

UNION NATIONALE DES MUTUALITES NEUTRES

établie à Bruxelles

agrée en vertu de et assujettie à la loi du 6 août 1990

FONDEE EN 1886

Reconnue par Arrêté Royal du 8 septembre 1908

(annexe au Moniteur Belge du 13 septembre 1908)

S T A T U T S

Approuvés par le Ministre des Affaires Sociales

(Moniteur Belge du 23 octobre 1992)

Vu la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités et ses arrêtés d'exécution ;

Vu la loi coordonnée du 14 juillet 1994 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et ses arrêtés d'exécution ;

Après délibération, l'Assemblée générale réunie le 17 octobre 1991 à Bruxelles, a décidé, au quorum de présence et de majorité exigé par la loi, de fixer les statuts de l'union nationale comme suit :

CHAPITRE I

CONSTITUTION - DENOMINATION - BUTS - SIEGE SOCIAL

ARTICLE 1.

Il a été constitué en 1886 une union nationale de fédérations de sociétés mutualistes sous la dénomination : « Union nationale des fédérations mutualistes neutres de Belgique ».

Celle-ci fut reconnue par arrêté royal du 8 septembre 1908.

Par arrêté royal d'homologation du 28 février 1967 (Moniteur belge du 14 mars 1967), la dénomination suivante lui a été reconnue : « Union nationale des fédérations mutualistes neutres ».

Sa dénomination actuelle est « Union nationale des mutualités neutres ».

Son siège, primitivement établi à Bruxelles et transféré à Ixelles en 1945, est fixé à Saint-Gilles (Bruxelles).

Dans ses relations avec des tiers, l'Union nationale peut utiliser les abréviations suivantes : Union neutre, union des mutualités neutres, U.N.M.N., mutualité(s) neutre(s).

ARTICLE 2.

Les buts de l'Union nationale sont :

- a. Dans le cadre des articles 3 a) et c) et 6 de la loi du 6 août 1990 : la participation à l'exécution de l'assurance maladie obligatoire ainsi que l'information, la guidance et l'assistance des membres lors de l'accomplissement de cette mission.

L'exécution de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité amène l'Union nationale à se porter garante du remboursement des prestations de santé, tant pour les prestations des médecins, des dentistes ou des paramédicaux que pour les prestations et l'admission dans des institutions médico-sociales, aux membres ou à leurs personnes à charge, soit directement soit par le biais du tiers payant.

En outre, cette tâche comprend aussi la guidance des membres afin de veiller à ce que leurs soins qualitatifs soient assurés et de veiller que chacun ait accès à ces soins.

D'autre part, l'Union nationale se portera aussi garante du paiement des indemnités aux travailleurs invalides ou aux indépendants invalides, du paiement des indemnités de maternité et de l'allocation pour frais funéraires, ainsi que l'information, la guidance et l'assistance lors de l'accomplissement de ces activités.

Toutes ces activités ainsi que leurs contrôles ont lieu en application de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et de ses arrêtés d'exécution.

L'Union nationale est responsable pour la bonne exécution des obligations qui lui sont imposées en vertu de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, relative à l'assurance maladie-invalidité. Elle peut donner l'autorisation aux mutualités qui lui sont affiliées d'exécuter sous sa supervision et conformément à ses instructions certaines tâches découlant de l'application de cette loi.

- b. Dans le cadre des articles 3 b) et c), 6 et 7 § 4 de la même loi : l'octroi d'interventions, d'avantages et d'indemnités aux membres des mutualités affiliées et à leurs personnes à charge et l'octroi de l'aide, de l'information, de la guidance et de l'assistance dans les domaines suivants :

Services obligatoires pour les mutualités affiliées ainsi que pour les membres de ces mutualités qui sont affiliés à l'assurance complémentaire de ces mutualités ou qui font partie de catégories de membres désignées par ces mutualités comme étant membres de l'assurance complémentaire :

- un service « médecines alternatives » (CODE OCM : 07);
- un service « traitements orthodontiques » (CODE OCM : 05);
- un service « optique » (CODE OCM : 06) ;
- un service « Fraternité – Œuvres sociales » (CODE OCM : 23, 70, 71, 72, 73, 81, 82, 88, 89) ;
- un service de soins urgents à l'étranger (CODE OCM : 01);
- un service « affiliation à un club sportif » (CODE OCM : 74) ;

Services obligatoires pour les mutualités affiliées mais facultatifs pour les membres de ces mutualités :

- un service d'épargne prénuptiale (CODE OCM : 56).

Services facultatifs pour les mutualités affiliées mais obligatoires pour les membres des mutualités ayant opté pour ces services et qui sont affiliés à l'assurance complémentaire de ces mutualités ou qui font partie de catégories de membres désignées par ces mutualités comme étant membres de l'assurance complémentaire :

- un service « garde d'enfants » (CODE OCM : 30).
- un service « bien-être et santé » (CODE OCM : 7)

Cette disposition entre en vigueur le 1^{er} juillet 2008.

ARTICLE 3.

Le siège de l'Union nationale est établi à Bruxelles.

Le champ d'action comprend la Belgique et les personnes y ayant leur résidence principale, ainsi que :

- les personnes qui ont leur résidence principale à l'étranger mais qui sont néanmoins assujetties à la sécurité sociale belge ;
- les militaires ou diplomates belges qui séjournent à l'étranger.

CHAPITRE II

COMPOSITION DE L'UNION NATIONALE

ARTICLE 4.

L'Union nationale se compose de mutualités reconnues.

ARTICLE 5.

Les membres effectifs des mutualités faisant partie de l'Union nationale sont répartis en 4 catégories, à savoir :

1ère catégorie : assurés obligatoires dont les droits et les charges sont déterminés par les dispositions légales et réglementaires concernant l'organisation de l'assurance-soins de santé et indemnités obligatoire des travailleurs assujettis à la sécurité sociale et qui paient les cotisations destinées aux services complémentaires prévus au chapitre 5.

2ème catégorie : assurés obligatoires dont les droits et les charges sont déterminés par les dispositions légales et réglementaires concernant l'organisation de leur assurance obligatoire, mais qui ne paient aucune cotisation et ne bénéficient que des services de mutation et d'arbitrage.

3ème catégorie : assurés obligatoires dont les droits et les charges sont déterminés par les dispositions légales et réglementaires concernant l'organisation de l'assurance-soins de santé obligatoire et qui paient les cotisations destinées aux services complémentaires prévus au chapitre 5.

- 4ème catégorie** :
- Assurés obligatoires dont les droits et les charges sont déterminés par les dispositions légales et réglementaires concernant l'organisation de l'assurance soins de santé obligatoire des travailleurs indépendants affiliés à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité et qui paient les cotisations destinées aux services de santé mutualistes et complémentaires prévus au chapitre 5.
 - Assurés obligatoires affiliés à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité ou à la caisse des soins de santé de la S.N.C.B. pour l'assurance-soins de santé agréées, les fonctionnaires de l'Union européenne ainsi que les agents du Shape qui paient les cotisations destinées aux services complémentaires prévus au chapitre 5.
 - Les personnes qui en assurance obligatoire sont à charge d'une institution nationale ou supranationale autre que notre système d'assurance obligatoire et qui paient les cotisations destinées aux services complémentaires prévus au chapitre 5.
 - Les personnes qui dépendent d'un régime de sécurité sociale étranger (E.E.E.) et qui résident en Belgique. Un document de convention international valide doit être en leur possession.

Cette disposition entre en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

ARTICLE 6.

Les membres effectifs des mutualités affiliées ont droit aux avantages prévus par l'article 2, b) des présents statuts, à condition que :

1° - le stage prévu pour le service concerné soit accompli ;

2° - l'âge maximum, éventuellement prévu pour le service concerné, ne soit pas dépassé lors de l'affiliation.

Les personnes à charge sont bénéficiaires des services organisés par les présents statuts, dès que leur inscription comme bénéficiaires aux avantages des services organisés par les mutualités affiliées est définitive. Les présents statuts disposent pour chaque service ce qu'il faut entendre par personne à charge, bénéficiaire pour ce service.

ARTICLE 7.

S'inspirant de la devise nationale, dans la plus large acception et voulant faciliter l'affiliation de tous les mutualistes, quelles que puissent être leurs opinions, l'Union nationale s'interdit toute action sur le terrain politique, philosophique et linguistique et n'accepte que des mutualités et sociétés mutualistes adhérant aux mêmes principes.

CHAPITRE III**CONDITIONS D'ADMISSION, DE DEMISSION ET DE COLLABORATION
A L'ASSURANCE OBLIGATOIRE ET COMPLEMENTAIRE****ARTICLE 8.**

La mutualité qui sollicite son admission en fait la demande par écrit au président de l'Union nationale. Cette demande, signée par le président et par le secrétaire au nom de 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'il y a le nombre minimum de membres requis par l'article 3 de l'arrêté royal du 7 mars 1991 ;
4. fournir la preuve qu'un service au moins sera organisé comme prévu à l'article 3, b) de la loi du 6 août 1990.

De plus, la mutualité requérante doit prendre l'engagement de se conformer aux statuts, aux règlements et aux instructions de l'Union nationale et à toutes les décisions prises conformément aux prescriptions statutaires et légales. Elle doit, en outre, joindre à sa demande un exemplaire de ses statuts.

L'Assemblée générale statue sur les demandes d'admission.

ARTICLE 9.

Les mutualités ont le droit de démissionner selon les modalités prévues par la loi, les statuts et les règles fixées par l'I.N.A.M.I. et par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités.

Toute mutualité désirant faire mutation collective est tenue, en plus des obligations prévues par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et par la loi du 6 août 1990, de verser une indemnité de dédommagement correspondant à 6 mois de frais d'administration de l'assurance obligatoire ainsi qu'à 6 mois de frais d'administration prévus pour les services nationaux d'assurance complémentaire. L'Union nationale procède d'office à la retenue de cette indemnité de dédommagement.

L'indemnité de dédommagement est limitée à 3 mois de frais d'administration de l'assurance obligatoire lorsque le préavis comporte plus d'un an. Les mutualités sont tenues au paiement intégral des cotisations afférentes à l'année complète au cours de laquelle elles donnent ledit préavis, ainsi que, le cas échéant, à la période couverte par le préavis. Toute désaffiliation ne peut avoir lieu que moyennant l'engagement formel de prise en charge et d'apurement des dettes à l'égard de l'Union nationale.

Toute mutualité démissionnant ainsi que chacun de ses membres individuellement, sont déchus de tous droits et revendications quelconques sur l'avoir social de l'Union nationale et ne peuvent obtenir aucun remboursement ou quote-part des réserves.

Dès que la démission de la mutualité est signifiée à l'union nationale, les représentants de cette mutualité à l'Assemblée générale, au Conseil d'administration et au Comité de direction sont considérés comme démissionnaires avec effet immédiat.

ARTICLE 10.

(approbation sous réserve – Conseil du 8 février 2010)

§ 1 - Les mutualités affiliées peuvent être autorisées à exécuter les dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Elles doivent respecter les dispositions de la loi, ainsi que les dispositions statutaires et les décisions, directives et instructions émanant des organes compétents de l'Union nationale des mutualités neutres ; sont considérées entre autres comme telles les circulaires et instructions diverses de l'Union nationale, les décisions du Conseil d'administration et des Comités du Conseil d'administration, les circulaires de l'O.C.M. et de l'I.N.A.M.I., le code déontologique de concurrence adopté par le Conseil d'administration de l'Union nationale, l'Engagement de bonne gestion de l'Union nationale des mutualités neutres adopté par le Conseil d'administration de l'Union nationale des mutualités neutres et signé par les responsables des mutualités neutres.

§ 2 - Le Conseil d'administration peut retirer une autorisation donnée sur proposition du Comité de direction si la mutualité n'en respecte pas les conditions. La décision par laquelle l'autorisation est refusée ou retirée doit être motivée.

La mutualité peut interjeter appel de cette décision auprès du Ministre ayant la Prévoyance sociale dans ses attributions dans les quinze jours civils de la notification de la décision.

§ 3 - Lorsqu'une autorisation donnée 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.

§ 4 - Sans préjudice des dispositions du § 1er du présent article, lorsque le Conseil d'administration de l'Union Nationale constate qu'une mutualité affiliée n'agit pas suivant ses objectifs statutaires ou ne respecte pas les obligations imposées par la loi du 6 août 1990 et ses arrêtés d'exécutions, en ce compris les conditions de l'autorisation visée au § 1^{er}, il peut ordonner à la mutualité de régulariser la situation dans un délai raisonnable qu'il détermine.

A défaut de régularisation dans le délai imparti, le Conseil d'administration peut décider de suspendre l'exercice des compétences des organes de la mutualité et peut s'y substituer pendant une période déterminée, soit directement, soit par délégation à un membre du comité de direction ou du secrétariat national et reprendre ainsi complètement ou en partie la gestion de la mutualité.

§ 5 - Sans préjudice des §§ 1, 2, 3, 4 et 6 du présent article, le Conseil d'administration de l'Union nationale peut imposer à la mutualité concernée un prélèvement entre €250 et €10.000 sur la part de la mutualité dans les frais d'administration de l'assurance obligatoire en cas de manquement à la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et à ses arrêtés d'exécution, à la loi du 6 août 1990 et à ses arrêtés d'exécution, aux statuts, règlements, décisions et instructions de l'Union nationale et en cas de manquement à la bonne gestion ; sont considérées entre autres comme telles les circulaires et instructions diverses de l'Union nationale, les décisions du Conseil d'administration et des Comités du Conseil d'administration, les circulaires de l'O.C.M. et de l'I.N.A.M.I., le code déontologique de concurrence adopté par le Conseil d'administration de l'Union nationale, l'Engagement de bonne gestion de l'Union nationale des mutualités neutres adopté par le Conseil d'administration de l'Union nationale des mutualités neutres et signé par les responsables des mutualités neutres.

