****

Statuts de l’Union Nationale des Mutualités Libres

**Version coordonnée en vigueur au 1er janvier 2021**

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

**- décidées par l’Assemblée Générale de l’Union Nationale le 17 décembre 2020;**

**- approuvées par le Conseil d’Office de Contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités le 26 février 2021.**

**L'Office de contrôle a approuvé les dispositions statutaires suivantes sous réserve d'une ou plusieurs modifications à apporter : article 18, , article 42, alinéa 4.**

**Les dispositions concernées par une réserve de l'Office de contrôle apparaissent sous la forme d'un texte souligné et écrit en caractères gras et italiques.**

**Le site internet de l’Union Nationale des Mutualités Libres à l’adresse suivante: http://www.mloz.be.**

**CONTENU**

[chapitre i - CONSTITUTION - DENOMINATION - SIEGE - CIRCONSCRIPTION ET OBJET 6](#_Toc524354126)

[Article 1 6](#_Toc524354127)

[Article 2 7](#_Toc524354128)

[Article 3 8](#_Toc524354129)

[chapitre ii - COMPOSITION DE L'UNION NATIONALE 9](#_Toc524354130)

[Article 4 9](#_Toc524354131)

[Article 5 9](#_Toc524354132)

[chapitre iii - CONDITIONS D'ADMISSION ET DE DEMISSION 10](#_Toc524354133)

[SECTION 1 - Conditions d'admission 10](#_Toc524354134)

[Article 6 10](#_Toc524354135)

[Article 7 10](#_Toc524354136)

[Article 8 10](#_Toc524354137)

[SECTION 2 : Collaboration à la gestion de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnité 11](#_Toc524354138)

[Article 9 11](#_Toc524354139)

[SECTION 3 : Démission 12](#_Toc524354140)

[Article 10 12](#_Toc524354141)

[Article 11 12](#_Toc524354142)

[Article 12 12](#_Toc524354143)

[Article 13 13](#_Toc524354144)

[chapitre iii - ORGANES DE L'UNION NATIONALE 14](#_Toc524354145)

[SECTION 1 : L’Assemblée Générale 14](#_Toc524354146)

[Article 14 14](#_Toc524354147)

[Article 15 14](#_Toc524354148)

[Article 16 14](#_Toc524354149)

[Article 17 : Compétence de l'Assemblée Générale 15](#_Toc524354150)

[Article 18 15](#_Toc524354151)

[Article 19 15](#_Toc524354152)

[Article 20 16](#_Toc524354153)

[Article 21 16](#_Toc524354154)

[Article 22 16](#_Toc524354155)

[Article 23 16](#_Toc524354156)

[SECTION 2 : Le Conseil d’Administration 17](#_Toc524354157)

[Article 24 17](#_Toc524354158)

[Article 25 17](#_Toc524354159)

[Article 26 17](#_Toc524354160)

[Article 27 17](#_Toc524354161)

[Article 28 18](#_Toc524354162)

[Article 29 18](#_Toc524354163)

[Article 30 18](#_Toc524354164)

[Article 31 18](#_Toc524354165)

[Article 32 19](#_Toc524354166)

[Article 33 20](#_Toc524354167)

[Article 34 20](#_Toc524354168)

[Article 35 20](#_Toc524354169)

[Article 36 20](#_Toc524354170)

[Le Bureau du Conseil d’Administration 21](#_Toc524354171)

[Article 36bis – Bureau du Conseil d’Administration 21](#_Toc524354172)

[Article 36ter – Comité d’Audit 21](#_Toc524354173)

[Article 36quater – Le Comité de Rémunération et de Nominations 21](#_Toc524354174)

[SECTION 3 : Le Comité de Direction 22](#_Toc524354175)

[Article 37 22](#_Toc524354176)

[Article 38 22](#_Toc524354177)

[Article 39 23](#_Toc524354178)

[SECTION 4 : Le Président de l’Union Nationale 25](#_Toc524354179)

[Article 40 25](#_Toc524354180)

[SECTION 5 26](#_Toc524354181)

[Le Secrétaire National 26](#_Toc524354182)

[Article 41 26](#_Toc524354183)

[Le Directeur Général de l’Union Nationale 26](#_Toc524354184)

[Article 41bis 26](#_Toc524354185)

[CHAPITRE IV BIS – gestion de l’ASSURANCE OBLIGATOIRE 27](#_Toc524354186)

[Article 41ter 27](#_Toc524354187)

