suivi avec les prestataires de soins locaux ;

- envoi de garanties de paiement ou avances en cas d'admission dans un hôpital étranger ;
- envoi de médicaments et dispositifs médicaux nécessaires lorsqu'ils ne sont pas disponibles sur place. Le coût total de cet envoi est payé par le service ;
- organisation du rapatriement vers un hôpital belge ou vers le domicile ou la résidence du Bénéficiaire en Belgique ;
- organisation du rapatriement de la dépouille mortelle en Belgique.

Le service fait appel à des tiers pour l'assistance qu'il ne peut fournir lui-même sur place.

b) Couverture des frais supplémentaires à l'étranger, notamment :

Frais médicaux

Le service couvre la différence entre le coût total des soins médicaux et l'intervention à laquelle le Bénéficiaire peut prétendre sur la base de l'assurance obligatoire, y compris les dispositions des Conventions internationales et supranationales.

Conditions et limitations

Les frais médicaux ne sont remboursés que si :

- les soins de santé ont été dispensés par un prestataire de soins, un service ou un établissement agréé sur place et suivant les dispositions réglementaires en vigueur sur place ;
- toutes les conditions réglementaires d'ouverture d'un droit aux interventions de l'assurance obligatoire soins de santé, tant en Belgique que dans le pays où les soins ont été dispensés, ont été remplies par le Bénéficiaire.

Une intervention est accordée pour les frais supplémentaires liés à une hospitalisation dans une chambre particulière à condition que les intérêts médicaux du Bénéficiaire ou la situation médicale et sanitaire sur place l'exigent.

L'intervention pour la réparation et le remplacement de prothèses dentaires s'élève à 100 euros maximum.

L'intervention pour la réparation et le remplacement d'autres prothèses, orthèses ou appareils orthopédiques se limite à 375 euros maximum.

Les prestations qui concernent purement la continuité des soins ou d'un traitement déjà entamés avant le départ et qui ne peuvent pas être reportées après le retour en Belgique, sont remboursées, au maximum, à concurrence du montant de remboursement de l'assurance maladie obligatoire belge (excepté pour la dialyse et l'oxygénothérapie, voir infra), même s'il n'existe pas, dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, d'accord avec le pays dans lequel les soins ont été dispensés. Ces prestations nécessitent une prescription d'un prestataire de soins de santé compétent, soit en Belgique, soit dans le pays de résidence.

Les prestations de dialyse et d'oxygénothérapie (sont visées ici uniquement les prestations pour des personnes oxygène-dépendantes de longue durée, bénéficiant d'un accord de rééducation 'Oxygénothérapie à domicile (781)') sont totalement remboursées. Les frais de location payés par Mutas en Belgique pour un concentrateur d'oxygène qui sera utilisé à l'étranger seront également remboursés pour la période de séjour à l'étranger.

En cas d'annulation par le Bénéficiaire d'un dossier "oxygénothérapie" avant le départ, les éventuels frais d'annulation facturés par des tiers seront à la charge du Bénéficiaire, sauf en cas de force majeure.

Les prestations qui, en raison de la gravité ou de la nature de l'affection lors du départ, étaient prévisibles ne sont remboursées que si avant le départ d'un point de vue médical il n'y avait pas d'objection à voyager, compte tenu de l'affection, de la durée prévue du séjour et du pays de séjour. Le cas échéant, il est demandé au Bénéficiaire de présenter cet avis médical.

L'intervention pour les soins ambulatoires n'est jamais remboursée directement aux prestataires de soins (excepté à la demande du Membre pour des montants excédents 250 euros). Pour ce faire, le Membre devra contacter la centrale d'alarme.

Frais de transport

Le service paie le transport :

- depuis le lieu où l'accident ou la maladie est survenu(e) jusqu'à l'hôpital ou le centre de traitement polyclinique le plus proche ;
- de l'hôpital ou du centre de traitement polyclinique vers un autre hôpital ou centre de traitement polyclinique – éventuellement étranger – afin de garantir un traitement adéquat ou d'éviter des frais exorbitants ;
- d'une personne accompagnante aller-retour de la résidence temporaire à l'étranger vers l'hôpital où le Bénéficiaire est traité à condition que pour des raisons physiques ou psychologiques, il ne soit pas possible d'être rapatrié sans une personne accompagnante.

Frais de rapatriement

Le service paie le coût total du rapatriement médicalement nécessaire si l'une des situations suivantes se produit :

- les soins médicalement nécessaires dans le pays où se trouve l'intéressé sont insuffisants au niveau médical ou ne peuvent pas être fournis à temps ;
- une aggravation de la maladie pour laquelle l'intéressé était déjà traité intensivement en Belgique ;
- il est nécessaire, conformément à la réglementation de l'IATA et du service médical de la compagnie aérienne, que l'intéressé soit accompagné par une personne ayant des compétences médicales ;
- le traitement intensif couvre une période telle que la date du départ initialement prévue est largement dépassée ;
- il est médicalement injustifiable pour l'intéressé de commencer le retour à la date du départ prévue et avec le mode de transport initialement prévu ;
- l'intéressé est tellement traumatisé physiquement ou psychologiquement qu'il est jugé nécessaire de rapatrier le lésé.
- pour les patients qui sont sur une liste d'attente pour une transplantation d'organe en Belgique et qui sont informés qu'un organe est disponible en Belgique.
- Le service paie également le coût total du rapatriement exécuté pour éviter des frais exorbitants d'examen ou de traitement à l'étranger.

Une intervention est prévue pour le rapatriement des personnes âgées isolées et dépendantes et des enfants de moins de 18 ans. Ces personnes sont isolées lorsqu'elles se heurtent à de sérieux obstacles au niveau de la langue et de la communication ou lorsque l'accueil ne peut être organisé sur place. L'intervention maximale est limitée dans ce cas à 2 000 euros.

Conditions et limitations

Un rapatriement n'est pas remboursé s'il n'a pas été demandé au préalable auprès du service.

Les médecins décident du moyen de transport et du moment du rapatriement en fonction des intérêts médicaux du Bénéficiaire et de la situation médicale et sanitaire sur place.

Si le voyage aller a eu lieu en avion et que l'assuré n'a pas de ticket retour, l'intervention est diminuée du prix normal du ticket retour sauf en cas de rapatriement médicalement nécessaire d'un étudiant à l'étranger.

Frais d'accueil et d'encadrement

Si l'équipe médicale de Mutas considère qu'en raison de la gravité des problèmes de santé, une prise en charge médicale, psychologique ou sociale sur place à l'étranger est nécessaire, le service prendra en charge les frais d'hébergement et de déplacement de la personne qui se rendra sur place afin d'y apporter le soutien nécessaire, à condition qu'il s'agisse de patients non transportables pendant la première semaine d'admission à l'hôpital

L'intervention maximale est limitée dans ce cas à 2 000 euros.

Frais de séjour

Le service paie les frais supplémentaires du séjour après la date initialement prévue de retour en Belgique s'il n'est pas possible pour le Bénéficiaire d'entreprendre le retour à la date prévue pour des raisons de santé.

Le cas échéant, le service paie également le séjour, après la date initialement prévue de retour en Belgique, d'une personne accompagnante à condition que pour des raisons physiques ou psychologiques, il ne soit pas possible d'être rapatrié sans cette personne accompagnante.

Les repas et dépenses personnelles durant le séjour après la date initialement prévue de retour en Belgique ne sont pas remboursés.

Les frais d'hébergement ne comprennent que la nuitée et le petit déjeuner aussi bien dans un établissement touristique, que le rooming-in du compagnon de voyage à l'hôpital et ne sont remboursés que si cela a été discuté préalablement avec la centrale d'alarme.

L'intervention totale pour les frais de séjour supplémentaires est limitée à 1.100 euros par dossier, y compris les frais de la personne accompagnante.

Frais de communication

Le service paie une intervention maximale de 15 euros par dossier pour les communications téléphoniques, mails et toute autre forme de communication nécessaire à l'obtention d'une assistance immédiate en cas de maladie ou d'accident à l'étranger.

Frais en cas de décès

En cas de décès, le service paie :

- le coût total du rapatriement de la dépouille mortelle en Belgique ;
- le transport de la dépouille mortelle vers un cimetière ou un crématorium à l'étranger pour autant que ces frais ne soient pas supérieurs à ceux d'un rapatriement de la dépouille mortelle en Belgique ;
- maximum 1000 euros pour le traitement post mortem, la mise en bière et le transport sur place ;

§6. Conditions générales

a) Le service ne fournit une assistance et n'intervient dans les frais précités que si la maladie, l'accident ou le décès survient durant des vacances à l'étranger.

Les étudiants jusqu'à 25 ans qui étudient dans un pays de l'Espace économique européen ou en Suisse, peuvent également bénéficier des avantages du service s'ils peuvent fournir un certificat d'un établissement d'enseignement étranger agréé ou d'un établissement d'enseignement belge.

La couverture pour les étudiants continuera à s'appliquer au Royaume-Uni même après le 1er janvier 2021.

Peuvent également bénéficier des avantages de ce service : les parents adoptifs lors d'un séjour à l'étranger dans le cadre d'une procédure d'adoption officielle à l'étranger pour autant qu'ils soient affiliés en tant que Titulaires ou Personnes à charge dans une de nos Mutualités.

b) La prestation de soins à l'étranger doit revêtir un caractère d'urgence et ne peut pas être postposée jusqu'au retour du Bénéficiaire en Belgique.

c) En cas d'hospitalisation, la centrale d'alarme doit être informée dans les 48 heures en vue d'obtenir un accord sur la prise en charge des frais.

- Si le service subit un préjudice suite au non-respect de cette obligation d'information, aucune assistance ou intervention ne sera accordée.
- Si le service ne subit pas de préjudice suite au non-respect de cette obligation d'information, une assistance ou une intervention sera bel et bien accordée, diminuée toutefois de 125 euros maximum. Ce montant n'est pas cumulé avec la franchise visée au paragraphe 8.

d) Une intervention n'est accordée que sur présentation des factures originales.

e) Le Bénéficiaire ou ses parents sont supposés agir en « personne prudente et raisonnable ».