§ 6 - Lorsque l'Office de contrôle constate qu'une mutualité n'agit pas suivant ses objectifs statutaires ou ne respecte pas les obligations imposées par la présente loi ou ses arrêtés d'exécution, ou les dispositions comptables et financières de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, il peut, par décision motivée, ordonner à la mutualité de régulariser la situation dans un délai fixé par lui. Ce délai prend cours à partir de la date de notification de la décision.

Lorsque, à l'issue du délai susvisé, la mutualité n'a pas effectué la régularisation imposée, l'Office de contrôle en informe l'Union nationale à laquelle elle est affiliée. L'Office de contrôle communique à l'Union nationale le délai dans lequel la régularisation doit y avoir lieu. L'Union nationale peut décider de suspendre l'exercice des compétences des organes de la mutualité et peut s'y substituer pendant une période déterminée par l'Union nationale en vue de procéder à la régularisation.

§ 7 - Les mutualités affiliées s'engagent à respecter les instructions de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, de l'Office de contrôle et de l'Union nationale en ce qui concerne l'organisation de l'assurance maladie-invalidité.

Elles reçoivent de l'Union nationale des avances de fonds leur permettant d'accorder à leurs affiliés les avantages prévus par les lois et règlements sur l'assurance maladie-invalidité. Elles sont comptables, en tout temps, de l'exactitude de leurs opérations. Elles se prêtent à tous contrôles exercés par l'Union nationale, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité ou l'Office de contrôle et s'engagent à remettre régulièrement et dans les délais prévus, tous les renseignements d'ordre comptable ou statistique demandés par les instances supérieures de l'assurance maladie-invalidité, conformément aux dispositions légales concernant l'assurance-maladie obligatoire.

Les prestations accordées par l'Union nationale aux assurés obligatoires sont celles prévues par la législation et la réglementation en la matière.

- § 8, 1° - Les mutualités affiliées doivent nommer un directeur de la mutualité. Quelles que soient sa dénomination ou sa fonction statutaire, celui-ci doit être lié à la mutualité par un contrat d'emploi à temps plein et doit être chargé de la gestion journalière et mandaté comme personne responsable vis-à-vis de l'Union. Il a la charge des services techniques, comptables, financiers et administratifs de la mutualité et est chargé de l'exécution des instructions de l'Union nationale.
- 2° - Toute nomination d'un directeur de mutualité, est présentée par celle-ci et soumise à l'approbation préalable du Conseil d'administration de l'Union nationale sur proposition du Comité de direction. En cas de vacance, le Conseil d'administration de la mutualité dispose d'une semaine pour proposer un nouveau candidat. Si celui-ci est refusé par le Comité de direction de l'Union nationale, le Comité de direction nomme un directeur ad intérim, jusqu'au moment où une candidature est jugée acceptable par le Conseil d'administration de l'Union nationale sur avis conforme du Comité de direction.
- 3° - Les règles reprises au § 8, 1° et 2° ci-dessus sont également d'application pour les autres postes de direction de la mutualité, à savoir l'adjoint du directeur mandaté par la mutualité.
- 4° - Le directeur de la mutualité assiste de plein droit aux réunions des assemblées statutaires de sa mutualité ainsi que des sociétés mutualistes qui y sont affiliées, que ce soit l'Assemblée générale, le Conseil d'administration ou tout bureau, comité de gestion ou commission visés à l'article 23 de la loi du 6 août 1990. Il a voix consultative. Toutefois, il peut avoir voix délibérative en tant qu'administrateur.
- 5° - Le Comité de direction ainsi qu'avec son accord le Secrétaire général et le Secrétaire général adjoint de l'Union nationale peuvent assister sans droit de vote aux réunions des assemblées statutaires des mutualités et sociétés mutualistes affiliées à l'Union nationale, que ce soit l'assemblée générale, le conseil d'administration ou tout bureau, comité de gestion ou commission visés à l'article 23 de la loi du 6 août 1990. Au besoin, ils peuvent convoquer une réunion extraordinaire de ces instances.
- § 9, 1° - Les problèmes et conflits entre les membres, les mutualités et l'Union nationale concernant la réglementation et l'exécution de l'assurance obligatoire ainsi que les instructions de l'Union nationale en la matière sont soumis au Secrétaire général qui prend la décision finale, mais après avis du Comité de direction pour les questions de politique générale, sans préjudice de la compétence du tribunal du travail.
- 2° - Les problèmes et conflits entre les membres, les sociétés mutualistes, les mutualités et l'Union nationale concernant d'autres matières que celles visées au 1° ci-dessus, sont soumis au Comité de direction qui tranche souverainement et en dernière instance, sans préjudice de la compétence du tribunal du travail.

§ 10 - L'Union nationale peut se faire communiquer tous documents relatifs aux liens financiers de la mutualité avec des tiers.

§ 11, 1° - Chaque année, chaque mutualité communique à l'Union nationale, avant le 1er octobre, le budget des services complémentaires. Ce budget reprend les hypothèses de base, les recettes et dépenses escomptées, la participation aux frais de gestion de l'assurance obligatoire ainsi que le solde prévu.

2° - Chaque année, chaque mutualité communique à l'union nationale, au plus tard deux mois après l'approbation du budget national par le Conseil d'administration de l'Union nationale, un budget de frais d'administration de la mutualité pour l'année à venir selon le modèle établi par l'Union nationale. Chaque trimestre, les mutualités confrontent le budget aux dépenses exposées et communiquent ce relevé à l'Union nationale.

3° - Le Comité de direction peut imposer les mesures nécessaires afin de garantir un équilibre et une bonne gestion au vu de tous les éléments connus.

§ 12 - 1° Au sein de l'Union nationale est créé un service autonome d'audit interne. Les missions du service d'audit interne ont pour finalité d'évaluer la manière dont le contrôle interne est organisé, afin de mettre en lumière ses déficiences éventuelles, ainsi que les risques que ces déficiences impliquent, et les possibilités d'y remédier. Ce service d'audit interne peut exercer de sa propre initiative sa mission dans tous les domaines d'activités de l'Union nationale, dans toutes les mutualités et sociétés mutualistes affiliées à l'Union nationale ainsi qu'en regard de tous les services y organisés. Le service d'audit interne doit avoir la possibilité de s'exprimer et de faire connaître librement ses constatations et ses appréciations. Le responsable du service d'audit interne doit avoir la possibilité d'informer directement et de sa propre initiative le président du conseil d'administration de l'Union nationale, les membres du comité d'audit ou encore, le réviseur agréé, désigné au sein de l'Union nationale.

Ce principe d'indépendance sera consacré dans le cadre d'une charte d'audit, laquelle aura pour objectif de garantir le statut du service d'audit interne au sein de l'organisation. Cette charte est approuvée par le comité d'audit et confirmée par le conseil d'administration de l'Union nationale. La personne se trouvant à la tête du service d'audit interne ne peut être démise de ses fonctions que par décision du Conseil d'administration de l'Union nationale. Le service d'audit interne aura la possibilité de faire appel à des experts externes et internes. Le service d'audit interne peut prendre connaissance de tous les documents, fichiers et informations de l'organisme mutualiste, en ce compris l'information en matière de gestion et les procès-verbaux des organes consultatifs et décisionnels et ce, dans la mesure requise pour l'exercice de sa mission.

Chaque mission du service d'audit interne doit faire l'objet d'un rapport écrit à l'attention de la direction effective de l'Union nationale et du comité d'audit.

Annuellement, un plan sera établi concernant la planification des missions du service d'audit ; ce plan sera soumis pour approbation au comité d'audit. Le service d'audit interne doit être impartial ; afin de garantir cette impartialité, le service ne sera pas impliqué dans l'organisation opérationnelle de l'Union nationale.

2° Au sein de l'Union nationale est créé un comité d'audit. Le Conseil d'administration fixe les compétences et le fonctionnement du comité d'audit, ainsi que les modalités du rapport de ce dernier au Conseil d'administration. Le comité d'audit favorise la communication entre les membres du Conseil d'administration, la direction effective, le service d'audit interne et le réviseur agréé. Le comité d'audit confirme la charte d'audit du service d'audit interne et prend connaissance des rapports d'activités et du résumé des principales recommandations individuelles, formulées par le service d'audit interne, ainsi que des suites qui leur sont données.

Le comité d'audit approuve le plan qui implique la planification des missions du service d'audit interne. Le comité d'audit rédige au moins annuellement un rapport à l'attention du Conseil d'administration. Le comité d'audit peut se faire produire tout renseignement ou document utile et faire procéder à toute investigation. Le comité d'audit peut confier des missions au service d'audit interne.

Le comité d'audit est composé comme suit :

- le secrétaire général de l'Union nationale
- le secrétaire général adjoint de l'Union nationale
- le directeur financier de l'Union nationale
- le vice-président trésorier de l'Union nationale
- trois membres du Conseil d'administration de l'Union nationale, qui n'assument aucune responsabilité dans la gestion journalière de l'Union nationale ni des mutualités. Ces trois membres du Conseil d'administration sont choisis de telle sorte qu'ils représentent une mutualité dont le pourcentage le plus élevé de membres affiliés à l'Union nationale vit dans la Région flamande, une mutualité dont le pourcentage le plus élevé de membres affiliés à l'Union nationale vit dans la Région wallonne et une mutualité dont le pourcentage le plus élevé de membres affiliés à l'Union nationale vit dans la Région de Bruxelles-Capitale.

A la demande du comité d'audit, le réviseur de l'Union nationale peut participer en tant que conseiller aux réunions dudit comité.

L'élection des membres du comité d'audit aura lieu simultanément aux élections au sein du Conseil d'administration et du Comité de direction ; leur mandat aura une durée de six ans.

Les membres du comité d'audit désignent un président parmi les trois membres précités du Conseil d'administration.

En cas de démission ou de décès d'un membre du comité d'audit, le Conseil d'administration désignera un remplaçant, qui terminera le mandat.

Le mandat de membre du Comité d'Audit n'est pas rémunéré. *Toutefois, il est accordé le remboursement des frais et un jeton de présence selon les règles fixées par l'Assemblée générale.*

- § 13 - Conformément à la loi coordonnée du 14 juillet 1994 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, l'Union nationale est responsable de ses dépenses ainsi que des dépassements des budgets dans le cadre de la responsabilisation des organismes assureurs. A cette fin, est créé un fonds spécial de réserve alimenté par les bonis éventuels sur les dépenses dans le cadre de la responsabilisation, ainsi que par une cotisation due par tous les titulaires de l'assurance obligatoire.
- § 14 - Pour aider à financer la gestion de l'assurance obligatoire, il est créé un service administratif alimenté par une cotisation annuelle obligatoire pour tous les titulaires de l'assurance obligatoire.
- § 15 - La procédure suivante est suivie pour les mesures et sanctions prévues aux § 2, § 4, § 5 et § 6 du présent article :
- 1° - Dès que le Président est saisi d'une plainte d'une mutualité ou du Secrétariat national, ou qu'il est averti d'un constat de l'Office de contrôle des mutualités, il tente, avec le secrétaire général, de résoudre le problème de façon informelle. Cette résolution nécessite un accord de toutes les parties et peut inclure des mesures de régularisation, une amende comme visée au § 5 ci-dessus ou une indemnité à une mutualité ou à un tiers lésé.
 - 2° - En cas d'échec de l'initiative du Président, le Comité de direction de l'Union Nationale s'efforcera de réaliser une conciliation. Cette conciliation nécessite un accord de toutes les parties et peut inclure des mesures de régularisation, une amende comme visée au § 5 ci-dessus ou une indemnité à une mutualité ou un tiers lésé.
 - 3° - Tant la tentative de résolution que la tentative de conciliation sont des démarches informelles qui ne disqualifient pas ceux qui y participent de prendre part à la procédure devant le Conseil d'administration visé au 4° ci-dessous; les mutualités neutres renoncent par l'adoption des nouvelles dispositions statutaires de l'article 10, § 15, 1° et 2° ci-dessus à tout recours basé uniquement sur ce moyen.
 - 4° - En cas d'échec de la conciliation, le point est inscrit à l'ordre du jour du prochain conseil d'administration de l'Union Nationale. Chaque partie en sera notifiée et disposera d'au moins 10 jours pour transmettre par voie écrite ses moyens de défense au Président. Celui-ci veillera à ce qu'ils soient communiqués en temps utile aux administrateurs en même temps que la plainte. La mutualité concernée précisera dans ce courrier si elle désire en outre exposer sa défense par voie orale, ce qu'elle peut faire en personne ou assistée par un conseil. La partie plaignante disposera des mêmes possibilités. Après présentation de leurs arguments et réponses aux questions des administrateurs, les parties au litige et leurs représentants au sein du Conseil d'administration quitteront la séance.

Le Président du Conseil d'administration informera les parties de la décision motivée du Conseil d'administration endéans les 10 jours de la séance du Conseil d'administration susvisée.