[CHAPITRE V – services organises par l’UNION NATIONALE 28](#_Toc524354188)

[Article 42 28](#_Toc524354189)

[SECTION 1 : Service Plate-forme Maladies Chroniques 29](#_Toc524354190)

[Sous-section 1 : plate-forme "diabète" 29](#_Toc524354191)

[Article 43 29](#_Toc524354192)

[Sous-section 2 : plate-forme "obésité" 29](#_Toc524354193)

[Article 43bis 29](#_Toc524354194)

[SECTION 2 : Service "Soins dentaires – Dentalia Plus" 29](#_Toc524354195)

[Article 44 29](#_Toc524354196)

[Article 44bis (abrogé) 36](#_Toc524354197)

[SECTION 3 : Service information aux membres 37](#_Toc524354198)

[Article 45 37](#_Toc524354199)

[Article 46 (Abrogé) 37](#_Toc524354200)

[SECTION 4 : Service Défense des membres 38](#_Toc524354201)

[Article 47 38](#_Toc524354202)

[SECTION 5 : Service de soins urgents à l'étranger 39](#_Toc524354203)

[Article 48 39](#_Toc524354204)

[SECTION 6 - Service "Promotion Santé" 45](#_Toc524354205)

[Article 48bis 45](#_Toc524354206)

[SECTION 7 - Service Solidarité Internationale 46](#_Toc524354207)

[Article 48quater 46](#_Toc524354208)

[SECTION 8 - Service administratif 47](#_Toc524354209)

[Sous-section 1 : Service administratif (code 98/2) 47](#_Toc524354210)

[Article 49 47](#_Toc524354211)

[Sous-section 2 : Centre administratif de répartition (code 98/1) 47](#_Toc524354212)

[Article 49bis (nouveau) 47](#_Toc524354213)

[SECTION 9 - Fonds de réserve de complément 48](#_Toc524354214)

[Article 49ter 48](#_Toc524354215)

[SECTION 10 - Service d'épargne prénuptiale 49](#_Toc524354216)

[Sous-section 1 : Epargne prénuptiale 49](#_Toc524354217)

[Article 50 49](#_Toc524354218)

[Sous-section 2 : Epargne prénuptiale complémentaire 53](#_Toc524354219)

[Article 51 53](#_Toc524354220)

[CHAPITRE VI - PRESCRIPTION 55](#_Toc524354221)

[Article 52 55](#_Toc524354222)

[CHAPITRE VII - COTISATIONS – STAGES - EFFECTIFS 56](#_Toc524354223)

[Article 53 56](#_Toc524354224)

[Article 54 57](#_Toc524354225)

[CHAPITRE VIII - PERSONNES A CHARGE 58](#_Toc524354226)

[Article 55 58](#_Toc524354227)

[CHAPITRE IX - AVOIRS DE L'UNION NATIONALE - RECETTES ET DEPENSES – PLACEMENTS DE FONDS 59](#_Toc524354228)

[Article 56 59](#_Toc524354229)

[Article 57 59](#_Toc524354230)

[Article 58 59](#_Toc524354231)

[Article 59 59](#_Toc524354232)

[Article 60 59](#_Toc524354233)

[Article 61 60](#_Toc524354234)

[Article 62 60](#_Toc524354235)

[CHAPITRE X - COLLABORATION 61](#_Toc524354236)

[Article 63 61](#_Toc524354237)

[CHAPITRE XI - MODIFICATION DES STATUTS 62](#_Toc524354238)

[Article 64 62](#_Toc524354239)

[CHAPITRE XII - DISSOLUTION ET LIQUIDATION 63](#_Toc524354240)

[Article 65 63](#_Toc524354241)

[Article 66 63](#_Toc524354242)

[CHAPITRE XII - FUSION 64](#_Toc524354243)

[Article 67 64](#_Toc524354244)

[CHAPITRE XIII - CAS NON PREVU PAR LES STATUTS 65](#_Toc524354245)

[Article 68 (Supprimé) 65](#_Toc524354246)

[Article 69 65](#_Toc524354247)

[Annexe 1 66](#_Toc524354248)

[Liste des accords de collaboration 66](#_Toc524354249)

**UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES**

**Établie à Bruxelles**

**Assujettie à la loi du 6 août 1990**

**Reconnue par Arrêté Royal du 25 septembre 1928**

**(Moniteur Belge du 11 octobre 1928)**

**S T A T U T S**

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 relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités et ses arrêtés d'exécution ;

Vu la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l’organisation de l’assurance maladie complémentaire.