Cela signifie qu'en cas d'hospitalisation, d'accident ou de décès du Bénéficiaire, ils :

- doivent contacter la centrale d'alarme dans les plus brefs délais ;
- doivent fournir à la centrale d'alarme tous renseignements et documents utiles, nécessaires au traitement et au suivi de leur dossier ;
- doivent prendre en compte les instructions et avis de la centrale d'alarme ;

- doivent prendre toutes mesures raisonnables afin de limiter les conséquences de la maladie ou de l'accident ou d'éviter une aggravation ;
- doivent prendre toutes mesures raisonnables afin de limiter les frais pour lesquels le service accorde une intervention.

§7. Exclusions

Le service n'accorde aucune assistance ou intervention :

a)

- pour des frais de recherche liés à une disparition inquiétante à l'étranger ;
- pour un enfant adopté résidant à l'étranger tant qu'il n'est pas enregistré auprès de l'administration communale du lieu de résidence et tant que l'acte de naissance et d'adoption n'a pas été transféré dans cette commune ;

b) si la maladie, l'accident ou le décès survient :

- durant un déplacement ou un séjour à l'étranger à des fins professionnelles ou pour y faire du bénévolat ;
- durant un voyage dans un pays ou une région déconseillé ou ayant fait l'objet d'un avis négatif du ministère des Affaires étrangères au moment du départ ; Cette exclusion ne sera pas appliquée si cet avis de voyage est motivé par une crise sanitaire, sauf si une interdiction explicite générale ou spécifique de voyager est décidée par la Belgique ou si une interdiction d'entrée est décidée par le pays de destination ;
- suite au non-respect des conseils de voyages de l'Institut de Médecine Tropicale ;
- suite à la pratique des sports dangereux suivants : l'alpinisme, le basejump, le saut des falaises, l'escalade, le bobsleigh, le canyoning, le deltaplane, la plongée sous-marine, le downhill, le saut à l'élastique, le horseball, l'alpinisme sur glace, le paragliding, le parasailing, le parapente, les courses (moto, voiture, hors-bord), le rafting, la luge de course, le saut à ski, le ski acrobatique, le ski hors-piste, le snowboard hors-piste, la spéléologie, l'ULM, le parachutisme, les sports de combat, le vol à voile ;
- suite à la pratique d'activités pour lesquelles l'organisateur demande au participant de signer un document de décharge de toute responsabilité ;
- suite à la participation à une compétition ou une exhibition sportive pour lesquelles l'organisateur perçoit un droit d'entrée et pour lesquelles les participants reçoivent une rémunération, sous quelque forme que ce soit.
- suite à une faute grave de l'ayant droit conséquence d'une consommation excessive d'alcool ou de consommation de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiants, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques telles que visées dans la loi du 24 février 1921 concernant le trafic de ces substances ;
- suite à la participation volontaire à un crime ou à un délit;

c) pour les frais des traitements, prestations ou matériels suivants :

- les séjours de convalescence, les cures thermales, les cures de plein air, les traitements diététiques et esthétiques, l'homéopathie et l'acupuncture ;
- les prestations liées à la grossesse ou à l'accouchement effectuées après la 32^{ème} semaine de grossesse, à moins que le Bénéficiaire ne puisse prouver par tous moyens de droit qu'il ne s'agit pas de soins planifiés ;
- les médicaments et articles de bandagisterie achetés sans prescription étrangère ;
- la première fourniture de verres de lunettes, montures, lentilles de contact, appareils auditifs, prothèses, orthèses et appareils orthopédiques ;
- la réparation et/ou le remplacement de verres de lunettes, montures, lentilles de contact, prothèses optiques ;

- les frais de l'enterrement ou de la crémation à proprement parler.

d) Si les Bénéficiaires ou leurs parents refusent de souscrire aux propositions du service ou n'agissent manifestement pas en personne prudente et raisonnable.

e) Si le montant total du sinistre est inférieur à 200 euros.

§8. Franchise

Une franchise de 60 euros par séjour et par Bénéficiaire est demandée pour un Bénéficiaire sans intervention majorée.

La franchise pour un Bénéficiaire ayant droit à l'intervention majorée est de 25 euros par séjour et par Bénéficiaire.

Aucune franchise ne sera réclamée aux proches pour les Bénéficiaires décédés qui ont fait appel aux services de la centrale d'alarme de Mutas.

§9. Accord de collaboration

Pour réaliser ces objectifs, l'Alliance a conclu un accord de collaboration avec l'asbl Centrale d'Alarme Mutualiste Mutas.

Article 66. Séjour de convalescence

§1. Conditions générales

Les séjours de convalescence assurent un séjour de convalescence dans les établissements agréés ou dans les établissements non agréés aux Bénéficiaires relevant de maladie grave ou affaiblis consécutivement à une opération chirurgicale, ainsi qu'aux Bénéficiaires cohabitants qui, dans des circonstances normales, dépendent du convalescent en tant qu'aidant proche.

Pour les centres du point 2.3.1. (centres agréés), l'intervention est soumise à l'accord de l'équipe médicale du centre de convalescence concerné. Pour les centres du point 4 (centres non agréés), l'intervention est soumise à l'accord d'un médecin désigné par l'Alliance.

Le stage est fixé à six mois, à partir de la date d'adhésion à l'Assurance Complémentaire de l'Alliance.

§2. Conditions spécifiques

2.1. Les critères d'intervention

Entrent en ligne de compte pour une intervention:

2.1.1. Convalescents après une hospitalisation récente avec ou sans intervention chirurgicale en raison d'une affection grave pour laquelle un traitement et/ou une revalidation est nécessaire.

2.1.2. Convalescents suite à un problème sérieux ou accident grave, avec comme conséquence une interruption de longue durée des activités normales, ce qui rend temporairement impossible le fonctionnement de manière autonome dans l'environnement naturel de la maison.

2.1.3. Les Bénéficiaires cohabitants qui, dans des circonstances normales, dépendent d'un aidant proche pour leurs soins, mais dont l'aidant proche se trouve lui-même dans des circonstances mentionnées aux points 2.1.1. ou 2.1.2, ce qui fait qu'il est impossible pour eux de rester seuls à la maison de manière indépendante et sans surveillance permanente.

2.1.4. Dans les deux cas mentionnés dans 2.1.1 et 2.1.2 le séjour doit être orienté vers une amélioration de la situation, revalidation, plus d'autonomie, auto-soins et autogestion du patient; tout cela en vue d'un retour à domicile.

Pour les Bénéficiaires mentionnés dans 2.1.3., le séjour doit viser un soutien supplémentaire de l'aidant proche.

2.2 La demande

La demande est faite sur base d'un questionnaire médical spécifique. La demande doit comporter suffisamment d'éléments qui motivent cette admission.

Au plus tard lors de l'admission, un plan de traitement détaillé doit être disponible au centre de convalescence. Ce plan de traitement décrit le trajet de rééducation et le retour à un fonctionnement indépendant et doit être transmis à l'Alliance sur simple demande.

2.2.1. En cas d'une post-hospitalisation comme décrit dans 2.1.1 un diagnostic médical est nécessaire qui stipule les raisons pour lesquelles l'hospitalisation a eu lieu, avec un protocole succinct mais suffisamment clair qui décrit le traitement ou revalidation futur.

2.2.2. Une demande de convalescence comme décrit dans 2.1.2. et 2.1.3 doit comporter un diagnostic médical décrivant un dysfonctionnement physique ou psychologique grave nécessitant un accompagnement professionnel paramédical. En cas de dysfonctionnement psychologique il faut un plan de traitement d'un psychiatre ou psychologue. Dans les deux cas, une évaluation Katz récente et complète est nécessaire.

2.3. Choix du centre de convalescence

2.3.1. Les centres agréés sont Ter Duinen à Nieuport, Hooidonk à Zandhoven et Domaine de Nivezé à Spa.

2.3.2 En outre les Membres peuvent faire appel aux autres centres stipulés dans le point 4.

2.4. Durée du séjour pour les centres repris dans le point 2.3.1

2.4.1. La durée minimale est de 14 jours par situation pathologique. Le centre peut réduire cette période dans les cas suivants :

- Le plan de traitement permet de réduire la période,
- La convalescence se déroule mieux que prévu ou il est plus efficace de continuer la convalescence/la revalidation ailleurs
- Cas de force majeure ou nouvelle hospitalisation
- Raison sociale

2.4.2. Le nombre maximal de jours d'intervention est limité à 60 jours par situation pathologique par année civile. Dans le cas d'une interdiction orthopédique de prise de soutien ou dans le cas de chimiothérapie, un délai supplémentaire de 30 jours maximum peut être demandé une seule fois à l'ANMC, sous réserve d'une justification écrite par l'équipe médicale du centre de convalescence en question.

2.4.3. Interruption et départ imprévus

Quand le convalescent doit interrompre son séjour d'une façon imprévue pour une raison médicale ou sociale imprévue, la durée du séjour sera suspendue et prolongée après l'interruption. Un retour après une interruption ne peut se faire que si les critères de soins précédemment connus sont encore d'actualité. Si le convalescent ne revient plus, l'ANMC interviendra pour les jours de séjour effectifs du patient dans le centre et le convalescent ne se verra pas facturer des jours supplémentaires (quote part personnelle). Si le convalescent part sans aucune concertation avec le centre, l'ANMC va intervenir pour les jours de séjour effectifs du patient dans le centre et le centre pourra facturer au convalescent pour les jours restants maximum 3 jours complet du prix de journée.

§3. Interventions financières pour les centres repris dans le point 2.3.1

3.1. Frais de séjour

L'intervention de l'Alliance est déterminée sur la base du prix de journée convenu avec l'établissement, diminué de la quote-part personnelle à charge du Bénéficiaire, lorsque le séjour a lieu dans un des centres de convalescence repris au point 2.3.1.

3.2. Intervention

L'intervention de l'Alliance dans un des centres de convalescence repris au point 2.3.1. est de:

- € 80,90 pour les Bénéficiaires de l'intervention majorée
- € 48,40 pour les Bénéficiaires sans intervention majorée

Cette intervention est applicable aux séjours de convalescence débutant à partir du 1er janvier 2022.