- 5° - Tout appel par une des parties contre cette décision du Conseil d'administration sera tranché exclusivement et définitivement par un arbitre désigné de la façon suivante : la partie plaignante, la défenderesse et le Président de l'Union désignent chacun un arbitre; ces arbitres conviennent ensemble de la désignation de l'arbitre indépendant qui décidera sans recours possible. Il statuera sur les frais et honoraires de l'arbitrage qui seront mis à charge de la partie succombante. L'arbitre indépendant désigné par les parties devra être désigné dans le mois de la demande d'arbitrage qui devra être adressée par courrier recommandé au Président de l'Union Nationale. Si une partie s'abstient de désigner son arbitre ou si les arbitres des parties ne trouvent pas d'accord sur la désignation de l'arbitre indépendant, cette désignation se fera par le Président du tribunal de première instance de Bruxelles à la requête de la partie la plus diligente.
A l'exception de ce qui est prévu à l'article 10, § 15, 3° supra, tous les moyens d'appel sont recevables.
- 6° - A chaque étape de la procédure, chacun s'exprime dans sa langue; une traduction simultanée est assurée.
Toutes les plaintes, tous les éléments de défense, preuves, réponses, etc. sont communiqués dès que possible à toutes les parties.

CHAPITRE IV

ORGANES DE L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES NEUTRES

SECTION I

L'ASSEMBLEE GENERALE

ARTICLE 11.

§ 1 - L'Assemblée générale de l'Union nationale est composée de délégués de toutes les mutualités affiliées, à raison d'un délégué par tranche commencée de 3.600 membres, avec un minimum de 2 et un maximum de 20 délégués par mutualité.

En cas de perte de la qualité de délégué à l'assemblée générale, sa mutualité désigne un remplaçant qui termine son mandat.

Les effectifs sont calculés au 30 juin de l'année précédant celle au cours de laquelle ces nombres doivent être fixés.

Pour l'application de cet article, on entend par membres le total des titulaires en assurance obligatoire et des personnes cotisant à l'assurance complémentaire de l'union nationale qui ne sont pas titulaires en assurance obligatoire au sein de l'union nationale.

L'union nationale communique en temps utile à chaque mutualité le nombre de mandats disponible.

§ 2 - Perdent leur qualité de délégué, sur décision de l'Assemblée générale de l'Union nationale :

1° - ceux qui ont imputé à tort des faits calomnieux à un membre du Conseil d'administration ou du Comité de direction à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ;

2° - ceux qui ont proféré des insultes en assemblée, à un délégué ;

3° - ceux qui ont posé des actes de nature à nuire aux intérêts de l'Union nationale ;

4° - ceux qui refusent de se soumettre aux statuts et aux règlements de l'Union nationale ;

5° - ceux qui ont encouru une condamnation conditionnelle ou non, coulée en force de chose jugée pour diffamation, pour atteinte aux bonnes mœurs, pour détournement de fonds ou pour faux et usage de faux ;

6° - ceux qui sont d'une conduite déréglée et notoirement scandaleuse.

§ 3 - Perdent automatiquement leur qualité de délégué, ceux qui font partie du personnel d'une mutualité, d'une société mutualiste ou de l'Union nationale et qui sont licenciés pour un motif autre que la pension ou la prépension.

ARTICLE 12.

L'Assemblée générale de l'Union nationale peut désigner, sur présentation du Conseil d'administration, au maximum 15 conseillers pour l'Assemblée générale. Ceux-ci ont une voix consultative. Ils sont désignés pour une durée de six ans et leur mandat est renouvelable. Chaque mutualité et chaque société mutualiste peut avancer un candidat, sur proposition de son Conseil d'Administration. Ensuite, chaque mutualité à commencer par la plus grande, avancera sur proposition de son Conseil d'Administration un candidat supplémentaire jusqu'à ce que le maximum de 15 soit atteint. Pour l'application de cet article, on entend par membres le total des titulaires en assurance obligatoire et des personnes cotisant à l'assurance complémentaire de l'union nationale qui ne sont pas titulaires en assurance obligatoire au sein de l'union nationale. L'union nationale communiquera en temps utile à chaque mutualité le nombre des candidats qu'elle peut avancer.

Les membres de la direction du secrétariat national de l'Union nationale avec le grade de directeur assistent avec voix consultative à l'Assemblée générale.

Perdent automatiquement leur qualité de conseiller pour l'Assemblée générale, ceux qui font partie du personnel d'une mutualité, d'une société mutualiste ou de l'Union nationale et qui sont licenciés pour un motif autre que la pension ou la prépension.

ARTICLE 13.

L'Assemblée générale de l'Union nationale délibère et décide sur les objets suivants :

1. les modifications des statuts ;
2. l'élection et la révocation des administrateurs ;
3. l'approbation des budgets et comptes annuels ;
4. la désignation d'un ou de plusieurs réviseurs d'entreprises ;
5. la collaboration avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé, visées à l'article 43 de la loi du 6 août 1990 ;
- 5bis. l'approbation du groupement de services de mutualités affiliées dans une société mutualiste visée à l'article 43 bis de la loi du 6 août 1990 ;
6. la demande d'adhésion d'une mutualité ;
7. la fusion avec une autre union nationale ;
8. la dissolution de l'union nationale et les opérations relatives à la liquidation de l'Union nationale.

ARTICLE 14.

L'Assemblée générale est convoquée par le Président, le Comité de direction ou le Conseil d'administration dans les cas prévus par la loi ou les statuts ou lorsque au moins un cinquième des membres de l'Assemblée générale en fait la demande.

La convocation se fait par lettre simple adressée aux délégués au plus tard 20 jours civils avant la date de l'Assemblée générale ; l'ordre du jour est repris dans cette convocation.

ARTICLE 15.

§ 1. L'Assemblée générale est convoquée au moins une fois l'an, en vue de l'approbation des comptes annuels et du budget.

Chaque membre de l'Assemblée générale doit disposer au plus tard 8 jours calendriers avant la date de l'Assemblée générale d'une documentation qui contient les données suivantes :

1. le rapport d'activité de l'exercice écoulé avec un aperçu du fonctionnement des différents services et activités ;
2. le produit des cotisations des membres et leur mode d'affectation, ventilé entre les différents services et activités ;
3. le projet de comptes annuels, comprenant le bilan, les comptes de résultats et l'annexe, ainsi que le rapport du réviseur ;
4. le projet de budget pour l'exercice suivant, tant global que ventilé entre les différents services et activités.
5. Le rapport visé à l'article 43 § 4 de la loi du 6 août 1990.

§ 2. Chaque membre peut obtenir, sur simple demande, une synthèse de la documentation visée au § 1er, alinéa 2.

Après approbation des comptes annuels et du budget par l'Assemblée générale, les comptes annuels et le budget sont transmis par le Conseil d'administration à l'Office de contrôle dans les délais fixés par le Roi.

ARTICLE 16.

Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 août 1990, l'Assemblée générale désigne un ou plusieurs réviseurs d'entreprises choisis sur une liste de réviseurs agréés, membres de l'Institut des réviseurs d'entreprises. Elle fixe ses(leurs) émoluments.

Le(s) réviseur(s) fait(font) rapport à l'Assemblée générale annuelle qui a à son ordre du jour l'approbation des comptes annuels de l'exercice.

Le mandat de(s) réviseur(s) est fixé pour une période renouvelable de 3 ans.

Le(s) réviseur(s) assiste(nt) à l'Assemblée générale lorsque celle-ci délibère au sujet d'un rapport qu'il(s) a(ont) rédigé lui-même(eux-mêmes). Le(s) réviseur(s) a (ont) le droit de prendre la parole à l'Assemblée générale concernant les points se rapportant à ses (leurs) tâches.

ARTICLE 17.

(approbation sous réserve – Conseil du 8 février 2010)

§ 1 - Les décisions de l'Assemblée générale sont valablement prises si au moins la moitié des membres sont présents ou représentés et à la majorité simple des votes exprimés, sauf dans les cas où la loi ou les statuts le stipulent autrement.

Lors de ces votes, il n'est pas tenu compte des abstentions.

Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint la première fois, une deuxième Assemblée générale est convoquée qui délibère valablement, quel que soit le nombre de membres présents et quel que soit également l'objet de la délibération.

Chaque membre de l'Assemblée générale peut, en cas d'empêchement, donner procuration à un autre membre de l'Assemblée générale de l'union nationale. Chaque personne ne peut toutefois être porteuse que d'une seule procuration au maximum.

§ 2 - Chaque membre de l'Assemblée générale dispose d'une voix ; n'ont cependant pas droit au vote concernant un service d'assurance complémentaire, les membres de l'Assemblée générale issus d'une mutualité ne cotisant pas à ce service.

§ 3 - Le mandat de membre de l'Assemblée générale ou de conseiller pour l'Assemblée générale n'est pas rémunéré. *Toutefois, il est accordé le remboursement des frais et un jeton de présence selon les règles fixées par l'Assemblée générale.*

ARTICLE 18.

L'Assemblée générale peut déléguer au Conseil d'administration la compétence pour décider les adaptations de cotisations.

Ces adaptations sont communiquées à l'Office de contrôle et sont publiées selon les modalités prévues à l'article 12 § 2 de la loi du 6 août 1990.

Cette délégation est valable pour un an et est renouvelable.

SECTION II**LE CONSEIL D'ADMINISTRATION****ARTICLE 19.**

Le Conseil d'administration est élu par l'Assemblée générale pour une durée de 6 ans. Le mandat d'administrateur est renouvelable.

L'Assemblée générale peut prononcer la révocation d'un administrateur pour un des motifs énumérés à l'article 11, § 2 des présents statuts. Pour cela, deux tiers des membres doivent être présents et la décision doit être prise à la majorité de deux tiers des voix. Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint la première fois, une deuxième Assemblée générale est convoquée qui délibère valablement, quel que soit le nombre de membres présents.

Perdent automatiquement la qualité d'administrateur du Conseil d'administration ou de membre des Comités du Conseil d'administration, ceux qui font partie du personnel d'une mutualité, d'une société mutualiste ou de l'Union nationale et qui sont licenciés pour un motif autre que la pension ou la prépension.

ARTICLE 20.

Le Conseil d'administration se réunit au moins 3 fois par an. Il est convoqué par le Président ou par le Comité de direction. L'ordre du jour est repris dans la convocation. Le Président est obligé de convoquer le Conseil d'administration dans les dix jours, sur demande justifiée par un quart au moins des membres.

ARTICLE 21.

§ 1 - Pour être membre du Conseil d'administration, il faut être majeur et être de bonne conduite, vie et mœurs.

§ 2 - Le Conseil d'administration ne peut être composé de plus d'un quart de personnes rémunérées par une mutualité, par l'Union nationale ou par une Société mutualiste.

§ 3 - Chaque sexe doit être représenté par au moins deux mandataires.

ARTICLE 22.

(approbation sous réserve – Conseil du 8 février 2010)

Le Conseil d'administration est composé d'au moins vingt-cinq administrateurs et au maximum d'un nombre d'administrateurs qui ne peut être supérieur à la moitié du nombre de délégués à l'Assemblée générale de l'Union nationale.

La qualité de membre de l'Assemblée générale n'est pas exigée pour être élu administrateur.

Chaque mutualité a droit à 1 mandat d'administrateur par tranche commencée de 8.000 membres.

Pour l'application de cet article, on entend par membres le total des titulaires en assurance obligatoire et des personnes cotisant à l'assurance complémentaire de l'union nationale qui ne sont pas titulaires en assurance obligatoire au sein de l'union nationale.

Les candidats au Conseil d'administration de l'Union nationale sont présentés par le Conseil d'administration de chaque mutualité. Chaque mutualité ne peut présenter qu'un candidat (le directeur ou, le cas échéant, le secrétaire général de la mutualité) au maximum qui est rémunéré par la mutualité. Ce nombre peut éventuellement être augmenté si le Conseil d'administration n'est pas composé de plus de 25% de personnes rémunérées par les mutualités ou par l'Union nationale ; cette possibilité de désigner une personne supplémentaire comme administrateur se fait sur proposition du Conseil d'administration de chaque mutualité, à commencer par la plus grande, jusqu'à ce que le nombre maximum de personnes rémunérées soit atteint. Ces candidats sont élus par l'Assemblée générale de chaque mutualité, sur base du nombre de mandats disponibles pour la mutualité, nombre qui est communiqué en temps utile par l'Union nationale.

Le remplacement des administrateurs décédés, démissionnaires ou révoqués a lieu à la plus prochaine Assemblée générale selon la procédure reprise ci-dessus.

L'administrateur ainsi élu achève le mandat de celui qu'il remplace.

La démission, la révocation, la dissolution ou l'exclusion de la mutualité, ainsi que - pour les administrateurs qui sont également membres de l'Assemblée générale - la perte de la qualité de membre de l'Assemblée générale entraînent automatiquement la fin du mandat de membre du Conseil d'administration de l'Union nationale.

Le Conseil d'administration ne peut délibérer que lorsque la moitié des membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés. Lors de ces votes, il n'est pas tenu compte des abstentions.

En cas de parité des voix, la voix du Président est prépondérante.

En cas d'empêchement, un administrateur peut donner procuration à un autre membre du Conseil d'Administration de l'Union nationale. Toutefois, chaque personne ne peut être porteuse que d'une seule procuration au maximum.

Le Conseil d'administration peut désigner 15 conseillers au maximum. Ceux-ci ont voix consultative. Chaque mutualité et chaque société mutualiste peut avancer un candidat, sur proposition de son Conseil d'Administration. Ensuite, chaque mutualité à commencer par la plus grande, avancera sur proposition de son Conseil d'Administration un candidat supplémentaire jusqu'à ce que le maximum de 15 soit atteint. Pour l'application de cet article, on entend par membres le total des titulaires en assurance obligatoire et des personnes cotisant à l'assurance complémentaire de l'union nationale qui ne sont pas titulaires en assurance obligatoire au sein de l'union nationale. L'union nationale communiquera en temps utile à chaque mutualité le nombre des candidats qu'elle peut avancer.

Perdent automatiquement la qualité de conseiller du Conseil d'administration, ceux qui font partie du personnel d'une mutualité, d'une société mutualiste ou de l'Union nationale et qui sont licenciés pour un motif autre que la pension ou la prépension.