Après délibération, l'Assemblée Générale, réunie le 17 décembre 2020 à Bruxelles, a décidé, au quorum de présence et à la majorité des voix exigés par la loi, de fixer les statuts de l'Union Nationale comme suit :

# chapitre i - CONSTITUTION - DENOMINATION - SIEGE - CIRCONSCRIPTION ET OBJET

## **Article 1**

Il a été institué, le 20 mai 1928, à Bruxelles, une association mutualiste, reconnue par Arrêté Royal du 25 septembre 1928, sous la dénomination : "UNION NATIONALE DES FEDERATIONS DE MUTUALITES PROFESSIONNELLES DES INDUSTRIES DE LA BELGIQUE".

La dénomination suivante : "UNION NATIONALE DES FEDERATIONS DE MUTUALITES PROFESSIONNELLES DE BELGIQUE" a été homologuée par Arrêté Royal du 22 septembre 1931.

Par la suite, la dénomination suivante "UNION NATIONALE DES MUTUALITES PROFESSIONNELLES ET LIBRES" a été homologuée par Arrêté Royal du 11 juin 1990.

Sa dénomination actuelle est depuis le 1er janvier 1995 : "UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES". Dans ses relations avec les tiers, l'Union Nationale peut utiliser la dénomination suivante "MUTUALITES LIBRES".

Son abréviation officielle est "MLOZ".

## Article 2

L'Union Nationale a pour objet :

1. dans le cadre de l'article 6 de la loi du 6 août 1990, la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ainsi que l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance lors de l'accomplissement de cette mission ;
2. d'organiser dans le cadre de l'article 7 § 2 de la loi du 6 août 1990 et de l’article 67 de la loi du 26 avril 2010 :
3. Les services suivants obligatoires pour toutes les mutualités et pour tous leurs membres :
4. un service soins urgents à l'étranger ;
5. un service information ;
6. un service "Défense des membres" ;
7. un service promotion santé ;
8. un service fonds de réserve de complément ;

On entend par "assurance complémentaire" de l’union nationale : les services de l’union nationale visés à l’article 7, § 2 de la loi du 6 août 1990.

1. d'organiser dans le cadre de l'article 7 § 4 de la loi du 6 août 1990 un service d'épargne prénuptiale, facultatif dans le chef des membres.
2. d'organiser dans le cadre de l'article de l’article 67 alinéa 5 de la loi du 26 avril 2010 :
3. un service solidarité internationale ;
4. un service administratif (code 98/2).

Les missions prévues ci-avant s'exercent dans le respect de la loi du 6 août 1990 et de ses arrêtés d'exécution, de la loi du 26 avril 2010, de la législation et de la réglementation relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités ainsi que des dispositions arrêtées par les instances de l'Union Nationale.

Les mutualités affiliées à l’Union Nationale offrent à leurs membres la possibilité de s'affilier aux produits d'assurance qui sont organisés par MLOZ Insurance, société mutualiste assurantielle (numéro d'identification), autorisés par l'Office de Contrôle des Mutualités et les unions nationales de mutualités par la décision du (date annonce Moniteur Belge) de proposer des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'Arrêté Royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ainsi que de couvrir, en complément, les risques qui font partie de la prestation d'aide comme prévu à la branche 18 de l'annexe 1 de l'Arrêté Royal susmentionné.

## Article 3

Le siège social de l'Union Nationale est établi à 1070 Bruxelles, route de Lennik, n° 788 A. Le champ d'activité s'étend à l'ensemble du territoire belge. L'Union Nationale s'adresse à toutes les personnes ayant leur résidence principale en Belgique ainsi qu'aux :

* personnes qui ont leur résidence principale à l'étranger, mais qui sont néanmoins assujetties à la sécurité sociale belge ;
* 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 conformément à la Loi.

## Article 5

Pour bénéficier des avantages octroyés par les services organisés par les présents statuts, les membres effectifs des mutualités sont répartis en deux catégories, à savoir :