La différence entre le prix de journée fixé par le centre de convalescence et l'intervention susmentionnée est à la charge du Bénéficiaire.

La quote-part personnelle est facturée directement par le centre à l'intéressé; celui-ci paie directement au centre.

3.3. Frais de déplacement

Conditions d'intervention

Pour les frais de déplacement des convalescents admis dans un des centres de convalescence repris au point 2.3.1., l'intervention suivante est accordée:

3.3.1. Déplacements à indemniser

Jour d'entrée: les frais de voyage du Bénéficiaire de son domicile au centre.

Jour de sortie : les frais de voyage du Bénéficiaire du centre à son domicile (fin de séjour).

3.3.2. Base de l'intervention dans les frais de déplacement

L'intervention dans les frais de déplacement est forfaitaire et calculée sur la base des tarifs des transports en commun, indépendamment du moyen de transport utilisé.

§4. Séjours de convalescence passés dans un centre autre que ceux agréés

4.1. Demande

Un séjour dans un autre centre que les centres mentionnés dans le point 2.3.1. est possible en cas de démence grave, de raisons psychologiques ou de nécessité d'être accueilli dans une petite entité adaptée.

A cette fin le Bénéficiaire doit exprimer le souhait à l'Alliance d'être admis dans un autre centre que ceux agréés par l'Alliance.

4.2 Durée du séjour

L'indemnité visée au point 4.4 s'applique pour un séjour total de 20 jours sur une période de 2 années civiles. Le séjour peut être effectué en 2 périodes de 10 jours.

4.3 Choix du centre de soins

Il doit s'agir d'un centre de convalescence ou d'un centre de soins résidentiel reconnu par l'autorité compétence. Il ne peut y avoir admission avant accord de l'Alliance (cet accord est valable 30 jours « date de l'accord »).

4.4 Intervention

L'intervention de l'Alliance se limite à une indemnité pour les frais de séjour de € 15 par jour pour la période autorisée et de séjour.

4.5. Paiement

4.5.1. Les frais de séjour sont directement payés à l'établissement par l'intéressé lui-même.

4.5.2. L'intervention prévue est payée à l'intéressé sur présentation des factures acquittées de l'établissement.

Article 67. **Assistance juridique**

§1. Domaine d'application

L'assistance juridique a pour but d'accorder l'assistance juridique aux Bénéficiaires qui sont victimes d'un Accident médical qui s'est produit en Belgique et pour lequel une déclaration est faite à leur Mutualité.

§2. Définitions

Pour l'application du présent article, on entend par :

- Accident médical : tout fait occasionnant un dommage à un patient dans le cadre ou à la suite d'un traitement, d'une hospitalisation, ou d'un examen médical.
- Assistance juridique : Une première analyse de la plainte relative à un Accident médical, tant sur le plan médical que juridique, et le cas échéant, l'accomplissement de démarches en vue d'obtenir une indemnisation.
- Bénéficiaire : le Membre au bénéfice de qui l'assistance juridique est octroyée.
- Le Fonds : le Fonds des accidents médicaux, institué par la Loi du 31 mars 2010.

§3. Etendue et fonctionnement de l'assistance juridique

Dès la réception d'une plainte relative à un Accident médical, l'Alliance examine si les faits qu'elle contient sont susceptibles d'aboutir à une indemnisation, soit via une intervention du Fonds, soit via le droit classique de la responsabilité. Si les faits que la plainte contient sont susceptibles d'aboutir à une indemnisation, l'Alliance octroie le bénéfice de l'assistance juridique.

Dans le cadre de l'assistance juridique, l'Alliance examinera les alternatives suivantes :

- introduction du dossier auprès du Fonds
- possibilité d'obtenir un accord amiable
- introduction d'une procédure judiciaire

Si les faits que la plainte contient ne sont pas susceptibles d'aboutir à une indemnisation, l'Alliance met fin à l'assistance juridique et en informe le Bénéficiaire.

Dans le cadre de l'assistance juridique, le Bénéficiaire s'engage à fournir tous les renseignements et documents utiles concernant l'Accident médical (par exemple : déclaration d'accident, facture d'hospitalisation, rapport médical, radiographies, correspondances,...).

Si le Bénéficiaire ne collabore pas suffisamment à la collecte de toutes les informations et éléments de preuve utiles, de même que lorsque qu'il apparaît que le Bénéficiaire a donné des informations incomplètes ou incorrectes, l'Alliance met fin à l'assistance juridique.

La responsabilité de l'Alliance ne peut en aucun cas être engagée si le Bénéficiaire ne fournit pas les informations sollicitées dans le délai demandé par l'Alliance.

De même, le Bénéficiaire s'engage à collaborer au traitement de son dossier avec les différents intervenants (services de l'Alliance, médecin-conseil, avocat, Fonds, ...). Ceci implique notamment qu'il réponde et soit présent à toutes les convocations qui lui seront envoyées, et informe immédiatement l'Alliance de toute communication qu'il recevrait (du Fonds, de l'assurance, d'un autre intervenant, ...).

Lorsque cela est nécessaire pour le bon déroulement de la procédure, le Bénéficiaire sera assisté par un médecin-conseil désigné par l'Alliance.

Lorsque cela est nécessaire pour le bon déroulement de la procédure, le Bénéficiaire est également assisté par un avocat désigné par l'Alliance.

Le Bénéficiaire donne mandat général de le défendre avec tous les moyens de fait et de droit.

a) Introduction du dossier au Fonds

Lorsque la responsabilité du prestataire pourrait être engagée ou qu'il existe un doute quant à une éventuelle responsabilité, l'Alliance introduit une demande auprès du Fonds.

De même, lorsque le dossier pourrait donner lieu à une indemnisation de la part du Fonds, en dehors d'une responsabilité, l'Alliance introduit le dossier auprès du Fonds.

Lorsque le Fonds demande des informations complémentaires, le Bénéficiaire s'engage à communiquer immédiatement à l'Alliance toute demande d'informations complémentaires du Fonds. Il fournit également sans délai les informations demandées à l'Alliance et au Fonds.

La responsabilité de l'Alliance ne peut en aucun cas être engagée si le Bénéficiaire ne fournit pas les informations sollicitées dans un délai qui permette raisonnablement à l'Alliance de les communiquer dans le délai légal au Fonds.

Si l'avis négatif rendu par le Fonds n'est pas justifié ou que d'autres démarches en vue d'une indemnisation sont possibles, l'Alliance maintient l'assistance juridique.

Si l'avis négatif rendu par le Fonds est justifié, l'Alliance peut mettre fin à l'assistance juridique.

Si une indemnisation lui est attribuée, le Bénéficiaire paiera lui-même les frais et honoraires de l'avocat intervenu dans le cadre de l'assistance juridique à concurrence d'un montant qui correspond à maximum 5% de l'indemnisation attribuée au Bénéficiaire. Le montant des frais et honoraires qui dépasse les 5% de l'indemnisation attribuée seront intégralement pris en charge par l'Alliance.

Si aucune indemnisation ne lui est attribuée, les frais et honoraires de l'avocat et/ou du sapiteur qui seront intervenus dans le cadre de l'assistance juridique restent intégralement à charge de l'Alliance.

b) Possibilité d'obtenir un accord amiable

L'Alliance tente d'obtenir un règlement à l'amiable avec le tiers responsable et/ou son assureur.

Dans le cadre d'une procédure amiable, l'Alliance proposera à ou acceptera de la partie adverse la mise sur pied d'une expertise médicale amiable (EMA).

Dans le contexte d'une expertise médicale amiable, les deux ou trois médecins-conseils désignés par les parties dans le protocole d'EMA devront tenter de dégager des conclusions communes.

Ce qui guidera la prise de position du médecin-conseil de l'Alliance sont les données référentielles en matière médicale et d'évaluation du dommage corporel, en tenant toujours compte des chances existantes d'aboutir à une indemnisation plus favorable en recourant au tiers arbitre ou à une procédure judiciaire.

Si une indemnisation lui est attribuée, le Bénéficiaire paiera lui-même les frais et honoraires de l'avocat intervenu dans le cadre de l'assistance juridique à concurrence d'un montant qui correspond à maximum 5% de l'indemnisation attribuée au Bénéficiaire. Le montant des frais et honoraires qui dépasse les 5% de l'indemnisation attribuée est intégralement pris en charge par l'Alliance.

Si aucune indemnisation ne lui est attribuée, les frais et honoraires de l'avocat et/ou du sapiteur qui seront intervenus dans le cadre de l'assistance juridique restent intégralement à charge de l'Alliance.

c) Introduction d'une procédure judiciaire

Une procédure judiciaire est intentée si :

- les faits que la plainte contient peuvent donner lieu à une action de dédommagement avec succès et ;
- un accord à l'amiable ne semble pas possible ou l'avis du Fonds est insuffisant

Lorsqu'il y a assez d'éléments juridiques, l'Alliance ira en appel ou formera un pourvoi en Cassation. Une décision d'attribution d'assistance juridique en première instance implique automatiquement une assistance juridique en appel ou en cassation si c'est la partie adverse qui interjette appel ou se pourvoit en cassation.

Le Bénéficiaire contribue à concurrence de 50 € aux frais de procédure judiciaire. Ce montant est définitivement acquis, indépendamment du résultat de la procédure. Aussitôt le montant viré sur son compte, l'Alliance transmet le dossier à son avocat.

En cas de résultat négatif, c'est-à-dire au cas où aucune indemnisation ne serait attribuée au Bénéficiaire, les frais et honoraires restent à charge de l'Alliance.

En cas de résultat positif, le Bénéficiaire paie lui-même les frais et honoraires à concurrence de maximum 10 % des sommes attribuées au Bénéficiaire. Le solde éventuel des frais et honoraires sera payé par l'Alliance.

L'Alliance avance les frais de justice.

Lorsque le Bénéficiaire est condamné aux frais et dépens tels que définis à l'art 1018 du Code

Judiciaire, en ce compris l'indemnité de procédure, ceux-ci sont pris en charge par l'Alliance.

Lorsque la partie adverse y est condamnée, les frais et dépens tels que définis à l'art 1018 du Code Judiciaire, en ce compris l'indemnité de procédure, reviennent intégralement à l'Alliance. Le Bénéficiaire autorise l'Alliance à percevoir ces sommes directement auprès de l'avocat.