Les membres de la direction du secrétariat national avec le grade de directeur assistent au Conseil d'administration avec voix consultative.

La fonction de membre du Conseil d'administration ou de conseiller n'est pas rémunérée. *Toutefois, il est accordé le remboursement des frais et un jeton de présence selon les règles fixées par l'Assemblée générale.*

ARTICLE 23.

(approbation sous réserve – Conseil du 8 février 2010)

Le Conseil d'administration est chargé de la politique générale et de l'administration de l'Union nationale et exerce toutes les compétences que la loi, les statuts, ou une délégation particulière n'ont pas attribuées à d'autres organes de l'Union nationale.

Il établit les règlements d'ordre intérieur régissant son fonctionnement ainsi que ceux prévus par les statuts.

Les membres du Conseil d'administration ne participent pas aux délibérations portant sur des affaires pour lesquelles eux-mêmes ou les membres de leur famille jusqu'au quatrième degré y compris, sont directement concernés.

Le Conseil d'administration désigne un Comité de placements composé de 5 personnes comme suit :

- le vice-président trésorier de l'Union nationale ;
- le secrétaire général de l'Union nationale ;
- le directeur financier de l'Union nationale ;
- deux membres du Conseil d'administration ou conseillers disposant d'une expérience idoine.

Les compétences suivantes sont déléguées au Comité de placement par le Conseil d'Administration:

- il choisit les gestionnaires de patrimoine et négocie avec eux;
- il peut décider de changer de gestionnaires ou de modifier la pondération des sommes confiées entre les gestionnaires de patrimoine;
- il peut décider de changer l'allocation des actifs;
- il peut poser tous les actes nécessaires ou utiles pour la gestion des divers portefeuilles de l'Union nationale.

Le cas échéant, le Conseil d'administration et le Comité de direction peuvent lui donner des directives générales. Le Comité de placements fait, au moins une fois l'an, rapport au Conseil d'administration.

Les membres du Comité de placements qui ne sont pas administrateurs siègent avec voix consultative uniquement.

La fonction de membre du Comité de placements n'est pas rémunérée. *Toutefois, il est accordé le remboursement de frais et un jeton de présence selon les règles fixées par l'Assemblée générale.*

ARTICLE 24.

Le Conseil d'administration soumet chaque année à l'approbation de l'Assemblée générale, les comptes annuels de l'exercice écoulé et le projet de budget de l'exercice suivant.

ARTICLE 25.

(approbation sous réserve – Conseil du 8 février 2010)

§ 1 – Le Président a la direction des Assemblées générales, du Conseil d'administration et du Comité de direction. Le Président a le droit de convoquer extraordinairement le Conseil d'administration et l'Assemblée générale. Il est tenu de convoquer l'Assemblée générale à la demande d'1/5ème au moins des délégués. En cas d'absence, il est remplacé par le plus âgé des vice-présidents présent.

§ 2 - Conjointement ou individuellement, le Président, le Secrétaire général et le Secrétaire général adjoint représentent l'Union nationale, y compris dans tous ses rapports avec les autorités publiques ; ils décident d'introduire toutes actions en justice au nom de l'Union nationale et les soutiennent, soit en demandant soit en défendant, devant toutes juridictions ; ils décident d'introduire tous recours qui relèvent de la compétence du Conseil d'Etat et de la Cour d'Arbitrage et les soutiennent, ils exécutent et font exécuter tous jugements et arrêts ; ils accomplissent toutes les formalités nécessaires à l'administration des postes pour le retrait des documents destinés à l'Union nationale. Ils accomplissent tous actes et diligences nécessaires et utiles à ces fins.

- § 3- Le Président et le vice-président secrétaire, ou en leur absence, deux membres du Comité de direction signent les procès-verbaux de l'assemblée Générale, du Conseil d'administration et du Comité de direction.
- § 4 - Le Secrétaire général est chargé de la correspondance, de la rédaction des procès-verbaux, des convocations et des rapports et de la conservation des archives.
- § 5 - Le Président et le vice-président trésorier, ou en leur absence, deux membres du Comité de direction signent les bilans. En cas d'absence, le Secrétaire général, le secrétaire général adjoint, ou le directeur financier, signent ces pièces.
- § 6 - Le vice-président trésorier vérifie les recettes et les dépenses du secrétariat national, de même que les placements des avoirs sociaux. Il fait rapport au Comité de direction et au Conseil d'Administration.
- § 7 - Le vice-président - secrétaire établit les directives générales en vue de la rédaction des procès-verbaux et des invitations pour les réunions des instances statutaires de l'union nationale. Il veille à ce que les statuts soient actualisés si nécessaire et à ce que les règles légales et statutaires soient respectées lors d'une modification de ces statuts.
- § 8 - Les fonctions de président, de vice-président-trésorier et de vice-président-secrétaire ne sont pas rémunérées. *Toutefois, il est accordé le remboursement des frais et un jeton de présence selon les règles fixées par l'Assemblée générale.*

SECTION III

LE COMITE DE DIRECTION

ARTICLE 26.

(approbation sous réserve – Conseil du 8 février 2010)

§ 1 - Le Conseil d'administration désigne un Comité de direction composé d'un administrateur de l'Union nationale par mutualité affiliée à l'union neutre ainsi que du secrétaire général et du secrétaire général adjoint de l'Union nationale, à condition que ces deux derniers aient été élus valablement comme administrateurs. Si le secrétaire général et le secrétaire général adjoint n'ont pas été élus comme administrateurs, ils assistent aux réunions du Comité de direction avec voix consultative. Les mutualités comptant plus de 50.000 titulaires le 30 juin de l'année précédant les élections mutualistes ont droit à un deuxième membre du Comité de Direction. Les mutualités comptant plus de 100.000 titulaires ont droit à un troisième membre du Comité de Direction. Pour l'application de cet article, on entend par titulaires, le total des titulaires en assurance obligatoire et des personnes cotisant à l'assurance complémentaire de l'union nationale qui ne sont pas titulaires en assurance obligatoire au sein de l'union nationale. L'union nationale communique en temps utile à chaque mutualité le nombre de mandats possible.

Chaque mutualité propose librement, pour une durée de 6 ans, le(s) membre(s) du Comité de direction qui la représente(nt) ; en cas d'empêchement, celui-ci est remplacé par un autre membre ou un conseiller du Conseil d'administration de l'Union nationale ; ce suppléant doit être désigné par le Conseil d'administration en même temps que le membre effectif. Si seul un membre effectif est présent, celui-ci disposera de plusieurs voix délibératives en fonction de la représentation statutaire de la mutualité au Comité de Direction (2 voix délibératives pour les mutualités comptant plus de 50.000 titulaires le 30 juin de l'année précédant les élections mutualistes et 3 voix délibératives pour les mutualités comptant plus de 100.000 titulaires le 30 juin de l'année précédant les élections mutualistes). Chaque mutualité ne dispose que d'un suppléant. Le suppléant ne siègera qu'en cas d'absence des membres effectifs. Le suppléant qui remplace un membre effectif a voix délibérative sans devoir faire état d'une procuration. Il disposera de plusieurs voix délibératives en fonction de la représentation statutaire de la mutualité au Comité de Direction (2 voix délibératives pour les mutualités comptant plus de 50.000 titulaires le 30 juin de l'année précédant les élections mutualistes et 3 voix délibératives pour les mutualités comptant plus de 100.000 titulaires le 30 juin de l'année précédant les élections mutualistes).

Le Directeur d'une mutualité, qui n'a pas la qualité de membre effectif du Comité de Direction ni celle de suppléant, peut remplacer un membre effectif absent. Il aura voix délibérative sans devoir faire état d'une procuration.

En cas de décès, démission ou perte de la qualité d'administrateur de l'Union nationale, la mutualité désigne un remplaçant qui termine le mandat de celui qu'il remplace.

En cas de fusion de mutualités, les mutualités fusionnées conservent leurs mandats effectifs jusqu'aux prochaines élections statutaires.

Les directeurs de mutualité qui ne font pas partie du Comité de direction peuvent toutefois assister aux réunions avec voix consultative.

Sur proposition du Comité de direction, le Conseil d'administration élit le président, le vice-président trésorier et le vice-président secrétaire, le secrétaire général et le secrétaire général adjoint n'étant pas éligibles à ces fonctions.

Le président et les deux vice-présidents sont élus pour un terme de six ans. En cas de décès, démission ou perte de la qualité d'administrateur de l'Union nationale, le Comité de direction propose au Conseil d'administration un remplaçant jusqu'à la fin du mandat de celui qu'il remplace.

Le président et les deux vice-présidents sont choisis de telle façon qu'ils représentent une mutualité dont le pourcentage le plus important de membres inscrits à l'Union nationale est situé en région flamande, une mutualité dont le pourcentage le plus important de membres inscrits à l'Union nationale est situé en région wallonne et une mutualité dont le pourcentage le plus important de membres inscrits à l'Union nationale est situé dans la région de Bruxelles-capitale.

Le Président préside le Comité de direction. En cas d'absence, il est remplacé par le plus âgé des vice-présidents présent.

Le Comité de Direction se réunit autant de fois qu'il est utile.

Aucune décision n'est valable si elle ne réunit l'adhésion de la majorité des membres présents. Le Comité de direction délibère de façon valable lors d'une réunion régulièrement convoquée, à la condition que la moitié au moins des membres soient présents.

Le Comité de direction est chargé de l'exécution des décisions prises par le Conseil d'administration et de l'élaboration de propositions de politique générale de l'Union nationale ; il présente les propositions en ce sens au conseil d'administration.

Il peut prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires.

Il prépare les séances du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale. Au cours de ces réunions, il fait rapport sur son activité et sur la situation de l'Union nationale.

Il soumet au Conseil d'administration toutes propositions qu'il juge utiles et lui présente, après examen préalable, les comptes annuels.

Il interprète les règlements dans leur application. En cas de désaccord, le dossier est soumis au Conseil d'administration.

Il peut, dans les limites de ses attributions, subdéléguer des pouvoirs spéciaux ne faisant pas l'objet d'une délégation par le Conseil d'administration ou par les présents statuts.

La fonction de membre du Comité de direction n'est pas rémunérée. *Toutefois, il est accordé le remboursement des frais et un jeton de présence selon les règles fixées par l'Assemblée générale.*

§ 2 - Il est constitué au sein du comité de direction un comité ad hoc composé du président, du vice-président trésorier, du vice-président secrétaire, du secrétaire général et du secrétaire général adjoint.

Ce comité ad hoc est chargé des dossiers urgents pour lesquels il n'y a pas la possibilité de convoquer un comité de direction plénier. Il peut également être chargé de toutes les tâches et attributions qui lui sont déléguées par le comité de direction en exécution de l'article 26, § 1, pénultième alinéa des présents statuts. Il fait rapport au comité de direction lors de la réunion suivante de cet organe.

Le comité ad hoc décide de l'engagement, du licenciement, du statut barémique et des éléments de rémunération des membres du personnel du secrétariat national qui ont le grade de directeur.

Le comité ad hoc, limité aux président et vice-présidents, décide le statut barémique et les éléments de rémunération du secrétaire général et du secrétaire général adjoint de l'union nationale.

La fonction de membre du comité ad hoc n'est pas rémunérée. *Toutefois, il est accordé le remboursement des frais et un jeton de présence selon les règles fixées par l'Assemblée générale.*

SECTION IV**LE SECRETAIRE GENERAL****ARTICLE 27.**

La gestion journalière de l'union nationale est confiée à un secrétaire général (et le cas échéant à un secrétaire général adjoint) nommé(s) par le Conseil d'administration sur proposition du Comité de direction, à condition qu'ils aient été élus valablement comme administrateurs.

Le Secrétaire général dirige et veille à l'organisation des services du secrétariat national ainsi qu'à leur bonne marche et prend, à cet effet, toutes mesures nécessaires et utiles.

Le Secrétaire général engage et licencie le personnel. Il détermine son statut barémique, sous réserve de ce qui est précisé à l'article 26, §2, antépénultième et pénultième alinéas des présents statuts.

Il a la direction technique, comptable, financière et administrative de l'union nationale. En cette qualité, il donne les instructions nécessaires aux directeurs des mutualités dans toutes les matières légales, réglementaires, techniques, administratives, organisationnelles, comptables, financières, informatiques, etc. relevant de la gestion de l'Union nationale et des mutualités et en vérifie l'application. En cas de manquement dans l'exécution ou dans l'application des instructions, il met en demeure les mutualités d'obtempérer et, en cas de récidive, fait rapport au Conseil d'administration qui décide des mesures à prendre.

Le Secrétaire général adjoint assiste le Secrétaire général et le remplace, soit en son absence, soit par délégation dans tous ses pouvoirs, fonctions et compétences.

Le Secrétaire général peut déléguer temporairement une partie de ses attributions à des membres de la direction du secrétariat national de l'Union nationale.

Le secrétaire général et le secrétaire général adjoint assistent à l'Assemblée générale avec voix consultative. Ils assistent aux réunions du Conseil d'administration s'ils ont été élus valablement comme administrateurs, sinon uniquement avec voix consultative.

Le Secrétaire général établit un plan de gestion et un budget pour l'année suivante ; chaque année, ce plan de gestion est évalué.

CHAPITRE V

AVANTAGES ET SERVICES ORGANISES PAR L'UNION NATIONALE

SECTION I. DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 28.

L'Union nationale organise l'assurance obligatoire conformément à l'article 2, a, des présents statuts. En outre, pour réaliser les objectifs prévus à l'article 2, b, des présents statuts, l'Union nationale organise des services pour les membres et leurs personnes à charge des mutualités affiliées selon les modalités fixées ci-dessous. L'adhésion à l'assurance complémentaire de l'Union nationale et de la mutualité est facultative dans le chef des membres, sauf disposition contraire dans les statuts de la mutualité.