* Catégorie A :
1. Les personnes qui sont assujetties à l'assurance obligatoire en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'extension, et qui cotisent pour les services complémentaires.
2. Les travailleurs frontaliers affiliés en assurance obligatoire et qui payent les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires.
3. Les personnes qui sont inscrites auprès de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité, de la Caisse des Soins de Santé de HR Rail, de l’Office des Régimes Particuliers de Sécurité Sociale/Régime de la sécurité sociale d’outre-mer ou de la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des marins, qui payent les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires.
4. Les personnes, résidant en Belgique et bénéficiant du régime d'assurance soins de santé organisé par l'Union européenne en faveur de ses fonctionnaires ou par le SHAPE en faveur de ses agents et qui payent les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires.
5. Les personnes qui ne sont plus soumises à l’assurance obligatoire, suite à une mission à l’étranger pour le compte d’un gouvernement belge et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires.
6. Les personnes qui ont leur domicile ou leur résidence principale en Belgique et qui en vertu d’un règlement européen ou d’un traité relatif à la sécurité sociale, ouvrent un droit au remboursement des prestations de santé et qui paient les cotisations destinées à leur permettre de bénéficier des services complémentaires.
7. Les personnes qui font partie du personnel d’une ambassade ou d’un consulat établi en Belgique et qui, en application des Conventions de Vienne de 1961 et de 1963, doivent être assurées pour les soins de santé par leur pays d’origine.
* Catégorie B :

Les membres titulaires ou bénéficiaires qui participent au service de l'épargne prénuptiale.

Les membres bénéficiaires sont les personnes à charge visées à l'article 55.

# chapitre iii - CONDITIONS D'ADMISSION ET DE DEMISSION

## SECTION 1 - Conditions d'admission

## Article 6

Seules les mutualités reconnues conformément à la loi du 6 août 1990 peuvent être admises au sein de l'Union Nationale.

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 requérante doit :

1. mentionner la dénomination de la mutualité et son siège social ;
2. mentionner la date de sa fondation et celle de sa reconnaissance légale ;
3. fournir la preuve qu'elle dispose du nombre de membres requis par la loi et ses arrêtés d'exécution ;
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.

La mutualité requérante doit prendre l'engagement de se conformer aux statuts et aux règlements spéciaux de l'Union Nationale et à toutes les décisions prises conformément aux prescriptions statutaires et légales.

La demande doit être accompagnée de deux exemplaires des statuts de la mutualité ainsi que des comptes des services complémentaires et d'assurance obligatoire des trois derniers exercices.

Elle doit, en outre, joindre la liste des noms, prénoms, professions et adresses des administrateurs.

## Article 7

L'Assemblée Générale statue sur les demandes d'admission à la majorité des suffrages valables des membres présents ou représentés. Les abstentions ne sont pas prises en considération.

## Article 8

L'Union s'interdit tout engagement envers toute idéologie soit politique, soit confessionnelle et veille au respect scrupuleux du pluralisme des opinions de ses membres. Elle encourage toute forme d'organisation mutualiste, qu'elle soit constituée sur une base régionale ou nationale, qu'elle soit ou non constituée en faveur du personnel d'une entreprise ou dans le cadre de l'entreprise. Elle n'accepte que des mutualités reconnues adhérant à ces mêmes principes.

## SECTION 2 : Collaboration à la gestion de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnité

## Article 9

§ 1. L’Union Nationale représente les mutualités auprès des organes de gestion, d’avis et de concertation qui sont institués par les pouvoirs publics.

Elle défend dans ces organes les intérêts des mutualités et de leurs membres.

§ 2. L'Union Nationale, responsable de la bonne exécution de l'assurance obligatoire, peut autoriser, dans les limites et suivant les normes qu'elle définit, les mutualités à accomplir certaines tâches pour l'exécution des obligations prévues par la loi relative à l'assurance obligatoire, soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et dans le respect de la loi du 6 août 1990.

L'Union Nationale veille au respect de la séparation entre l'assurance obligatoire et les autres activités.

L'Union Nationale se dote d'un service de contrôle interne conformément à l'article 31 de la loi du 6 août 1990.

Le réviseur désigné par l'Union Nationale est chargé pour l'assurance obligatoire, tant au niveau des mutualités que de l'Union Nationale, de l'exécution des missions prévues par la loi du 6 août 1990.

L'Union Nationale procure aux mutualités affiliées, toute la documentation dont elles peuvent avoir besoin, en vue de l'application et de l'interprétation des dispositions légales et réglementaires.

§ 3. En cas de manquement à la mission confiée par l'Union Nationale à ses mutualités, le Conseil d'Administration peut, par décision motivée, retirer l'autorisation conférée auxdites mutualités dans le cadre de l'exécution de l'assurance obligatoire.

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

§ 4. Lorsqu'une autorisation 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, ce qui entraîne l'application de l'article 47 de cette loi.