L'indemnité de procédure revient donc de plein droit à l'Alliance, indépendamment de son intervention effective dans les frais et honoraires de l'avocat et de la hauteur de celle-ci. Ceci est justifié par la mutualisation des risques et par le fait qu'en contrepartie, l'Alliance prendra en charge l'intégralité de l'indemnité de procédure au cas où le Bénéficiaire y serait condamné.

§4. Interaction avec une action propre de l'Alliance

Dans le cas où la responsabilité du prestataire lui semble engagée, l'Alliance a l'obligation légale de récupérer ses propres débours. Ceci implique que des démarches, le cas échéant judiciaires, peuvent être entamées pour la défense des intérêts propres de l'Alliance à l'encontre du prestataire et/ou de son assureur, indépendamment de celles entamées en faveur du Bénéficiaire auprès du Fonds ou à l'encontre du prestataire et/ou de son assureur.

§5. Exclusions

L'Alliance n'accorde pas d'assistance juridique :

- si le Bénéficiaire n'était pas Membre d'une mutualité affiliée à l'Alliance au moment de l'Accident médical ;
- si le Bénéficiaire a lui-même ou avec le soutien d'une assurance assistance juridique privée ou d'un conseiller propre, entamé une procédure à l'amiable, introduit le dossier devant le Fonds, ou initié une procédure judiciaire.
- en cas d'assignation par le prestataire ou par l'établissement de soins à la suite de négligence ou d'un comportement manifestement fautif du Bénéficiaire ;
- si un conflit d'intérêts existe ou était susceptible d'exister entre le Bénéficiaire et l'Alliance.

§6. Fin de l'assistance juridique

L'assistance juridique prend fin :

- si le Bénéficiaire de ce service perd la qualité de Membre ou Personne à charge. Dans ce cas, l'assistance juridique prend fin le jour suivant la fin de l'affiliation ou le jour suivant le dernier mois couvert par le paiement ininterrompu de la cotisation pour les services et opérations offerts. Le Bénéficiaire a l'obligation d'en informer le service juridique de l'Alliance ou l'avocat chargé de l'affaire ;
- si le Bénéficiaire fait appel à un propre avocat ou un propre médecin conseil ;
- si le Bénéficiaire décide de mettre un terme à l'assistance juridique octroyée par l'Alliance. Dans ce cas, l'assistance juridique expire immédiatement et de plein droit ;
- si, au cours du traitement du dossier, de nouvelles données sont mises à jour qui, si elles avaient été connues au moment de l'octroi de l'assistance juridique, auraient eu pour conséquence un refus du droit à l'assistance juridique, l'Alliance est habilitée à mettre fin immédiatement et unilatéralement à l'assistance juridique, quel que soit l'état de la procédure éventuellement engagée ;
- si le Bénéficiaire ne respecte pas son obligation de collaboration, par exemple lorsqu'il ne fournit pas tous les renseignements et documents utiles concernant l'Accident médical, ou lorsqu'il ne collabore pas suffisamment à la collecte de toutes les informations et éléments de preuve utiles, ou lorsqu'il apparaît que le Bénéficiaire a donné des informations incomplètes ou incorrectes, ou lorsqu'il ne collabore pas au traitement de son dossier avec les différents intervenants (services de l'Alliance, médecin-conseil, avocat, Fonds,...), ou encore lorsqu'il ne répond pas ou n'est pas présent à toutes les convocations qui lui sont envoyées, ou n'informe pas immédiatement l'Alliance de toute communication qu'il recevrait; de même que lorsqu'il refuse ou met fin à la collaboration

avec l'avocat ou le médecin-conseil désignés par l'Alliance ;

- si un règlement à l'amiable ou une proposition d'indemnisation est refusé par le Bénéficiaire sans motivation de fond ou est rendu impossible du fait du Bénéficiaire.

Dans ces cas le Bénéficiaire est tenu de rembourser les frais et honoraires qui ont déjà été pris en charge par l'Alliance pour la période postérieure à la fin de l'assistance juridique ou qui devront encore être pris en charge par elle, y compris ceux qui sont nécessaires pour clôturer le dossier.

L'assistance juridique prend également fin si les informations ou les données fournies par le Bénéficiaire sont intentionnellement incorrectes, incomplètes ou fausses.

Dans ce cas, le Bénéficiaire est tenu de rembourser l'intégralité des frais et honoraires qui ont déjà été pris en charge ou qui devront encore être pris en charge par l'Alliance, y compris ceux qui sont nécessaire pour clôturer le dossier.

L'assistance juridique prend également fin :

- s'il ressort après examen que les faits de la plainte ne peuvent pas donner lieu à un dédommagement, soit par intervention du Fonds, soit par le droit classique de responsabilité.
- si un règlement amiable, ou un procédure via le Fonds, ou judiciaire n'a aucune chance d'aboutir à un résultat favorable ou si les frais qui pourraient être occasionnés par les démarches à entreprendre sont disproportionnés par rapport aux avantages espérés ;
- en cas de divergences de vues entre le Bénéficiaire et l'Alliance quant à la manière de procéder, à la nature ou à l'étendue des prétentions, ou aux moyens pour les soutenir.

§7. Interventions exceptionnelles

Si le Bénéficiaire entame une procédure en dépit d'un avis négatif de l'Alliance et si cette procédure débouche sur un résultat favorable pour le Bénéficiaire, l'Alliance paiera la partie des frais et honoraires d'avocats du Bénéficiaire qui dépasse 10% des sommes attribuées au Bénéficiaire dans le cadre d'un jugement ou arrêt coulé en force de chose jugée ou d'une transaction, dans la mesure où l'indemnité de procédure qui lui est octroyée ne les couvrirait pas déjà. L'intervention de l'Alliance est plafonnée à 750 €. Le paiement par l'Alliance n'interviendra qu'après production par le Bénéficiaire des justificatifs nécessaires.

§8. Validité territoriale

L'assistance juridique n'est possible que pour des accidents médicaux qui se sont produits en Belgique.

L'assistance juridique se limite aux procédures qui se déroulent en Belgique, et auxquelles le droit belge est applicable.

§9. Décès

En cas de décès du Bénéficiaire, la volonté de poursuivre la procédure doit être exprimée par tous les héritiers simultanément et le mandat de l'assistance juridique doit être donné par tous les héritiers simultanément.

Les héritiers au bénéfice de qui l'assistance juridique est prolongée sont soumis aux dispositions du présent règlement et ont les mêmes droits et obligations que le Bénéficiaire.

§10. Utilisation de l'assistance juridique

Chaque fois qu'un Membre fait un recours à l'assistance juridique, il doit souscrire à un règlement d'assistance juridique et signer ce règlement. Le règlement d'assistance juridique contient les mêmes droits et obligations que décrits dans cet article. Par la signature, le Membre indique qu'il accepte le règlement et qu'il s'engage à s'y conformer.

Article 68. **Vacances récréatives**

§1. Objectif

Ce service, qui vise à promouvoir le bien-être physique, psychique et social de ses Bénéficiaires, a pour objectif de permettre l'accès aux vacances récréatives dans une perspective socio-chrétienne et avec une attention particulière pour :

- une détente saine, culturelle, active, respectueuse de l'environnement, accessible aux familles et aux enfants ;
- la solidarité avec les groupes plus vulnérables ;
- l'épanouissement grâce au bénévolat.

§2. Avantage

L'avantage consiste dans la possibilité de participer aux vacances et activités organisées par l'asbl Service Intersocial Belge (Intersoc) dont la cotisation de membre est 0 euro pour les Membres de l'Alliance.

§3. Cotisation et fonctionnement

La cotisation pour ce service s'élève à 0 euro.

L'asbl Intersoc ne bénéficiera d'aucun financement de l'Alliance dans le cadre de ce service.

§4. Accord de collaboration

Un accord de collaboration est conclu entre l'Alliance et l'asbl Intersoc en vue de concrétiser cet objectif.

Section 3. ***Les services qui ne sont pas des Opérations, tels que visés à l'article 67, al. 5 et 6 de la Loi du 26 avril 2010***

Article 69. **Fonds spécial de réserve complémentaire**

- §1. Le fonds spécial de réserve complémentaire est le service tel que visé à l'article 1, point 3°, de l'Arrêté Royal du 12 mai 2011, qui a pour objet la perception des cotisations pour le fonds spécial de réserve légal 'responsabilité financière' prévu à l'article 199 de la loi du 14 juillet 1994.

Article 70. **Centre Administratif – code 98/2**

- §1. Le centre administratif se charge de la gestion de :

- la réserve comptable des frais d'administration de l'assurance maladie obligatoire résultant de l'application de la Loi du 14 juillet 1994 ;
- la cotisation destinée à combler un éventuel mali en frais d'administration de l'Assurance Obligatoire Fédérale conformément à l'article 1er, point 4 de l'A.R. du 12 mai .

Au centre administratif (code 98/2) sont également imputés les charges et produits déterminés par l'OCM.

Article 71. **Subventionnement de structures socio-sanitaires**

§1. Objet

50 Statuts ANMC – texte coordonné applicable à partir du 01-07-2022 (comme dernièrement modifié par l'Assemblée Générale du 25-11-2023)

Le subventionnement de structures socio-sanitaires tel que visé à l'article 1, 5° de l'AR du 12 mai 2011 et ce dans le but de transmettre la vision de vie et de société de la Mutualité Chrétienne en général et de favoriser la solidarité dans le domaine des soins de santé en particulier.

§2. Fonctionnement

Pour atteindre cet objectif, un subventionnement est accordé aux structures socio-sanitaire suivantes. Un aperçu du subventionnement se trouve en Annexe 3 des Statuts.

a) Au niveau national

- i. Beweging, asbl, qui a pour objet statutaire une vie de qualité pour tous. A cet effet, les membres, les volontaires et les membres associés de l'association s'engagent en faveur d'une société à laquelle chacun peut participer, où la solidarité et l'équité existent et où nous évoluons vers un modèle sociétal durable sur le plan social et écologique. L'Association donne aux travailleurs, aux non-travailleurs et aux personnes socialement vulnérables une voix dans la société. Elle œuvre à des solutions structurelles aux défis sociaux et fonctionne à partir du point de vue des travailleurs. Elle réalise ceci via le service aux membres, la défense collective des intérêts, le fonctionnement en réseau, le dialogue, la collaboration et le développement d'initiatives propres.