Sauf dispositions contraires dans les présents statuts, les zones frontalières sont traitées en assurance complémentaire de la même manière qu'en assurance obligatoire.

Sauf dispositions contraires dans les présents statuts, l'affiliation aux différents services est obligatoire pour toutes mutualités affiliées. Sauf exception prévue dans ces statuts, les mutualités s'engagent à y faire cotiser tous leurs affiliés complémentaires, et à verser à l'Union nationale pour chaque membre une cotisation annuelle dont le montant est fixé dans le tableau annexé.

Stages : assurances complémentaires (salariés, indépendants, assurés complémentaires, autres groupes d'assurance obligatoire), 1ère, 3ème et 4ème catégories de l'article 5.

- Soins urgents à l'étranger: 6 mois maximum.
- Garde d'enfants: 6 mois maximum.
- Bien-être et santé: 0 mois.
- Affiliation à un club sportif : 6 mois maximum.
- Médecines alternatives: 6 mois maximum.
- Traitements orthodontiques: 6 mois maximum.
- Assurance optique : 6 mois maximum.
- Fraternité – Oeuvres sociales : 6 mois maximum.

Tableau de cotisation : en annexe aux statuts (suite aux nouvelles dispositions de l'OCM).

ARTICLE 29.

1. - Les cotisations sont versées à l'Union nationale trimestriellement et à terme échu.
2. - Les mutualités sont responsables du paiement des cotisations dues par leurs membres. En cas de retards, des intérêts sont dus à concurrence du taux des intérêts légaux et sont calculés par mois de retard.
3. - Chaque trimestre, les mutualités affiliées remettent à l'Union nationale le relevé complet des effectifs et des cotisations dues. L'Union nationale peut contrôler d'après le fichier national régulièrement remis à jour ou au siège de la mutualité les listes ou les fiches des membres d'après lesquelles les relevés trimestriels sont établis. Les mutualités sont tenues de fournir à l'Union nationale les renseignements exigés par cette dernière. L'Union nationale peut, le cas échéant, demander le relevé par société mutualiste.
4. - Par personnes à charge, conjoints, personnes cohabitantes, ascendants et enfants à charge, il faut comprendre les personnes visées aux dispositions déterminant cette qualité en assurance obligatoire.
5. - L'action en paiement des prestations prévue à l'article 2 se prescrit par un délai de deux ans prenant cours à l'échéance du mois auquel lesdites prestations se rapportent.
6. - Les mutualités affiliées à un service d'assurance complémentaire facultatif dans le chef des mutualités peuvent démissionner de ce service au 1er janvier de chaque année moyennant un préavis d'un an au moins.

SECTION II**SERVICES OBLIGATOIRES POUR TOUTES LES MUTUALITES****ARTICLE 30.****MEDECINES ALTERNATIVES****1. SERVICE « HOMEOPATHIE » (code OCM : 07).**

Le service « homéopathie » accorde, en faveur des membres effectifs des 1ère, 3ème et 4ème catégories visées à l'article 5, ainsi qu'au conjoint ou à la personne non rétribuée s'occupant du ménage et aux enfants bénéficiaires au sens de l'assurance obligatoire, une intervention de l'ordre de 50 % du prix d'achat et pour un maximum de 75 EUR par an et par bénéficiaire dans le prix des médicaments homéopathiques.

Pour donner droit à une intervention du service, les médicaments homéopathiques doivent être prescrits par un docteur en médecine agréé par l'INAMI, ou pour les zones frontalières, par un docteur en médecine de ces pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné. Ces médicaments doivent être délivrés par un pharmacien et répondre aux critères suivants : il doit s'agir d'une dilution de minimum 10.000 ou s'agir de préparations orales. Ce système vaut également pour des produits équivalents acquis à l'étranger.

2. SERVICE PHYTOTHERAPIE ET ANTHROPOSOPHIE (code OCM : 07).

Le service « phytothérapie » et « anthroposophie » accorde, en faveur des membres effectifs des 1ère, 3ème et 4ème catégories visées à l'article 5, ainsi qu'au conjoint ou à la personne non rétribuée s'occupant du ménage et aux enfants bénéficiaires au sens de l'assurance obligatoire, une intervention de l'ordre de 50 % du prix d'achat et pour un maximum de 50 EUR par an et par bénéficiaire dans le prix des médicaments ~~et~~ phytothérapeutiques et anthroposophiques.

Pour donner droit à une intervention du service, les médicaments phytothérapeutiques et anthroposophiques doivent être prescrits par un docteur en médecine agréé par l'INAMI, ou pour les zones frontalières, par un docteur en médecine de ces pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné.

Les compléments alimentaires ne donnent en aucun cas droit à une intervention du service.

3. INTERVENTION FINANCIERE POUR LES VISITES ET CONSULTATIONS DES PRESTATAIRES DES PRATIQUES NON CONVENTIONNELLES (code OCM : 07).

Le service « Intervention financière pour les visites et consultations des prestataires des pratiques non conventionnelles accorde, en faveur des membres effectifs des 1ère, 3ème et 4ème catégories visées à l'article 5, ainsi qu'au conjoint ou à la personne non rétribuée s'occupant du ménage et aux enfants bénéficiaires au sens de l'assurance obligatoire, une intervention de 10 EUR par visite ou consultation et pour un maximum de 50 EUR par an et par bénéficiaire pour des prestataires des pratiques non conventionnelles, à savoir :

- l'homéopathie ;
- l'anthroposophie ;
- la chiropraxie ;
- l'ostéopathie ;
- l'acupuncture ;
- l'hippothérapie pour les patients atteints d'autisme ou d'un handicap moteur.

Lorsque le prestataire de pratiques non conventionnelles a également la qualité de prestataire de soins reconnue par l'INAMI, ou pour les zones frontalières, la qualité de prestataires de soins de ces pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné et lorsque la prestation donne droit à un remboursement en assurance obligatoire et en assurance complémentaire, le remboursement en assurance complémentaire ne peut se faire sur base de l'attestation de soins (ou d'une copie de celle-ci) émise par le prestataire en sa qualité de prestataire de soins reconnue par l'INAMI mais sur la base de la remise d'un document distinct.

ARTICLE 31.**SERVICE « TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES » (code OCM : 05).**

Le service « traitements orthodontiques » accorde une seule intervention pour un seul traitement, complémentaire à celle de l'assurance obligatoire prévue à l'article 5 de la nomenclature des soins de santé. Pour ce faire, une demande d'intervention pour traitement orthodontique doit être introduite pour l'enfant auprès du médecin-conseil avant que celui-ci ait atteint l'âge maximum fixé par la réglementation en assurance obligatoire.

Le remboursement peut atteindre €750 au maximum payable comme suit :

- €150 lors du placement de l'appareil (code 0305631);
- €150 après 6 séances (code 0305616 ou 0305653);
- €150 après 12 séances (code 0305616 ou 0305653);
- €150 après 30 séances (code 0305616 ou 0305653);
- €150 après 36 séances (code 0305616 ou 0305653);
- sans accord du médecin-conseil, une seule intervention de €150 pour un seul traitement est garantie après 6 mois pour tous les bénéficiaires n'ayant jamais eu de placement d'appareil orthodontique (code 305631).

Le paiement est effectué aux membres effectifs des 1^{ère}, 3^{ème} et 4^{ème} catégories visées à l'article 5.

Le remboursement a lieu sur base de la production des justificatifs de l'orthodontiste, ou pour les zones frontalières, par un orthodontiste de ces pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné.

La présente disposition est valable pour les demandes introduites à partir du 1^{er} juillet 2006.

Les anciens taux de remboursement repris aux statuts de 2006 restent valables pour tout traitement commencé avant le 1 juillet 2006.

ARTICLE 32.**SERVICE « OPTIQUE » (CODE O.C.M. : 06)**

Le service « optique » accorde, en faveur des membres effectifs des 1ère, 3ème et 4ème catégories visées à l'article 5 ainsi qu'aux personnes inscrites à charge des membres effectifs, une intervention en optique.

I. Montures, verres et lentilles de contact.

Avantage : intervention dans les montures, verres et lentilles de contact

- pour tous les bénéficiaires sans limite d'âge ;
- de maximum 50 EUR tous les 2 ans pour les enfants et tous les 4 ans pour les adultes à partir du 18ème anniversaire ;
- plafonnée au prix payé.

Conditions :

- remise du formulaire 13Z, ou à défaut, d'un reçu détaillé des fournitures. Le reçu en question sera délivré par un opticien agréé, un pharmacien ou un ophtalmologue ;
- remise de l'original de la prescription du médecin spécialiste (ophtalmologue) agréé par l'INAMI, ou pour les zones frontalières, par un médecin spécialiste (ophtalmologue) de ces pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné ;
- il n'y a pas d'intervention de l'assurance complémentaire si une intervention en l'assurance obligatoire est possible.

II. Méthode laser

Avantage : intervention en cas de recours à la méthode laser

- pour tous les bénéficiaires sans limite d'âge ;
- une intervention unique de €250,00 (125,00 €par œil) ;
- plafonnée au prix payé et déduction faite du remboursement effectué en assurance obligatoire.

Condition :

- le remboursement aura lieu sur présentation des justificatifs originaux, délivrés par un médecin spécialiste agréé par l'INAMI, ou pour les zones frontalières, par un médecin spécialiste de ces pays limitrophes (France, Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas) reconnu par l'organisme compétent du pays concerné ou encore par un établissement de soins.

Cette disposition entre en vigueur le 1er janvier 2010.

ARTICLE 33.**SERVICE «FRATERNITE – ŒUVRES SOCIALES » (CODE O.C.M. : 23, 70, 71, 72, 73, 81, 82, 88, 89)**

Le service « Fraternité – Œuvres sociales » organise les services suivants pour les membres de l'Union nationale :

- des vacances sociales pour ses membres et plus spécialement pour les enfants et les adolescents, de même que pour les familles (codes 70, 71, 72, 73) ;
- des séjours de convalescence à des prix sociaux à ses membres qui en éprouvent le besoin (code 23) ;
- un soutien logistique et financier;
- une propagande et une publicité favorable, ainsi qu'une information plus poussée des membres (codes 81, 82, 88, 89) ;
- et promouvoit, dans le sens le plus large, le fonctionnement, l'organisation, le rayonnement et le développement du mouvement mutualiste neutre.

Pour ce service, un accord de collaboration est conclu avec l'a.s.b.l. Fraternité, Œuvres Sociales des Mutualités Neutres.

Pour ce qui est des cures de convalescence et des vacances sociales, les prix sociaux fixés par l'a.s.b.l. Fraternité pour les diverses alternatives de séjour sont à charge des membres.

ARTICLE 34.**SOINS URGENTS A L'ETRANGER (code OCM : 01)**

L'union Nationale des Mutualités Neutres organise un service dénommé « Soins Urgents à l'Etranger – SUE ».

A. Bénéficiaires

Bénéficient des avantages de ce service, les membres visés aux 1^{ère}, 3^{ème} et 4^{ème} catégories de l'article 5 ainsi que les personnes inscrites à charge des membres effectifs précités qui ont acquitté au moment du départ leur cotisation à l'assurance complémentaire et qui sont affiliés auprès d'une mutualité adhérant à ce service.

Les bénéficiaires peuvent prétendre aux avantages du service après un stage de 6 mois. Si le bénéficiaire apporte, au moment de son inscription, la preuve qu'il cotisait à l'assurance complémentaire auprès de son organisme assureur précédent, il est dispensé de ce stage d'attente.

Les interventions de ce service ne sont octroyées

- qu'aux assurés inscrits au registre national belge des personnes physiques c.-à.-d. ayant leur résidence principale en Belgique ;
- qu'aux frontaliers (assurés ayant leur résidence officielle en Allemagne, en France, au Luxembourg ou aux Pays-Bas) et leurs personnes à charge, qui paient leurs cotisations sociales en Belgique, pour leurs voyages en dehors de la Belgique et du pays de résidence officielle ;
- qu'aux personnes détachées à l'étranger pour raisons professionnelles pour une durée inférieure à un mois.

B. Le service

Le service comporte en cas de maladie ou d'accident à l'étranger :

1. Une assistance via la centrale d'alarme, avec laquelle l'union nationale a conclu un accord de collaboration, lors d'une hospitalisation urgente ou d'un décès à l'étranger:

Par assistance, il faut entendre :

- octroi d'avis ou d'informations au niveau médical et administratif ;
- octroi de garanties de paiement pour le rapatriement et en cas d'hospitalisation ;
- envoi de médicaments, prothèses et autres appareillages ;
- contact avec la famille et les médecins ;
- organisation du rapatriement médical nécessaire du malade ou du blessé par l'organisation désignée à cette fin par l'Union Nationale ;
- organisation du rapatriement de la dépouille mortelle par l'organisation désignée à cette fin par l'Union Nationale.

2. Une intervention financière pour :

- les frais de transport du malade ou du blessé, ainsi que d'un de ses compagnons de voyage (€1.200) ;
- une indemnité unique de €250 consentie à un membre de la famille lors de son déplacement vers le lieu du décès.
Cette personne (qu'elle soit ou non affiliée aux Mutualités Neutres) doit avoir un lien de parenté inférieur ou égal au 2ème degré.
- les frais de téléphone (limité à €10) ;
- les frais médicaux qui restent à charge du bénéficiaire après application de la réglementation nationale ou internationale relative à l'assurance maladie et après intervention d'une assurance privée ;
- les frais pour l'utilisation du « airport mortuary » à Zaventem avec un maximum de €300 (uniquement en cas de demande de la famille).