Ce qui caractérise le fonctionnement de l'Association, c'est l'engagement volontaire envers les autres et envers la société au sein du quartier, de l'environnement et au travail. L'objectif de l'Association s'appuie sur les principes de base de la démocratie participative et s'inspire des valeurs chrétiennes et des Droits de l'Homme universels.

L'Association constitue un réseau d'organisations qui se positionnent entre le citoyen, le marché et les autorités.

L'Association essaie de concrétiser l'objectif précité par tous les moyens dont elle peut disposer, et se concentrera sur les activités suivantes :

- 1) la coordination et la concrétisation du fonctionnement des membres et des autres organisations associées ;
 - 2) la mise en place d'un lien de collaboration fort entre les membres et les autres organisations associées, en regroupant leurs connaissances et leurs forces ;
 - 3) la mise au point d'activités et d'initiatives en fonction de la réalisation de son objectif et du programme social commun de l'Association ;
 - 4) la réalisation de la communication externe et des publications se rapportant à la réalisation de l'objectif, du programme et du fonctionnement de l'Association ;
 - 5) l'apport d'un soutien, la défense des intérêts et la mise au point de services communs pour les membres et les autres organisations associées
-
- ii. MOC, association de fait, qui a pour objet statutaire l'émancipation du monde du travail, notamment par l'approfondissement de la démocratie économique, culturelle, sociale et politique'. Les missions spécifiques sont :
 - 1) Assurer la collaboration, la coordination et l'unité au sein de l'association.
Pour assurer cette mission, le MOC doit :
 - garantir le débat démocratique et la recherche de compromis dans l'élaboration des programmes communs et globaux du MOC et dans la définition de ses positions ;
 - veiller à l'unité de direction et d'action de l'ensemble du MOC sur son programme global et ses positions communes, en garantissant le respect et la loyauté des composantes par rapport aux décisions adoptées démocratiquement ;
 - assurer la planification et la coordination des programmes communs d'actions collectives en favorisant au maximum la démarche d'action commune de l'ensemble du MOC ;
 - garantir la représentation de toutes les organisations constitutives dans les instances du MOC et réciproquement ;

- favoriser et appuyer les initiatives et actions des composantes qui s'inscrivent dans le programme d'ensemble du MOC ;
- susciter les contacts et échanges entre les organisations constitutives de manière qu'elles puissent connaître et apprécier leurs activités, leurs intérêts réciproques et qu'elles soient en mesure d'intégrer correctement leurs problèmes au mouvement global ;
- assurer la médiation et le cas échéant, l'arbitrage en cas de différend ou de conflit interne.

2) Assurer la représentation commune et l'expression politique du MOC ;

Pour assurer cette mission, le MOC doit :

- garantir et concrétiser l'unité des composantes dans les relations extérieures du MOC en assurant aux divers niveaux et dans les différents endroits indiqués, la concertation et la coordination du travail.
- fournir l'équipement intellectuel et matériel nécessaire pour assumer efficacement et en permanence l'expression et la représentation politique, notamment par l'organisation d'un secrétariat politique au sein du secrétariat général du MOC.
- entretenir tous les rapports nécessaires et établir des partenariats et des mises en réseaux avec des institutions, organisations et mouvements dont les objectifs et le programme sont convergents avec les siens ;
- favoriser par tous les moyens, le développement du mouvement ouvrier européen et international.

3) organiser et développer les actions et les services communs nécessaires à la réalisation de ses objectifs.

Pour assurer cette mission, le MOC aura pour tâche :

- organiser, en accord avec le Bureau Politique, les actions communes et initiatives diverses réalisées avec le concours de plusieurs ou toutes les organisations constitutives, ainsi que les actions d'éducation permanente, campagnes ou manifestations communes nécessitées par l'actualité ; dans ce cadre, initier la réflexion, le recul et le questionnement collectif sur le sens de ces actions ;
- mettre en place et faire fonctionner les commissions d'études, groupes de travail permanents ou temporaires pour répondre à des besoins spécifiques ;
- organiser les Semaines sociales Wallonie-Bruxelles du MOC ;
- éditer les publications, et mettre en place les médias nécessaires à la réalisation des objectifs et des programmes ;
- organiser et gérer les services communs à l'ensemble du MOC et notamment :
 - Le Centre d'Information et d'Education Populaire (CIEP), service de formation et d'éducation permanente du MOC
 - Loisirs et Vacances, service de loisirs et de tourisme social du MOC
 - L'Association pour une Fondation Travail-Université (FTU), service d'études et de recherche du MOC en collaboration avec l'université
 - Solidarité Mondiale, organisation non gouvernementale de coopération au développement du MOC
 - AID, réseau de projets d'insertion sociale et professionnelle ;
- mettre en place et gérer un fonds de solidarité destiné à soutenir les organisations éducatives.
- contribuer au développement quantitatif et qualitatif des organisations et entreprises coopératives.

- iii. Massembre, asbl, qui a pour objet statutaire la gestion et l'exploitation d'établissements de tourisme social. Dans le cadre du Tourisme pour tous, l'association veut offrir un logement de qualité à bon prix, intégrant des possibilités récréatives, sportives, de formation et d'éducation.
- iv. Interfédérale Mutualiste Chrétienne (IMC), asbl, qui a pour objet statutaire, en excluant tout but lucratif, la création, l'organisation, la gestion et l'exploitation d'établissements de soins de santé et de bien-être. L'association consacrera une attention particulière à la création et à l'exploitation des centres de vacances et de centres de convalescence, ainsi qu'aux diverses formes d'accueil temporaire.

L'association tend à attendre ce but en mettant en premier lieu des établissements médico-sociaux à l'exploitation qui visent une saine détente, le maintien et la promotion de la santé, ainsi qu'une rééducation fonctionnelle qualitative.

b) Au niveau international

- i. Solidarité mondiale, asbl, qui a pour objet statutaire la promotion de la solidarité et la coopération internationale en réponse à l'exclusion sociale et à la pauvreté croissantes dans le monde. Pour cette raison, toutes ses actions sont axées sur l'amélioration des conditions de travail et de vie, sur la lutte intégrale contre la pauvreté et sur la défense de la protection sociale et des droits de travail. Comme levier à cet effet, Solidarité Mondiale utilise le droit fondamental de s'organiser et elle appuie des réseaux sociaux et des organisations partenaires dans le Nord et dans le Sud.

La sensibilisation et l'action (inter)nationale d'une part et la solidarité internationale d'autre part sont à la base de la stratégie de Solidarité Mondiale au Nord comme au Sud.

Ainsi, Solidarité Mondiale forme un réseau international qui, de par le monde, contribue au respect de la justice sociale. Le mouvement ouvrier chrétien belge concrétise la coopération au développement, à travers ce réseau de solidarité mondiale.

- ii. Cellule de gestion des risques et d'accompagnement technique des mutuelles de santé, qui a pour objet statutaire de donner un appui technique et méthodologique aux associations mutualistes et à tout acteur travaillant dans le domaine des mutuelles de santé afin de professionnaliser le secteur et le développer. L'association est sans but lucratif, elle vise l'autonomie et le développement des mutuelles de santé et pratique des tarifs adaptés au secteur non-marchand.

Le C.G.A.T. a pour objectifs :

- 1) l'appui technique et le renforcement de capacité des mutuelles de santé ;
 - 2) la mise en réseau de ces mutuelles de santé ;
 - 3) servir de centre de documentation sur la micro assurance mutualiste et de capitalisation des initiatives existantes en République Démocratique du Congo ;
 - 4) collaborer comme agence de financement pour appuyer les prestations des soins, les régulateurs et les autres partenaires impliqués dans les activités sanitaires ;
 - 5) faciliter la collaboration entre les prestataires des soins et les mutuelles de santé.
- iii. Fundacja Wzajemnej Pomocy, qui a pour objet statutaire la promotion de la santé de la population.

La Fondation réalise ses objectifs au moyen de :

- 1) l'organisation et le financement de l'achat d'équipement médical spécialisé nécessaire pour le diagnostic médical,
- 2) la fourniture d'équipements spécialisés et d'équipement médical aux cliniques de revalidation,
- 3) l'organisation, la promotion et le financement de la prévention dans le domaine de santé et de soins dentaires,
- 4) le financement et le soutien aux colonies de vacances et autres formes de loisirs pour enfants,
- 5) l'aide financière, technique et matérielle aux établissements médico-sociaux et aux associations d'entraide, sous réserve de convergence d'objet statutaires,
- 6) l'aide financière et scientifique aux institutions dont l'objet est similaire à celui de la Fondation,

- 7) l'organisation de conférences scientifiques et de formations dédiées à la protection de la santé.
- iv. Fundatia pentru Dezvoltarea Asociatilor de Ajutor Mutual, qui a pour objet statutaire d'offrir une aide en vue d'améliorer les soins de santé, au bénéfice de tous les citoyens de Roumanie, quel que soit leur domicile, état de santé ou situation matérielle, pour qu'ils aient accès aux soins médicaux de qualité à un prix accessible.

Ce but peut être atteint en accomplissant les objectifs suivants :

- 1) Augmentation de la qualité des services médicaux par :
 - la rénovation des dispensaires existants ainsi que la construction et la rénovation d'autres espaces destinés aux activités spécifiées dans les Statuts ;
 - l'achat, la concession ou la location d'immeubles en vue de leur utilisation pour les activités mentionnées dans les Statuts ;
 - offrir de services médicaux à un prix accessible à tous les citoyens ;
 - l'acquisition d'un équipement médical et de récupération performante,
 - l'acquisition d'un matériel sanitaire de qualité ;
 - des stages de formation pour les fournisseurs de services médicaux.
- 2) Amélioration de l'accessibilité aux services médicaux, surtout pour les habitants des villages et pour ceux aux possibilités matérielles réduites, par :
 - réaliser la continuité des services médicaux dans les communautés rurales ;
 - organiser des activités de vulgarisation des services médicaux et du matériel sanitaire ;
- 3) Diversification des services existants par la promotion de nouveaux modèles de services de soin de santé (centre de soins de jour, services médicaux de revalidation à domicile, etc.) ;
- 4) Offrir à des partenaires tiers de l'équipement médical et de récupération ;
- 5) Organiser des campagnes de prévention contre les maladies et promotion de la santé ;
- 6) Financement et organisation des mouvements de bénévoles dans le domaine ;
- 7) Aide financière, technique et de personnel offerte aux associations pour l'aide mutuelle dans le respect de l'objectif de la fondation ;
- 8) Activités de formation, séminaires, conférences dans le domaine ;
- 9) Organisation et financement de projets de recherche au niveau local, régional et national;
- 10) D'autres activités qui peuvent contribuer à atteindre l'objectif de la fondation.

Article 72. Information et promotion

§1. L'information et la promotion a pour but :

- d'informer tous les Membres de ses Mutualités affiliées au sujet de toutes les matières concernant l'Alliance, la mutualité et les soins de santé en général, tant préventifs que curatifs ainsi que de promouvoir ces activités ;
- de soutenir les Mutualités affiliées dans l'organisation des services et opérations offerts.

Article 73. Patrimoine

§1. Objet

Le patrimoine a pour objet de prévoir les biens mobiliers et immobiliers nécessaires à la réalisation des objectifs mentionnés dans les articles 6 et 7 des Statuts ;

§2. Fonctionnement

Ce service n'attribue aucun avantage ouvrant un droit individuel à une intervention en réponse à un évènement incertain et futur.

Dans le cadre de ce service, un financement est prévu tel que mentionné en Annexe 4 des Statuts.

§3. Accord de collaboration

En vue de réaliser ses objectifs, l'Alliance nationale conclut un accord de collaboration avec l'asbl Fonds National d'Entraide.

Section 4. *Service épargne préuptiale*

Article 74. *Epargne préuptiale*

§1. A partir du 01.01.2011 aucun nouvel épargnant ne sera plus admis à l'épargne préuptiale, à l'exception des Bénéficiaires visés au §9, b) de cet article.

Les affiliations existant au 31 décembre 2010 demeurent garanties. Pour ces personnes les conditions et avantages suivants sont d'application

a) Conditions générales

L'Alliance organise l'épargne préuptiale à laquelle les Bénéficiaires peuvent s'affilier de façon individuelle et facultative.

Pour pouvoir épargner, il faut être affilié pour les services de l'assurance complémentaire d'une Mutualité. Si la possibilité de bénéficier des services de l'assurance complémentaire de la Mutualité est supprimée pour cause de non-paiement des cotisations, tel que précisé dans les statuts de la mutualité à laquelle la personne est affiliée, l'intéressé est également exclu de l'épargne préuptiale. Cela signifie qu'une démission du service épargne préuptiale suivra, où il peut être tenu compte des motifs de démission apparus avant la date à partir de laquelle les droits de l'intéressé aux services et opérations sont supprimés.

La durée d'affiliation à prendre en compte pour le calcul des avantages est exprimée en années complètes et est égale à la différence entre l'année de l'évènement qui donne lieu au paiement des avantages et l'année d'affiliation.

Chaque année, une cotisation doit être payée. Elle s'élève à au moins 18 € et ne peut pas excéder 48 €. Cette cotisation doit être payée et doit se trouver sur le compte du service le 31-12 de l'année en question au plus tard, sous réserve des exceptions mentionnées au point g).

Les paiements des montants d'épargne, des intérêts et des éventuels avantages complémentaires sont effectués à la demande des épargnants.

b) Avantages en cas de mariage et de cohabitation légale

Aux Bénéficiaires cités ci-dessus qui contractent mariage, qui introduisent une déclaration de cohabitation légale telle que définie à l'article 1476 du Code Civil après le 31 décembre 2015, qui sont ordonnés prêtres, ou qui prononcent les vœux définitifs lorsqu'ils rejoignent une communauté religieuse le service accorde les montants suivants:

- 115 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent un an d'affiliation;
- 120 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent deux ans d'affiliation.
- 165 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent trois ans d'affiliation;
- 170 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent quatre ans d'affiliation;
- 175 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent cinq ans d'affiliation;
- 185 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent six ans d'affiliation;
- 190 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent sept ans d'affiliation;
- 200 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent huit ans d'affiliation;

- 205 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent neuf ans d'affiliation;
- 210 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent dix ans d'affiliation;
- 215 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent onze ans d'affiliation;
- 225 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent douze ans d'affiliation;
- 235 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent treize ans d'affiliation;
- 245 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent au moins quatorze ans et moins de quinze ans d'affiliation;
- 255 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent quinze ans d'affiliation;
- 265 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent seize ans d'affiliation.

Les montants ci-dessus sont également accordés aux héritiers d'un Bénéficiaire décédé.

La démission est obligatoire en cas de mariage, de déclaration de cohabitation légale faite après le 31 décembre 2015, d'ordination comme prêtre ou de prononciation de vœux définitifs lors de l'entrée dans une communauté religieuse.

La démission prend ses effets l'année du mariage, de la déclaration de cohabitation légale, de l'ordination ou de la prononciation de vœux définitifs lors de l'entrée dans une communauté religieuse. La démission peut donc prendre ses effets de manière rétroactive.

Les seules années d'affiliation retenues sont celles qui précèdent le mariage, la déclaration de cohabitation légale, l'ordination ou la prononciation de vœux définitifs lors de l'entrée dans une communauté religieuse, ainsi que l'année durant laquelle le mariage, la déclaration de cohabitation légale, l'ordination ou la prononciation de vœux définitifs lors de l'entrée dans une communauté a eu lieu, pour autant que les cotisations aient été payées.

Les cotisations qui ont été versées pour les années après le mariage, la déclaration de cohabitation légale, l'ordination ou la prononciation des vœux définitifs lors de l'entrée dans une communauté religieuse seront remboursées à concurrence de 100%, majorées d'un intérêt composé de 2,75%. Ce taux d'intérêt composé est calculé jusqu'à la date à laquelle la demande de remboursement a été faite, et ne peut en aucun cas être accordé pour des années ultérieures à celle du 30ème anniversaire. Les années pour lesquelles ce taux d'intérêt composé a été calculé ne sont pas considérées comme années d'affiliation auprès de l'épargne prénuptiale pour la fixation du taux d'intérêts ou des avantages complémentaires.

c) Démission obligatoire par suite d'atteinte de l'âge maximal

Le service accorde au Bénéficiaire qui n'a pas contracté mariage, n'a pas fait de déclaration de cohabitation légale après le 31 décembre 2015, n'a pas été ordonné prêtres, ou qui n'a pas prononcée les vœux définitifs lorsqu'il rejoint une communauté religieuse au plus tard le 31 décembre de l'année dans laquelle l'âge de trente ans a été atteint, les montants suivants:

- 145 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent trois ans d'affiliation;
- 150 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent quatre d'affiliation;
- 155 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent cinq d'affiliation;
- 160 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent six ans d'affiliation;
- 165 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent neuf ans d'affiliation;
- 170 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent dix ans d'affiliation;
- 180 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent onze ans d'affiliation;
- 190 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent treize ans d'affiliation;
- 200 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent quatorze ans d'affiliation;
- 210 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent quinze ans d'affiliation;
- 220 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent seize ans d'affiliation.

Après le 31 décembre de l'année durant laquelle l'âge de 30 ans est atteint, le Bénéficiaire ne peut plus être considéré comme membre du service d'épargne prénuptiale.

- d) Démission obligatoire pour cause d'épargne irrégulière, pour cause d'exclusion du service parce que le droit aux services de l'Assurance Complémentaire de la Mutualité est supprimé ou pour cause de perte de l'affiliation à l'Alliance.

Le service garantit au Bénéficiaire qui démissionne d'office suite à l'épargne irrégulière, comme visé au point g), pour cause d'exclusion du service d'épargne prénuptiale parce que le droit aux services de l'Assurance Complémentaire de la Mutualité est supprimé ou pour cause d'exclusion du service épargne prénuptiale parce que l'intéressé n'est plus Membre d'une des Mutualités, le remboursement des sommes épargnées majorées d'un intérêt composé qui s'élève à 2,75%.

L'intéressé est averti par courrier de sa démission obligatoire pour les raisons précitées.

La démission prend effet la veille du jour au cours duquel les motifs d'exclusion apparaissent.

- e) Démission volontaire habituelle

Le service garantit à l'épargnant qui démissionne de manière volontaire le remboursement des montants épargnés, majorés d'un intérêt composé égal à 2,75%.

- f) Démission volontaire par suite de cohabitation

Celui qui est affilié au service épargne prénuptiale qui n'entre pas en considération pour l'un des motifs de démission obligatoire précités peut demander une démission volontaire pour cause de cohabitation. A cet effet, le Bénéficiaire doit introduire une demande et avancer la preuve de cette cohabitation.

Si le Membre affilié au service épargne prénuptiale démissionne et prouve qu'il cohabite, le service accordera le même montant comme en cas de mariage et de cohabitation légale, tenant compte du nombre d'années d'affiliation jusqu'à et y compris l'année au cours de laquelle commence la cohabitation.

La démission prend effet pendant l'année au cours de laquelle débute la cohabitation. La démission peut donc se faire de façon rétroactive. Comme années d'affiliation, on ne prend en considération que les années qui précèdent la cohabitation et l'année au cours de laquelle la cohabitation débute pour autant que les cotisations soient payées.

Les cotisations qui ont été payées pour les années après l'année de début de la cohabitation seront remboursées à 100 % et majorées d'un intérêt composé qui pour l'instant s'élève à 2,75%. Cet intérêt composé est calculé jusqu'à la date à laquelle la demande de remboursement a été faite, et ne peut en aucun cas être accordé pour des années ultérieures à celle du 30ème anniversaire. Les années pour lesquelles cet intérêt composé a été pris en compte ne sont pas considérées comme années d'affiliation à l'épargne prénuptiale pour déterminer le taux d'intérêt ni pour déterminer les avantages complémentaires

Il faut entendre par cohabitation : la cohabitation sous un même toit de deux personnes, ayant au moins 18 ans, qui ne sont ni ascendant, ni descendant, ni alliés, ni collatéraux jusqu'au troisième degré inclus.