C. Les conditions

Afin de pouvoir bénéficier du service, les conditions suivantes doivent être remplies :

Sauf en cas de force majeure,

- les assurés doivent être en règle pour l'assurance obligatoire et pour l'assurance complémentaire (travailleurs salariés et indépendants) ;
- la centrale d'alarme, avec laquelle l'union nationale a conclu un accord de collaboration, doit être avertie dans les 48 heures suite à un accident, une maladie ou une affection ;
- le séjour temporaire à l'étranger doit avoir un caractère récréatif (période limitée dans le temps) ;
- il doit s'agir de soins médicaux urgents ;

- les soins médicaux prévisibles au moment du départ, les maladies préexistantes, les affections psychologiques ou les prestations qui sont nécessaires pour assurer la continuité des soins sont exclus ;
- la dialyse et l'oxygénothérapie ainsi que l'oxygénothérapie en avion sont pris en charge à la condition que le voyage n'apporte pas d'augmentation du risque ;
- le service se réserve le droit de refuser son intervention pour les bénéficiaires pour lesquels il apparaît que la situation de santé au moment du départ était telle que les prestations de santé fournies étaient prévisibles ;
- les originaux des factures doivent être transmises pour l'intervention complémentaire dans les frais relatifs aux soins médicaux à l'étranger ;
- le bénéficiaire est présumé se comporter en « bon père de famille ». Ce qui signifie qu'il est supposé se comporter comme toute personne normalement prudente placée dans la même situation.

D. L'intervention

1. Les frais liés aux soins de santé :

- intervention financière illimitée pour la Suisse et les pays de l'Union européenne hors Belgique;
- intervention financière limitée à € 10.000 par cas pour les pays en dehors de l'Union Européenne, après déduction de l'intervention dans le cadre de l'AMI belge ou des Conventions Internationales ou de toute assurance publique ou privée ;
- en cas d'hospitalisation dans un hôpital reconnu par les pouvoirs publics du pays concerné ;
- en cas de soins par un prestataire de soins ;
- en cas de frais de remplacement ou de réparations urgentes de prothèses, limitation à €250 ;
- franchise de €25 par cas est d'application en cas de soins ambulatoires lors d'un remboursement a posteriori.

2. Les frais liés au rapatriement :

Les frais du rapatriement médical ou du rapatriement de la dépouille mortelle, sont intégralement pris en charge par ce service.

Cette notion vise toutes les formes de transport du patient prévues par les services de la centrale d'alarme, avec laquelle l'union nationale a conclu un accord de collaboration.

Le service prend également en charge les frais de transport en ambulance sur le territoire belge d'un assuré faisant l'objet d'un rapatriement médical organisé et effectué par les organismes agréés à cet effet par le Conseil d'Administration.

3. Les frais de transport et de séjour :

Il s'agit de frais imprévisibles lorsque le patient et/ou le compagnon de voyage ne peuvent plus rentrer en Belgique à la date prévue ou lorsque l'accompagnement est légitimé par des raisons humaines ou médicales.

S'il s'agit de frais d'hôtel, seul le prix de la chambre et le petit déjeuner ainsi que le ticket de retour sont pris en charge (€1.200 pour l'accompagnant).

4. Intervention dans les frais supplémentaires de transport de la victime qui précède l'hospitalisation (limitée à €500) :

- en cas d'accident sur les pistes de ski, les frais de transport en traîneau à l'exclusion des frais de recherches ;
- les frais de transport vers l'hôpital ou entre hôpitaux qui ne seraient pas couverts par le système d'assurance maladie du pays de séjour ;
- transport en hélicoptère.

5. Frais de téléphone :

Les frais du premier contact téléphonique avec la centrale d'alarme, avec laquelle l'union nationale a conclu un accord de collaboration, sont pris en charge par le service jusqu'à concurrence d'un montant maximum de €10 par dossier, uniquement si les conditions reprises au point C sont remplies.

E. Les exclusions

Le service est exclu dans les situations suivantes :

- lorsque le séjour à l'étranger n'a pas de caractère purement récréatif. Les voyages à l'étranger pour des raisons professionnelles ou ayant comme but principal ou complémentaire de se faire traiter (formulaire E 112) ne sont pas considérés comme un caractère récréatif ;
- l'exercice d'un sport ou d'un loisir qui s'accompagne d'une augmentation du risque. De même, est exclue toute activité pour laquelle l'organisateur fait signer aux participants un document portant décharge de sa responsabilité.
Sports dangereux : il s'agit des activités suivantes : « base-jumpen », alpinisme, bobsleigh, canyoning, deltaplane, plongée sous-marine, « down-hill », saut à l'élastique, horse-ball, « ijsklimmen », course automobile, course moto, course de hors-bord, « paraglijding » c.à.d sauter en parachute du haut d'une montagne, « parasailing » c.à.d. se faire tirer en parachute par un bateau, parapente, rafting, « rodelen », saut à ski, ski acrobatique, ski hors-piste, snowboard hors-piste, spéléologie, ULM, saut en parachute, sport de combat, planeur ;
- l'exercice d'un sport rémunéré, la participation à un match ou une démonstration pour laquelle un droit d'entrée est perçu et pour laquelle les participants reçoivent une rémunération sous quelque forme que ce soit. La préparation et l'entraînement en relation avec ces matchs ou démonstrations sont comparables ;
- les prestations trouvant leur source dans une faute grave commise par le bénéficiaire ;
- les prestations résultant de fait de guerre ;
- les prestations survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale sauf la preuve à apporter par le bénéficiaire que l'assuré ne prenait pas part active et volontaire à ces événements ;
- les prestations résultant d'accidents ou maladies survenant lorsque l'assuré se trouve sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
- les prestations résultant de la participation volontaire à un délit ;
- les prestations résultant d'une tentative de suicide ou du fait intentionnel de l'intéressé, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens ;
- les prestations résultant d'une augmentation volontaire du risque par l'assuré ;
- les prestations résultant d'ivresse ou d'intoxication alcoolique ;
- frais d'enterrement sur place ;

- grossesse ou accouchement à partir de la 26ème semaine de grossesse à moins de survenance de complications nettes et imprévisibles ;
- les rapatriements n'ayant pas un caractère d'urgence médicale ainsi que constaté sans possibilité d'appel par l'organisation désignée à cette fin par l'Union nationale ;
- les prestations liées à un déplacement à l'étranger avec pour objet principal ou accessoire de recevoir les soins dans le pays étranger (E 112) ;
- les soins médicaux prévisibles qui sont dus à une affection physique ou mentale déjà existante au moment du départ ;
- les prestations nécessaires pour assurer la continuité des soins médicaux ;
- prestations liées à un accident antérieur au départ ;
- lorsque l'assurance obligatoire en Belgique ou à l'étranger ne prévoit pas d'intervention dans le soin prodigué comme par exemple en cas de cures de convalescence, cures thermales, traitement amaigrissant, traitement de beauté (esthétique et rajeunissement), homéopathie, acupuncture ;
- les frais de traitement dans les institutions psychiatriques ;
- toute livraison de verres de lunettes, de lentilles, de prothèses optiques aussi bien la première livraison que le remplacement ou le changement et autres prothèses de l'œil ;
- appareils auditifs, prothèses dentaires ;
- médicaments ou bandagisterie lorsqu'il n'y a pas de prescription à l'étranger du prestataire qui est habilité à prescrire le médicament ou la bandagisterie ;
- frais de vaccination, sauf le tétanos en cas de blessure ;
- prestations suite à une affection existant au départ pour laquelle un traitement est en cours.

F. Echanges de données médicales

« Le membre donne son consentement explicite et particulier, tant en son nom propre que pour le compte des personnes pour lesquelles il intervient, aux collaborateurs de la centrale d'alarme, avec laquelle l'union nationale a conclu un accord de collaboration, aux fins de collecter, de traiter et de transmettre à des tiers les informations médicales ou autres informations sensibles, dans la mesure où cela est nécessaire pour le suivi des éléments suivants : la gestion de l'assistance, la gestion des frais et du règlement de l'assistance et la gestion d'éventuels litiges. Les dispositions de la loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient seront scrupuleusement respectées. »

ARTICLE 35.**AFFILIATION A UN CLUB SPORTIF (code OCM : 74)**

Ce service accorde aux membres des 1^{ère}, 3^{ème} et 4^{ème} catégories visées à l'article 5 (adultes et enfants), une intervention pour l'affiliation à un club sportif.

Avantage : intervention annuelle de €30,00.

Dans tous les cas, le montant de l'intervention devra être limité au montant réellement payé pour l'affiliation à un club sportif.

Conditions :

- il doit s'agir de l'un des sports suivants : l'athlétisme, le badminton, le base-ball, le basket, le bowling, la danse (en ce compris le ballet), la plongée, le sport de combat, l'haltérophilie, le golf, la gymnastique, le handball, le hockey, la balle-pelote, le canoë, le kayak, le jeu de quilles, l'escalade, le « korfbal », le vélo tout-terrain, la marche d'orientation, l'équitation, la pétanque, l'aviron, le rugby, le patinage, l'escrime, le ski, le squash, le tennis, le tennis de table, le triathlon, le football, le volley, la marche, le cyclisme, le yoga, la natation (ainsi que les bébés nageurs), le tir à l'arc, le tir à la carabine, le kin-ball, les sports pour moins valides et de façon plus générale, les sports olympiques et ceux reconnus par le C.I.O.
- il doit s'agir d'une affiliation à :
 - une saison sportive auprès d'un club sportif reconnu par une fédération nationale, provinciale, régionale ou communale ;
 - un centre de fitness reconnu par une des fédérations officielles ;
 - auprès d'une organisation reconnue en matière d'organisation de programmes d'initiation au jogging ou d'initiation à la course.
- pour tout sport à la séance, le remboursement s'effectue pour autant qu'il y ait un minimum de 10 séances sous accompagnement.
- l'intervention n'est octroyée qu'aux personnes qui, au moment du paiement de l'affiliation au club sportif, sont membres d'une mutualité affiliée qui cotise à ce service.

L'Assemblée Générale se réserve le droit d'adapter la liste des disciplines sportives.

Cette disposition entre en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

SECTION III**SERVICES FACULTATIFS POUR LES MUTUALITES****ARTICLE 36.****SERVICE « GARDE D'ENFANTS » (code OCM : 30)**

Le service « garde d'enfants » accorde aux membres des 1^{ère}, 3^{ème} et 4^{ème} catégories visées à l'article 5, lorsque les deux parents possèdent leur propre statut au sens de l'assurance obligatoire, un gardiennage des enfants malades aux conditions suivantes :

Age :	enfants de -12 ans.
Horaire :	de 7 h à 18 h (min. 3 h – max. 11 h).
Durée :	5 jours consécutifs maximum pour l'intervention.
Maximum :	15 jours par an.
Intervention personnelle :	€12,50 par jour.
Justificatif	Sur base d'un certificat Médical.
Exception :	Week-ends et jours fériés. En cas d'appel à la centrale téléphonique, désignée par l'union nationale, le week-end (pour le lundi), le même tarif sera d'application sauf si le membre n'est pas en ordre de cotisation. Dans ce cas, la prestation de service se limite à 1 jour et la facture est adressée dans sa totalité au membre.

Pour avoir droit à l'intervention, les parents doivent s'adresser à une centrale, désignée par l'union nationale, via un numéro de téléphone gratuit. En cas d'appel avant 11 heures, le gardiennage aura lieu le jour qui suit. Si tel n'est pas le cas, le gardiennage débutera le 2^{ème} jour qui suit l'appel.

ARTICLE 37.**SERVICE « BIEN-ETRE ET SANTE » (code OCM : 7)**

Le service « Bien-être et santé » accorde en faveur des membres effectifs dont question à l'article 5 ainsi qu'aux personnes à charge, la possibilité de bénéficier des initiatives mises en place par les mutualités neutres afin de promouvoir le bien-être physique, psychique ou social. Le membre (titulaire ou personne à charge) bénéficie d'un tarif préférentiel pour 3 heures aux bains aux « Thermes de Spa » :

Adultes :	€15,00
Enfants (de 6 à 14 ans révolus) :	€10,00

SECTION IV**SERVICES OBLIGATOIRES POUR LES MUTUALITES AFFILIEES MAIS
FACULTATIFS POUR LES MEMBRES DE CES MUTUALITES .****ARTICLE 38.****EPARGNE PRENUPTIALE (code OCM : 56)****I. DISPOSITION EN VIGUEUR POUR LES CONTRATS SOUSCRITS AVANT LE
1^{ER} JANVIER 2007**

Ce service est accessible aux assurés des 1^{ère}, 3^{ème} et 4^{ème} catégories visées à l'article 5.

Toutes les mutualités sont tenues d'offrir ce service à leurs membres ; leur affiliation est facultative.

Conditions d'affiliation

L'affiliation peut avoir lieu au plus tôt l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire de l'épargne atteint l'âge de 14 ans, et au plus tard l'année civile au cours de laquelle il atteint l'âge de 27 ans. La désaffiliation d'office a lieu le 31 décembre de l'année au cours de laquelle le bénéficiaire de l'épargne atteint l'âge de 30 ans.

L'épargne minimale pour ce service est de 18 EUR par an et l'épargne maximale, de 48 EUR par an. Le montant maximal annuel d'épargne peut aussi être versé l'année d'affiliation et l'année de démission.

Conditions de liquidation

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'événement qui donne lieu au paiement des avantages et l'année d'affiliation.

Tous les versements effectués l'année où le membre quitte le service sont pris en compte pour le calcul des avantages.

Un intérêt composé de 2,75 % est octroyé pour tout versement effectué dans les années suivant la date de l'événement. Cet intérêt est octroyé jusqu'à la date de demande de remboursement sans pouvoir être postérieure au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'épargnant atteint l'âge de 30 ans.

Toute mutation, en provenance d'un autre organisme assureur prend cours à la date effective de la mutation, à savoir le 1^e jour du trimestre qui suit la demande de mutation, soit le 1 janvier, 1 avril, 1 juillet et 1 octobre.

Une mutation interne (mutualité 2xx vers mutualité 2xx) n'est pas considérée comme une mutation.

Au moment de la demande de remboursement pour cause de mariage ou de cohabitation, l'union nationale se base sur le dernier événement en date pour octroyer les avantages.

Avantages pour les membres affiliés au service avant le 1^{er} janvier 2007 :

A. En cas de mariage, le service d'épargne prénuptiale accorde aux membres effectifs, affiliés à une mutualité neutre reconnue, une dot fixée à :

- a) 115 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 1 an d'affiliation ;
- b) 120 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 2 ans d'affiliation ;
- c) 165 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 3 ans d'affiliation ;
- d) 170 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 4 ans d'affiliation ;
- e) 175 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 5 ans d'affiliation ;
- f) 185 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 6 ans d'affiliation ;
- g) 190 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 7 ans d'affiliation ;
- h) 200 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 8 ans d'affiliation ;
- i) 205 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 9 ans d'affiliation ;
- j) 210 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 10 ans d'affiliation ;
- k) 215 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 11 ans d'affiliation ;
- l) 225 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 12 ans d'affiliation ;
- m) 235 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 13 ans d'affiliation ;
- n) 245 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 14 ans d'affiliation ;
- o) 255 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 15 ans d'affiliation ;
- p) 270 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 16 ans d'affiliation.

En outre, en cas de mariage, le service d'épargne prénuptiale accorde aux membres une prime d'accroissement égale à :

- 49,58 EUR s'ils comptent 3 ans d'affiliation ;
- 61,97 EUR s'ils comptent 4 ans d'affiliation ;
- 74,37 EUR s'ils comptent 5 ans d'affiliation ;

86,76 EUR s'ils comptent 6 ans d'affiliation ;
99,16 EUR s'ils comptent 7 ans d'affiliation ;
111,55 EUR s'ils comptent 8 ans d'affiliation ;
123,95 EUR s'ils comptent 9 ans d'affiliation ;
148,74 EUR s'ils comptent 10 ans d'affiliation ;
173,53 EUR s'ils comptent 11 ans d'affiliation ;
198,31 EUR s'ils comptent 12 ans d'affiliation ;
223,10 EUR s'ils comptent 13 ans d'affiliation ;
247,89 EUR s'ils comptent 14 ans d'affiliation ;
285,08 EUR s'ils comptent 15 ans d'affiliation ;
322,26 EUR s'ils comptent 16 ans d'affiliation,

pour autant que le membre ait épargné le maximum possible chaque année depuis son affiliation ; si le maximum n'a pas été épargné chaque année, la prime est réduite en proportion de la fraction épargne totale/maximum possible pour la durée totale de l'épargne. Ces primes d'accroissement peuvent être revues annuellement en fonction de l'équilibre financier du service d'épargne prénuptiale.

Par mariage, il faut entendre le mariage tel que défini dans le code civil.

- B. Si au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'épargnant atteint l'âge de 30 ans, l'assuré est toujours célibataire, le service accorde une indemnité égale à :
- a) 145 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 3 ans d'affiliation ;
 - b) 150 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 4 ans d'affiliation ;
 - c) 155 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 5 ans d'affiliation ;
 - d) 160 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 6 ans d'affiliation ;
 - e) 160 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 7 ans d'affiliation ;
 - f) 160 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 8 ans d'affiliation ;
 - g) 165 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 9 ans d'affiliation ;
 - h) 170 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 10 ans d'affiliation ;
 - i) 180 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 11 ans d'affiliation ;
 - j) 180 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 12 ans d'affiliation ;

- k) 190 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 13 ans d'affiliation ;
- l) 200 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 14 ans d'affiliation ;
- m) 210 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 15 ans d'affiliation ;
- n) 220 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 16 ans d'affiliation.

En outre, le service d'épargne prénuptiale octroie aux membres qui auront 30 ans à partir de 2001 une prime de croissance de:

- a) 24,79 EUR s'ils comptent 3 ans d'affiliation;
- b) 24,79 EUR s'ils comptent 4 ans d'affiliation;
- c) 24,79 EUR s'ils comptent 5 ans d'affiliation;
- d) 74,37 EUR s'ils comptent 6 ans d'affiliation;
- e) 86,76 EUR s'ils comptent 7 ans d'affiliation;
- f) 101,64 EUR s'ils comptent 8 ans d'affiliation;
- g) 118,99 EUR s'ils comptent 9 ans d'affiliation;
- h) 138,82 EUR s'ils comptent 10 ans d'affiliation;
- i) 161,13 EUR s'ils comptent 11 ans d'affiliation;
- j) 185,92 EUR s'ils comptent 12 ans d'affiliation;
- k) 213,19 EUR s'ils comptent 13 ans d'affiliation;
- l) 242,94 EUR s'ils comptent 14 ans d'affiliation;
- m) 275,16 EUR s'ils comptent 15 ans d'affiliation;
- n) 309,87 EUR s'ils comptent 16 ans d'affiliation,

pour autant que le membre ait épargné le maximum possible chaque année depuis son affiliation ; si le maximum n'a pas été épargné chaque année, les primes sont réduites en proportion de la fraction épargne totale/maximum possible pour la durée totale de l'épargne. Ces primes d'accroissement peuvent être revues annuellement en fonction de l'équilibre financier du service d'épargne prénuptiale.

C. Il accorde à l'héritier du membre décédé, une indemnité égale à :

- a) 110 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 1 an d'affiliation ;
- b) 115 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 2 ans d'affiliation ;
- c) 135 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 3 ans d'affiliation ;

- d) 140 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 4 ans d'affiliation ;
- e) 145 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 5 ans d'affiliation ;
- f) 150 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 6 ans d'affiliation ;
- g) 150 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 7 ans d'affiliation ;
- h) 150 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 8 ans d'affiliation ;
- i) 155 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 9 ans d'affiliation ;
- j) 160 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 10 ans d'affiliation ;
- k) 170 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 11 ans d'affiliation ;
- l) 170 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 12 ans d'affiliation ;
- m) 180 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 13 ans d'affiliation ;
- n) 190 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 14 ans d'affiliation ;
- o) 200 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 15 ans d'affiliation ;
- p) 210 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 16 ans d'affiliation.

D. Sur présentation d'une attestation de cohabitation établie par la maison communale du lieu de résidence du membre correspondant aux informations du Registre National, le service d'épargne prénuptiale accorde aux membres cohabitants un montant égal à 80 % de tous les avantages repris sous l'alinéa A de cet article.
La date d'événement prise en considération lors du calcul et de l'introduction de la preuve est bien évidemment la date de la composition de ménage (au plus tôt le 1^{er} janvier 1997).

La cohabitation se définit comme la vie commune de 2 personnes n'ayant pas de lien de parenté, qui ont fait une déclaration de cohabitation légale auprès de l'Officier de l'état civil du domicile commun.

Non versement du montant minimal

Si le montant minimal annuel d'épargne n'a pas été atteint au cours de l'année X, l'épargnant a la possibilité d'effectuer un versement de rattrapage. Le délai pour effectuer un versement de rattrapage se termine le 31 décembre de l'année X+1.

Le montant qui peut être versé à titre de versement de rattrapage doit tenir compte de la règle suivante : le versement de rattrapage doit avoir comme effet que l'épargne de l'année considérée soit au minimum égale au montant minimal annuel (€18) d'épargne (à majorer de l'indemnité d'intérêt éventuelle) et au maximum égale au montant maximal annuel (€ 48) d'épargne (à majorer de l'indemnité d'intérêt éventuelle).

L'indemnité d'intérêt est due si le versement de rattrapage a lieu après le 15 février de l'année X+1, et est égale à 4,25% (à partir du 01/01/2010) du capital versé ce jour-là relatif à l'exercice précédent.

A défaut de ce versement, l'épargnant est considéré comme démissionnaire au 31 décembre de l'année X+1.

Démission

Le service accorde au membre qui démissionne, qui est exclu de l'association ou qui cesse d'effectuer des versements d'un minimum de 18 EUR par année, un remboursement égal au capital augmenté de l'intérêt composé calculé au taux en vigueur au moment où le fait générateur se produit (2,75 %).

Tout épargnant démissionnaire garde la possibilité de se réaffilier comme nouvel épargnant.

Le service d'épargne prénuptiale est géré conformément aux dispositions légales et réglementaires.

II. DISPOSITION EN VIGUEUR POUR LES CONTRATS SOUSCRITS A PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2007

Ce service est accessible aux assurés des 1^{ère}, 3^{ème} et 4^{ème} catégories visées à l'article 5.

Toutes les mutualités sont tenues d'offrir ce service à leurs membres ; leur affiliation est facultative.

Conditions d'affiliation

L'affiliation peut avoir lieu au plus tôt l'année civile au cours de laquelle le bénéficiaire de l'épargne atteint l'âge de 14 ans, et au plus tard l'année civile au cours de laquelle il atteint l'âge de 27 ans. La désaffiliation d'office a lieu le 31 décembre de l'année au cours de laquelle le bénéficiaire de l'épargne atteint l'âge de 30 ans.

L'épargne minimale pour ce service est de 18 EUR par an et l'épargne maximale, de 48 EUR par an. Le montant maximal annuel d'épargne peut aussi être versé l'année d'affiliation et l'année de démission.

Conditions de liquidation

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'événement qui donne lieu au paiement des avantages et l'année d'affiliation.

Tous les versements effectués l'année où le membre quitte le service sont pris en compte pour le calcul des avantages.

Un intérêt composé de 2,75 % est octroyé pour tout versement effectué dans les années suivant la date de l'événement. Cet intérêt est octroyé jusqu'à la date de demande de remboursement sans pouvoir être postérieure au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'épargnant atteint l'âge de 30 ans.

Toute mutation, en provenance d'un autre organisme assureur prend cours à la date effective de la mutation, à savoir le 1^{er} jour du trimestre qui suit la demande de mutation, soit le 1 janvier, 1 avril, 1 juillet et 1 octobre.

Une mutation interne (mutualité 2xx vers mutualité 2xx) n'est pas considérée comme une mutation.

Un paiement ne peut être effectué par les Mutualités Neutres pour un événement (ex. cohabitation) qui a eu lieu avant la date de mutation. Cela sera explicitement repris sur chaque formulaire de mutation. De plus, le membre devra déclarer sur l'honneur que dans un cas similaire, il doit percevoir son épargne préuptiale auprès de son organisme assureur actuel. A défaut, chaque événement qui aura eu lieu avant la mutation entrante effective sera considéré comme démission volontaire.

Au moment de la demande de remboursement pour cause de mariage ou de cohabitation, l'union nationale se base sur le dernier événement en date pour octroyer les avantages.

Avantages pour les membres affiliés au service à partir du 1^{er} janvier 2007 :

- A. En cas de mariage ou de cohabitation, le service d'épargne préuptiale accorde aux membres effectifs, affiliés à une mutualité neutre reconnue, une dot fixée à :
- a) 115 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 1 an d'affiliation ;
 - b) 120 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 2 ans d'affiliation ;
 - c) 165 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 3 ans d'affiliation ;
 - d) 170 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 4 ans d'affiliation ;
 - e) 175 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 5 ans d'affiliation ;
 - f) 185 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 6 ans d'affiliation ;
 - g) 190 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 7 ans d'affiliation ;
 - h) 200 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 8 ans d'affiliation ;
 - i) 205 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 9 ans d'affiliation ;
 - j) 210 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 10 ans d'affiliation ;
 - k) 215 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 11 ans d'affiliation ;
 - l) 225 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 12 ans d'affiliation ;
 - m) 235 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 13 ans d'affiliation ;

- n) 245 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 14 ans d'affiliation ;
- o) 255 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 15 ans d'affiliation ;
- p) 270 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 16 ans d'affiliation.

En outre, en cas de mariage ou de cohabitation, le service d'épargne prénuptiale accorde aux membres une prime d'accroissement égale à :

- 50 EUR s'ils comptent 3 ans d'affiliation ;
- 50 EUR s'ils comptent 4 ans d'affiliation ;
- 50 EUR s'ils comptent 5 ans d'affiliation ;
- 50 EUR s'ils comptent 6 ans d'affiliation ;
- 50 EUR s'ils comptent 7 ans d'affiliation ;
- 50 EUR s'ils comptent 8 ans d'affiliation ;
- 50 EUR s'ils comptent 9 ans d'affiliation ;
- 100 EUR s'ils comptent 10 ans d'affiliation ;
- 110 EUR s'ils comptent 11 ans d'affiliation ;
- 120 EUR s'ils comptent 12 ans d'affiliation ;
- 130 EUR s'ils comptent 13 ans d'affiliation ;
- 140 EUR s'ils comptent 14 ans d'affiliation ;
- 150 EUR s'ils comptent 15 ans d'affiliation ;
- 160 EUR s'ils comptent 16 ans d'affiliation,

pour autant que le membre ait épargné le maximum possible chaque année depuis son affiliation ; si le maximum n'a pas été épargné chaque année, la prime est réduite en proportion de la fraction épargne totale/maximum possible pour la durée totale de l'épargne. Ces primes d'accroissement peuvent être revues annuellement en fonction de l'équilibre financier du service d'épargne prénuptiale.

Par mariage, il faut entendre le mariage tel que défini dans le code civil.