La cohabitation doit être prouvée de façon administrative.

L'Alliance se réserve le droit de vérifier la date de début de la cohabitation, et de demander les informations requises à cet effet. Cette vérification se fait sur la base des données d'informations visées à l'art. 3, premier paragraphe, 5° de la loi du 8 août 1983 réglant un registre national des personnes physiques, ou de preuves équivalentes s'il s'agit d'une cohabitation à l'étranger. Si la date de début de la cohabitation fournie par le registre national ou par la preuve équivalente est différente de celle en notre possession, ce sera la date de début de la cohabitation du Registre national ou la preuve équivalente qui primera.

Le service accordera donc les montants suivants :

- 115 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis un an au cours de l'année du début de la cohabitation;
- 120 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés deux ans au cours de l'année du début de la cohabitation;

- 165 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés trois ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- 170 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés quatre ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- 175 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés cinq ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- 185 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis six ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- 190 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis sept ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- 200 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis huit ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- 205 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis neuf ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- 210 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis dix ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- 215 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis onze ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- 225 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis douze ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- 235 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis treize ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- 245 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis quatorze ans au cours de l'année du début de la cohabitation;
- 255 % des sommes épargnées jusqu'à et y compris l'année de cohabitation, s'ils sont affiliés depuis quinze ans au cours de l'année du début de la cohabitation ;
- 265 % du montant des sommes épargnées, s'ils comptent seize ans d'affiliation au cours de l'année du début de la cohabitation.

g) Régularisations, versements de rattrapage et irrégularité.

Le montant d'épargne minimum est fixé à €18 par an à dater du 1er janvier 2002.

Si ce montant minimal n'a pas été atteint durant l'année X, l'épargnant recevra au cours de l'année x+1 un rappel dans lequel il est invité à régulariser la situation. L'épargnant a le temps de faire le versement de rattrapage jusqu'à la fin du deuxième mois qui suit le mois au cours duquel le rappel a été envoyé. Si le montant du versement de rattrapage ne se trouve pas sur le compte du service ce jour-là, une démission d'office pour épargne irrégulière - comme visé au point 4 - aura lieu le premier jour du troisième mois qui suit le mois au cours duquel le rappel a été envoyé.

Les versements de rattrapage ne peuvent avoir pour conséquence que le montant d'épargne minimal de l'année concernée soit dépassé.

Pour chaque versement de rattrapage, l'intéressé doit payer une indemnité d'intérêts égale au taux d'intérêt technique fixé annuellement par l'OCM et qui s'élève à 2,5 %.

Pour chaque versement, on vérifiera si le montant minimal d'épargne de l'année précédente a bien été atteint et, le cas échéant, cette année sera complétée en priorité.

On est considéré comme épargnant irrégulier et donc démissionnaire si dans le délais visé au deuxième alinéa de ce point, un montant minimal de 18 euro n'a pas été payé et ne se trouve pas sur le compte du service pour l'année x. Voir à cet effet le point d) du présent article.

On pourra déroger à ces délais de régularisation en cas de force majeure.

On entend par force majeure : un événement en dehors de la volonté de l'intéressé qui ne pouvait le prévoir ou prévenir et qui rend impossible l'exécution de l'engagement.

Dans ces cas de force majeure, on demandera les mêmes intérêts sur les versements de rattrapage.

h) Avantages complémentaires

Une prime de croissance est accordée au Bénéficiaire pour la somme épargnée dans la période à partir de 1991 jusqu'à 2004 inclus.

Cette prime n'est pas accordée en cas de démission volontaire ou en cas de démission d'office suite à l'épargne irrégulière comme visé au point d).

Le montant de la prime simple à laquelle le Bénéficiaire peut prétendre à partir de 1991 jusqu'au 2004 inclus se trouve en Annexe 5 des Statuts.

Pour chaque année qui peut être prise en considération pour l'attribution de cette prime, la partie due au Bénéficiaire se rapporte à la fraction dont :

- le numérateur est constitué par le total des montants épargnés par le Bénéficiaire pour l'année en question;
- et dont le dénominateur est formé par le montant maximum de cotisation pouvant être versé par le Bénéficiaire pour l'année en question, conformément aux dispositions de cet article (€ 44,62 jusqu'en 2001 et € 48 à partir de 2002 jusqu'au 2004 inclus).

Le montant total de la prime de croissance est égal à la somme des primes annuelles acquises de la sorte, tenant compte de l'ancienneté atteinte cette année-là.

La prime de croissance n'est pas un droit acquis de l'épargnant et peut donc chaque année être adaptée par l'assemblée générale en fonction de l'équilibre financier du service.

Si un épargnant mute vers notre Alliance en matière d'épargne pré-nuptiale l'ancienneté que le Bénéficiaire avait en matière d'épargne pré-nuptiale auprès de son ancienne union nationale est reprise.

i) Mutation

i. Mutations sortantes

En cas de mutation du Bénéficiaire, en qualité de titulaire ou de Personne à Charge, auprès d'une Mutualité non affiliée à l'Alliance, il est mis fin à l'affiliation de l'intéressé auprès de l'épargne pré-nuptiale par l'Alliance. Dans ce cas, l'intéressé doit démissionner du service épargne pré-nuptiale ou s'affilier à l'épargne pré-nuptiale de l'union nationale à laquelle est affiliée sa nouvelle Mutualité.

Dans ce cas, l'Alliance transfère, à la nouvelle union nationale de l'intéressé, le total des sommes versées au titre de l'épargne pré-nuptiale, augmentées de l'intérêt composé.

Le taux d'intérêt est fixé par l'OCM.

ii. Mutations entrantes

A condition que l'affiliation à l'épargne pré-nuptiale d'une ancienne union nationale a eu lieu avant le 01.01.2011, le service octroie en cas de mutation d'un Bénéficiaire les avantages statutaires, avec reconnaissance de l'ancienneté que le Bénéficiaire avait auprès de son ancienne union nationale pour l'épargne pré-nuptiale.

Les personnes qui, au moment où la mutation devient effective, entraînent en considération pour un motif de démission obligatoire tel que défini ci-dessus, ne peuvent pas s'affilier au service épargne pré-nuptiale de l'Alliance. Il en va de même pour les personnes dont les droits aux services de l'Assurance Complémentaire de l'ancienne union nationale ont été supprimés.

iii. Le débiteur ou le Bénéficiaire peut, en sa qualité de titulaire ou de Personne à Charge, prendre l'initiative d'une mutation individuelle en épargne pré-nuptiale.

Ce type de mutation peut avoir lieu à quatre moments de l'année : au début de chaque trimestre. Dans ce cadre, l'intéressé signe un formulaire de demande de mutation de l'Epargne pré-nuptiale auprès de la nouvelle mutualité

iv. Dès que l'épargne pré-nuptiale constate qu'il n'est plus satisfait aux conditions statutaires d'affiliation, l'intéressé en est informé par écrit. Les événements qui ont lieu après le trimestre qui suit le trimestre au cours duquel une telle lettre est adressée, ne peuvent pas être pris en considération pour une démission.

Section 5. *Le service Centre Administratif code 98/1*

Article 75. **Centre Administratif – code 98/1**

- §1. Le centre administratif se charge de la répartition totale des frais de fonctionnement communs qui, conformément aux articles 74 et 75 de l'A.R. du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, §§ 1er et 5, de la Loi du 6 août 1990, ne sont pas directement imputables à l'Assurance Obligatoire Fédérale ou Régionale ou à un service déterminé de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance.

CHAPITRE V. PRESCRIPTION

Article 76. Prescription

- §1. L'action en paiement des interventions dans le cadre des services de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance repris dans les Statuts se prescrit par deux ans après la survenance de l'événement qui, en vertu des Statuts, peut donner lieu à l'octroi d'un avantage.

L'action en paiement de sommes qui porteraient à un montant supérieur le paiement d'interventions financières et indemnités qui a été accordé dans le cadre des services de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance repris dans les Statuts, se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ce paiement a été effectué.

- §2. L'action en récupération de la valeur des interventions financières et indemnités indûment octroyées dans le cadre des services de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance repris dans les Statuts se prescrit par deux ans après la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

Cette prescription n'est pas appliquée lorsque l'octroi indu d'interventions financières ou d'indemnités a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

- §3. L'action en paiement des cotisations pour les services de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance repris dans les Statuts, se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent les cotisations impayées.

- §4. L'action en remboursement des cotisations indûment payées pour les services de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance repris dans les Statuts, se prescrit par cinq ans à compter du jour du paiement des cotisations indûment payées.

- §5. L'envoi d'une lettre recommandée à la poste suffit pour interrompre la prescription. L'interruption peut être renouvelée.

CHAPITRE VI. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Section 1. Modification des Statuts

Article 77. Modification des Statuts

§1. Une modification des Statuts ne peut être décidée par l'Assemblée Générale que si la décision est prise à une majorité des deux tiers de voix des délégués présents ou représentés.

Section 2. Fonds et répartition des fonds - Recettes des services - Clôture des comptes - Investissement des fonds

Article 78. Fonds et répartition des fonds

§1. Les fonds de l'Alliance, autres que ceux dont elle dispose en sa qualité d'Organisme assureur dans le cadre de l'Assurance Obligatoire Fédérale, sont répartis entre les services suivants, pour lesquels un compte de résultat séparé est tenu dans chaque cas :

- Opérations dans le cadre de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance
- Le centre administratif
- Information et promotion
- Subventionnement des structures socio-sanitaires
- Patrimoine
- Fonds spécial de réserve complémentaire
- Épargne prénuptiale pour les jeunes

Article 79. Recettes des services

§1. Chaque service de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance, à l'exception du centre de répartition administratif (98/1), reçoit les cotisations visées à l'article 62 des Statuts, les subventions des autorités publiques, les dons, legs et recettes diverses qui lui sont destinés, ainsi que les intérêts qui lui sont dus sur les moyens disponibles du service concerné.