La cohabitation se définit comme la vie commune de 2 personnes n'ayant pas de lien de parenté, ceci est prouvé par une attestation du registre de la population ou par une attestation de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale. La date d'événement prise en considération lors du calcul et de l'introduction de la preuve est bien évidemment la date de la composition de ménage.

L'avantage est accordé sur présentation d'une attestation de mariage/de cohabitation établie par la maison communale du lieu de résidence du membre, correspondant aux informations du Registre National.

- B. Si au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'épargnant atteint l'âge de 30 ans, l'assuré est toujours célibataire, ou en cas de décès, le service accorde (au cas échéant à l'héritier) une indemnité égale à :
- a) 115 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 1 an d'affiliation ;
 - b) 120 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 2 ans d'affiliation ;
 - c) 130 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 3 ans d'affiliation ;
 - d) 140 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 4 ans d'affiliation ;
 - e) 145 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 5 ans d'affiliation ;
 - f) 150 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 6 ans d'affiliation ;
 - g) 155 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 7 ans d'affiliation ;
 - h) 160 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 8 ans d'affiliation ;
 - i) 165 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 9 ans d'affiliation ;
 - j) 170 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 10 ans d'affiliation ;
 - k) 175 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 11 ans d'affiliation ;
 - l) 180 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 12 ans d'affiliation ;
 - m) 190 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 13 ans d'affiliation ;
 - n) 200 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 14 ans d'affiliation ;
 - o) 210 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 15 ans d'affiliation ;
 - p) 220 % du montant des sommes épargnées s'ils comptent 16 ans d'affiliation.

En outre, le service d'épargne pré-nuptiale octroie aux membres qui auront 30 ans ou à l'héritier du membre décédé une prime de croissance de:

- a) 25 EUR s'ils comptent 3 ans d'affiliation;
- b) 25 EUR s'ils comptent 4 ans d'affiliation;
- c) 25 EUR s'ils comptent 5 ans d'affiliation;
- d) 25 EUR s'ils comptent 6 ans d'affiliation;
- e) 25 EUR s'ils comptent 7 ans d'affiliation;
- f) 25 EUR s'ils comptent 8 ans d'affiliation;
- g) 25 EUR s'ils comptent 9 ans d'affiliation;
- h) 50 EUR s'ils comptent 10 ans d'affiliation;
- i) 55 EUR s'ils comptent 11 ans d'affiliation;
- j) 60 EUR s'ils comptent 12 ans d'affiliation;

- k) 65 EUR s'ils comptent 13 ans d'affiliation;
- l) 70 EUR s'ils comptent 14 ans d'affiliation;
- m) 75 EUR s'ils comptent 15 ans d'affiliation;
- n) 80 EUR s'ils comptent 16 ans d'affiliation,

pour autant que le membre ait épargné le maximum possible chaque année depuis son affiliation ; si le maximum n'a pas été épargné chaque année, les primes sont réduites en proportion de la fraction épargne totale/maximum possible pour la durée totale de l'épargne .

Les primes peuvent être revues annuellement en fonction de l'équilibre financier du service d'épargne pré-nuptiale.

Non versement du montant minimal

Si le montant minimal annuel d'épargne n'a pas été atteint au cours de l'année X, l'épargnant a la possibilité d'effectuer un versement de rattrapage. Le délai pour effectuer un versement de rattrapage se termine le 31 décembre de l'année X+1.

Le montant qui peut être versé à titre de versement de rattrapage doit tenir compte de la règle suivante : le versement de rattrapage doit avoir comme effet que l'épargne de l'année considérée soit au minimum égale au montant minimal annuel (€18) d'épargne (à majorer de l'indemnité d'intérêt éventuelle) et au maximum égale au montant maximal annuel (€ 48) d'épargne (à majorer de l'indemnité d'intérêt éventuelle).

L'indemnité d'intérêt est due si le versement de rattrapage a lieu après le 15 février de l'année X+1, et est égale à 4,25% (à partir du 01/01/2010) du capital versé ce jour-là.

A défaut de ce versement, l'épargnant est considéré comme démissionnaire au 31 décembre de l'année X+1.

Démission

Le service accorde au membre qui démissionne, qui est exclu de l'association ou qui cesse d'effectuer des versements d'un minimum de 18 EUR par année, un remboursement égal au capital augmenté de l'intérêt composé calculé au taux en vigueur au moment où le fait générateur se produit (2,75 %).

Tout épargnant démissionnaire garde la possibilité de se réaffilier comme nouvel épargnant.

Prime de fidélité

Dans les situations visées sous A et B du point II, une prime de fidélité sera accordée au membre qui a épargné à la mutualité neutre plus de 3 ans. La prime s'élève à € 50 maximum pour les affiliations de 3 jusque et y compris 5 ans, € 100 maximum pour les affiliations de 6 jusque et y compris 10 ans et € 150 maximum au-delà et est calculée au prorata des montants versés.

Le montant de cette prime peut être revu annuellement en fonction de l'équilibre financier et actuariel du service.

Le service d'épargne prénuptiale est géré conformément aux dispositions légales et réglementaires.



En ce qui concerne les mutations en provenance d'un autre organisme assureur, le texte repris sous le point II est valable dès le 1^{er} janvier 2007 pour les contrats souscrits à partir du 5 septembre 2006, étant donné que la date effective de la mutation est le 1^{er} janvier 2007. Les autres situations sont régies par le texte repris sous le point I.

CHAPITRE VI**FONDS, EMPLOI ET PLACEMENTS DE CES FONDS****ARTICLE 39.**

Les fonds de l'union nationale en assurance complémentaire sont répartis comme suit :

1. Soins urgents à l'étranger (CODE OCM : 01).
2. Epargne prénuptiale (CODE OCM : 56).
3. Service « médecines alternatives » (CODE OCM : 07).
4. Service « traitements orthodontiques » (CODE OCM : 05).
5. Service optique (CODE OCM : 06).
6. Service « Fraternité – Oeuvres Sociales » (CODE OCM : 23, 70, 71, 72, 73, 81, 82, 88, 89).
7. Service administratif.
8. Service « garde d'enfants » (CODE OCM : 30).
9. Service « bien-être et santé » (CODE OCM : 7).
10. Service « affiliation à un club sportif » (CODE OCM : 74).

ARTICLE 40.

Chaque service est alimentée par :

1. - les cotisations, les subsides des pouvoirs publics, les dons, legs, recettes et produits divers qui lui sont destinés ;
2. - les intérêts des fonds placés.

Chaque service doit supporter ses frais d'administration ainsi que les charges afférentes au service assuré.

ARTICLE 41.

Si, par suite d'insuffisance de ressources, un service n'est pas en état de faire face aux dépenses qui lui incombent, le Conseil doit convoquer une Assemblée générale extraordinaire pour arrêter les mesures que la situation impose.

ARTICLE 42.

Les comptes sont clôturés au 31 décembre de chaque année, par les soins du Conseil d'administration qui doit les soumettre à l'Assemblée générale.

ARTICLE 43.

L'union nationale dispose en outre de fonds en sa qualité d'organisme assureur dans le régime légal de l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

ARTICLE 44.

Les fonds, tant en assurance complémentaire qu'en assurance obligatoire, sont placés conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Les fonds ne peuvent en aucun cas être distraits du but que leur assignent expressément les statuts.

CHAPITRE VII**COLLABORATION****ARTICLE 45.**

- § 1 - En vue de réaliser les objectifs visés à l'article 2, l'union nationale peut collaborer avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé.
- § 2 - A cet effet, un accord de collaboration écrit est conclu, mentionnant l'objectif et les modalités de la collaboration ainsi que les droits et obligations qui en résultent pour les membres et les personnes à leur charge.
- § 3 - L'accord de collaboration et ses modifications sont approuvés ou résiliés par l'Assemblée générale et transmis à l'Office de contrôle. Le Conseil d'administration fait annuellement rapport à l'Assemblée générale sur l'exécution des accords conclus ainsi que sur la manière dont ont été utilisés les moyens qui ont été apportés à cet effet par l'union nationale.

CHAPITRE VIII**DISSOLUTION****ARTICLE 46.**

L'union nationale peut être dissoute par une décision de l'Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet.

Les dispositions des articles 10, 11 et 12 §§ 2 et 3 de la loi du 6 août 1990 sont d'application dans ce cas.

La convocation mentionne :

1. -les motifs de la dissolution ;
2. - la situation financière de l'union nationale ;
3. - l'affectation des fonds sociaux ;
4. - les formes et les conditions de la liquidation.

ARTICLE 47.

L'Assemblée générale qui décide de la dissolution de l'union nationale désigne un ou plusieurs liquidateurs choisis parmi les réviseurs, membres de l'Institut des réviseurs d'entreprise, selon les modalités prévues à l'article 32 de la loi du 6 août 1990.

ARTICLE 48.

§ 1 - En cas de dissolution de l'union nationale, les fonds de réserve sont répartis entre les membres dont le droit aux prestations est né avant la cessation des services ou activités.

§ 2 - En cas de cessation et de dissolution d'un ou de plusieurs services visés à l'article 3, b) ou 7 §§ 2 et 4 de la loi du 6 août 1990, l'Assemblée Générale décide de l'affectation des fonds de réserve de ces services.

Les fonds de réserves doivent être affectés en priorité au profit des membres dont le droit aux prestations est né avant la cessation de ces services.

L'Assemblée générale donne aux éventuels actifs résiduels une destination correspondant à ses objectifs statutaires, tant en cas de dissolution qu'en cas de cessation d'un ou de plusieurs services.

CHAPITRE IX

MODIFICATIONS DES STATUTS - CAS NON PREVUS PAR LES STATUTS

ARTICLE 49.

Les statuts peuvent être modifiés soit à l'initiative du Comité de direction, soit à l'initiative du Conseil d'administration, soit à l'initiative des mutualités. Les propositions sont soumises au Conseil d'administration qui juge s'il y a lieu d'y donner suite et en fait rapport à l'Assemblée générale suivante.

Toutefois, le Conseil d'administration est tenu de soumettre à l'Assemblée générale toute proposition de modification aux statuts appuyée par 5 mutualités au moins.

Les statuts de l'union nationale ne peuvent être modifiés que par l'Assemblée générale convoquée à cet effet et qui délibère dans les formes prescrites par la loi et les statuts. Il ne peut être décidé sur toute modification des statuts que si la moitié des membres sont présents ou représentés et que la décision est prise à la majorité des deux tiers des voix émises.

Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint, une deuxième assemblée peut être convoquée qui délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents ou représentés.

ARTICLE 50.

Le texte des propositions de modifications aux statuts, sauf cas de force majeure ou d'urgence, doit être envoyé aux mutualités au moins 2 semaines avant l'Assemblée générale.

Les mutualités peuvent présenter des amendements à ces propositions. Leur texte devra parvenir au président du Conseil d'administration de l'union nationale au plus tard 7 jours avant la date fixée pour la réunion.

Les amendements présentés en cours de séance doivent être mis aux voix s'ils sont appuyés par au moins 5 mutualités.

ARTICLE 51.

Tous les cas non prévus par les statuts et les règlements spéciaux de l'union nationale sont jugés par le Comité de direction qui soumet ses décisions à la ratification du Conseil d'administration.

Disposition transitoire.

Les directeurs de mutualité en fonction au 1er janvier 1991 peuvent rester en fonction jusqu'à leur pension, démission ou révocation nonobstant l'article 10, § 8, 1° de ces statuts et sans préjudice de l'article 10, § 8, 2°.

Cotisations obligatoires

I.A. Cotisations obligatoires propres

Cat 1 Régime général

Cat 2 Régime des travailleurs indépendants

CODE	SERVICES	Art. des statuts	(1)	CATEGORIE DE MEMBRES	
				Cat 1	Cat 2
01	Soins à l'étranger	34	*	4,68	4,68
05	Orthodontie	31		6,24	6,24
06	Optique	32		6,12	6,12
07/1	Médecines alternatives	30		5,76	5,76
74	Affiliation à un club sportif	35		7,32	7,32
90	Fonds spécial de réserve - régime général	10 §13		0,00	
91	Fonds spécial de réserve - régime des travailleurs indépendants	10 § 13			0,00
95	Accords de collaboration non ventilés	33	*	4,68	4,68
98	Centre administratif (y compris les activités de promotion)	40		0,00	0,00
TOTAL				34,80	34,80

CODE	(1) Personnes juridiques avec lesquelles un accord de collaboration a été conclu
01	Eurocross
95	ASBL Fraternité - Oeuvres sociales

Cotisations obligatoires (suite)

I.B. Autres cotisations obligatoires

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des entités mutualistes liées pour lesquelles une cotisation obligatoire doit être payée. Ces cotisations obligatoires sont reprises dans le tableau de cotisations des entités concernées. Dans l'hypothèse où il ne faut pas payer de cotisation pour tous les services des entités mentionnées, il y a lieu d'énumérer les services auxquels les membres sont obligatoirement affiliés.

Cotisations facultatives

II. A. Cotisations facultatives propres

Cat 1 Tous les membres

07/2	Bien-être et santé	
	<i>Article des statuts : 37</i>	Cat 1
		0,00

Service facultatif pour les mutualités.

Cat 1 Tous les membres

30	Garde enfants malades	
	<i>Article des statuts : 36</i>	Cat 1
		1,08

Service facultatif pour les mutualités.

Cotisations facultatives (suite)

II. B. Autres cotisations facultatives

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des entités mutualistes liées ainsi que des services organisés par ces entités pour lesquels une cotisation doit être payée uniquement si le membre souhaite s'affilier auprès d'un(e) ou de plusieurs de ces entités et services. Ces cotisations sont reprises dans le tableau de cotisations des entités concernées.