§2. Si, en raison de l'insuffisance des revenus, un service ne peut faire face aux dépenses qu'il doit supporter, le Conseil d'administration doit convoquer une Assemblée Générale pour prendre les mesures requises par la situation.

Le cas échéant, l'article 84 des Statuts sera pris en compte.

Article 80. Clôture des comptes

§1. Les comptes sont clôturés le 31 décembre de chaque année et sont soumis par le Conseil d'administration à l'Assemblée Générale pour approbation.

Article 81. Investissement des fonds

§1. Les fonds, y compris ceux dont dispose l'Alliance en sa qualité d'Organisme assureur dans le cadre de l'Assurance Obligatoire Fédérale, sont investis conformément aux dispositions légales et réglementaires et ne peuvent en aucun cas être soustraits à l'objectif qui leur est expressément assigné par les Statuts.

Section 3. ***Collaboration***

Article 82. **Collaboration**

§1. L'Alliance peut coopérer avec des tiers dans le but d'exécuter des tâches qui lui sont confiées par une loi, un décret ou une ordonnance.

§2. En application de l'article 43 de la Loi du 6 août 1990, le Conseil d'administration fait rapport à l'Assemblée Générale sur cette coopération au moins une fois par an.

Le cas échéant, le Conseil d'administration fait également rapport sur la manière dont les ressources financières apportées par l'Alliance à la coopération ont été utilisées.

Section 4. ***Dissolution de l'Union Nationale***

Article 83. **Décision de dissolution**

§1. L'Alliance peut être dissoute par une décision de l'Assemblée Générale spécialement convoquée à cet effet.

L'avis de convocation indique :

- les raisons de la dissolution ;
- la situation financière la plus récente de l'Alliance, établie à une date ne remontant pas à plus de trois mois ;
- le rapport du Collège des réviseurs sur cette situation. Ce rapport doit notamment indiquer si la situation financière telle qu'elle est présentée est complète et conforme ;
- les conditions de la liquidation ;
- la ou les propositions d'affectation d'éventuels actifs restants.

§2. La décision de dissolution est prise à la majorité telle que définie à l'article 77 des Statuts.

Article 84. **Nomination des liquidateurs**

§1. L'Assemblée Générale qui décide de dissoudre l'Alliance, nomme un ou plusieurs liquidateurs choisis sur une liste de réviseurs agréés établie par l'OCM, membres de l'Institut des Réviseurs d'Entreprises, selon les modalités prévues par la loi.

Sauf circonstances exceptionnelles (comme déterminées par l'OCM) l'Alliance doit solliciter, sous peine de nullité, l'accord de l'OCM au moins un mois avant la date prévue de proposition de désignation à l'Assemblée Générale.

La désignation des liquidateurs ne peut, sous peine de nullité, être effectuée qu'après avoir communiqué à l'OCM la rémunération attachée à cette fonction. Les modifications à cette rémunération sont également communiquées à l'OCM, sous peine de nullité.

Article 85. **Utilisation des actifs**

§1. En cas de dissolution de l'Alliance, les actifs résiduels des services de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance sont affectés en priorité au paiement des Avantages au profit des Bénéficiaires.

§2. L'indemnisation des Bénéficiaires visée au premier paragraphe peut s'effectuer sur une base actuarielle.

§3. S'il ressort des comptes de la liquidation qu'après l'apurement de toutes les dettes et la consignation

des sommes dues à certains créanciers, il subsiste des actifs résiduels, l'Assemblée Générale décidera de la destination à donner à ces actifs résiduels, dans le respect de ses buts statutaires.

Section 5. *Cessation des services*

Article 86. *Cessation des services*

- §1. En cas de cessation des services de l'Assurance Complémentaire de l'Alliance, les actifs restants de ces services seront utilisés en priorité pour le paiement des Avantages aux Bénéficiaires.
- §2. Les décisions de l'Assemblée Générale concernant la cessation des services et l'affectation des actifs restants sont prises à la majorité prévue à l'article 77 des Statuts.

Section 6. *Entrée en vigueur des Statuts*

Article 87. *Entrée en vigueur des Statuts*

- §1. Les présents Statuts entrent en vigueur à la date fixée par l'Assemblée Générale, sous réserve de l'approbation de l'OCM.
- §2. Néanmoins, les articles 13, 14, §2, 23, 24, 25, 26, §3, 28 §4&5 et 60 n'entreront en vigueur qu'à partir du renouvellement en 2022 de la composition des organes statutaires. Jusqu'à cette date, les articles 8, 9, 10, 20, 21, 22 et 23 de la version coordonnée des statuts en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2020 restent d'application.

ANNEXE 1.**LISTE DES MUTUALITES ET SM AFFILIEES**

120	Christelijke Mutualiteit Vlaanderen	Haachtsesteenweg 579	1030	SCHAARBEEK
134	Mutualité Chrétienne	Chaussée de Haecht 579	1030	SCHAARBEEK
180/03	Maatschappij van Onderlinge Bijstand CM Zorgkas	Haachtsesteenweg 579	1030	SCHAARBEEK
180/06	Société Mutualiste Régionale des Mutualités Chrétiennes pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale	Chaussée de Haecht 579	1030	SCHAARBEEK
180/07	Société Mutualiste Régionale des Mutualités Chrétiennes pour la Région wallonne	Rue de Fernelmont 42	5020	CHAMPION-NAMUR
150/01	Maatschappij van Onderlinge Bijstand Verzekeringen CM-Vlaanderen	Haachtsesteenweg 579	1030	SCHAARBEEK
150/02	Société Mutualiste MC Assure	Chaussée de Haecht 579	1030	SCHAARBEEK

ANNEXE 2. TABLEAU DES COTISATIONS

Cotisations annuelles en euros

Code	Article	Service ou opération	Cotisation par Ménage mutualiste	Cotisation par Ménage mutualiste (*)
15	65, 66 et 67	Opérations (autres)	8,13	0,00
37	72	Information et promotion	0,70	0,00
38	71	Subventionnement de structures socio-sanitaires	1,29	0,00
90	69	Fonds spéciale de réserve complémentaire	0,00	0,00
93	73	Patrimoine	0,00	0,00
98/2	70	Centre administratif	0,85	0,00
Total			10,97	0,00

*Ménage mutualiste où le titulaire est l'une des personnes mentionnées à l'article 61, §2 auxquelles une cotisation de 0,00 euro est demandée.

ANNEXE 3. ANNEXE A L'ARTICLE 71 (SUBVENTIONNEMENT DE STRUCTURES SOCIO-SANITAIRES)

Aperçu du subventionnement

Aperçu du subventionnement de structures socio-sanitaires tel que visé à l'article 1, 5° de l'A.R. du 12 mai 2011

Action collective (art.71 – code 38)	Subventionnement 2021	<u>Subventionnement envisagé 2022</u>
Beweging	1.653.429,00 euros	1.653.429,00 euros
MOC	517.144,00 euros	517.144,00 euros
Masembre	145.000,00 euros	145.000,00 euros
IMC	545.000,00 euros	2.927.986,00 euros
Solidarité Mondiale	436.638,00 euros	520.000,00 euros
Cellule de gestion des risques et d'accompagnement technique des mutuelles de santé	20.000,00 euros	20.000,00 euros
Fundacja Wzajemnej Pomocy	270.000,00 euros	270.000,00 euros
Fundatia pentru Dezvoltarea Asociațiilor de Ajutor Mutual	39.400,00 euros	50.000,00 euros

Le montant du subventionnement est fixé annuellement par l'Assemblée générale.

Le Conseil d'administration peut modifier ce montant si les conditions suivantes sont remplies :

- la décision du conseil d'administration est immédiatement transmise à l'OCM par courrier recommandé signé par un responsable de l'Alliance ;
- ce courrier mentionne la date de prise d'effet de la décision ;
- les modifications sont intégrées dans les Statuts avec effet rétroactif lors de l'Assemblée générale suivante.

ANNEXE 4. ANNEXE A L'ARTICLE 73 (PATRIMOINE)

Aperçu du financement

Patrimoine (art.73 – code 93)	Financement 2021	<u>Financement envisagé 2022</u>
Fonds Nationale d'Entraide	3.200.000,00 euros	0,00 euro

Le montant du financement est fixé annuellement par l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration peut modifier ce montant si les conditions suivantes sont remplies :

- la décision du Conseil d'Administration est immédiatement transmise à l'OCM par courrier recommandé signé par un responsable de l'Alliance ;
- ce courrier mentionne la date de prise d'effet de la décision ;
- les modifications sont intégrées dans les Statuts avec effet rétroactif lors de l'Assemblée Générale suivante.

Prime de croissance

Nombre d'années d'affiliation	Montant de la prime simple pour l'année										
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	A partir de 2005
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	2,48	2,48	2,48	2,48	2,48	2,48	2,48	2,48	2,48	2,48	0
4	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96	0
5	7,43	7,43	7,43	7,43	7,43	7,43	7,43	7,43	7,43	7,43	0
6	9,92	9,92	9,92	9,92	9,92	9,92	9,92	9,92	9,92	9,92	0
7	12,39	12,39	12,39	12,39	12,39	12,39	12,39	12,39	12,39	12,39	0
8	14,88	14,88	14,88	14,88	14,88	14,88	14,88	14,88	14,88	14,88	0
9	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	0
10	19,83	19,83	19,83	19,83	19,83	19,83	19,83	19,83	19,83	19,83	0
11	22,31	22,31	22,31	22,31	22,31	22,31	22,31	22,31	22,31	22,31	0
12	24,79	24,79	24,79	24,79	24,79	24,79	24,79	24,79	24,79	24,79	0
13	27,27	27,27	27,27	27,27	27,27	27,27	27,27	27,27	27,27	27,27	0
14	29,75	29,75	29,75	29,75	29,75	29,75	29,75	29,75	29,75	29,75	0
15	32,22	32,22	32,22	32,22	32,22	32,22	32,22	32,22	32,22	32,22	0
16	34,71	34,71	34,71	34,71	34,71	34,71	34,71	34,71	34,71	34,71	0