§ 5. Sans préjudice des dispositions du § 3 de cet article, lorsque 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 ou ses arrêtés d'exécution, en ce compris les conditions de l'autorisation visée au § 1, elle peut ordonner à la mutualité de régulariser la situation dans un délai qu'elle 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 concernée et peut s'y substituer pendant une période déterminée et renouvelable.

§ 6. En cas de dissolution de la mutualité, l'Union Nationale est vis-à-vis des membres et personnes à charge, subrogée à ladite mutualité pour ce qui concerne l'exécution des obligations relatives à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et ce, jusqu'au moment où l'affiliation de ceux-ci à une autre mutualité devient effective.

§ 7. Vu la mise en œuvre progressive d'une responsabilité financière des mutualités et dans l'optique d'une meilleure connaissance et maîtrise des dépenses de santé, l'Union Nationale réalisera des études systématiques :

* + des facteurs de risques sous-tendant la consommation des affiliés des Mutualités Libres ;
	+ des coûts par pathologies traitées, tant dans une optique de maîtrise des dépenses (connaître l'efficacité des divers prestataires) que dans une optique d'information des membres.

## SECTION 3 : Démission

## Article 10

Les mutualités se réservent la faculté de se retirer de l'Union au 31 décembre de chaque année, moyennant un préavis de six mois.

## Article 11

Toute mutualité désirant faire mutation collective est tenue, en plus des obligations légales prévues par la loi relative à l'assurance obligatoire, soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et de la loi du 6 août 1990, de verser une indemnité de dédommagement correspondant à 6 mois de frais d'administration de des services obligatoire ainsi qu'à 6 mois de frais d'administration prévus pour les services nationaux complémentaires. L'Union Nationale procède d'office à la retenue de cette indemnité de dédommagement. L'indemnité de dédommagement ne devra pas être payée lorsque le préavis comporte un an. Les mutualités sont tenues au paiement intégral des cotisations relatives aux services complémentaires afférents aux années antérieures en ce compris l'année complète précédant la date de prise d'effet de la mutation.

Par ailleurs, ce retrait 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.

## Article 12

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 11, toute démission doit être adressée par la mutualité au Président de l'Union Nationale, par lettre recommandée, avant le 1er juillet de l'année ; elle ne pourra entrer en vigueur qu'à dater du 1er janvier suivant.

## Article 13

Toute mutualité démissionnaire ainsi que chacun de ses membres individuellement, sont déchus de tous droits quelconques sur les avoirs de l'Union Nationale.

# chapitre iii - ORGANES DE L'UNION NATIONALE

## SECTION 1 : L’Assemblée Générale

## Article 14

L'Assemblée Générale se compose de délégués élus, pour une période de 6 ans renouvelable, par les Assemblées Générales des mutualités affiliées.

Chaque mutualité y sera représentée à raison d'un délégué par tranche de 7.500 membres avec un minimum de 2 délégués et un maximum de 30. Lorsque le nombre de mandats auquel peut prétendre une mutualité n’est pas égal à un chiffre entier, ce dernier sera automatiquement arrondi vers l’unité supérieure.

L’effectif pris en considération est l’effective assurance obligatoire calculée au 30 juin de l’année précédant celle au cours de laquelle le nombre de représentants à l’Assemblée Générale doit être fixé.

Les mutualités peuvent, en outre, élire autant de délégués suppléants que de délégués effectifs.

Pour être élus, les délégués doivent être affiliés auprès de la mutualité qu'ils représentent et faire partie de son Assemblée Générale.

## Article 15

L'Assemblée Générale peut également élire au maximum 15 conseillers à l'Assemblée Générale. Ceux-ci ont voix consultative.

Les membres de la direction de l'Union Nationale peuvent assister à l'Assemblée Générale avec voix consultative.

## Article 16

Perdent leur qualité de délégué, sur décision de l'Assemblée Générale de l'Union Nationale:

1. ceux dont le mandat est retiré par leur mutualité ;
2. ceux qui calomnient un membre du Conseil d'Administration à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions;
3. ceux qui menacent ou insultent un délégué en assemblée ;
4. ceux qui posent des actes de nature à nuire aux intérêts de l'Union Nationale ;
5. ceux qui refusent de se soumettre aux statuts et aux règlements de l'Union Nationale ;
6. ceux qui ont encouru une condamnation conditionnelle ou non, coulée en force de chose jugée à une peine criminelle ou à un emprisonnement principal de plus de trois mois.

## Article 17 : Compétence de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale 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 réviseur d'entreprise ;
5. la collaboration avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé visées à l'article 63 des présents statuts ;
6. l'approbation du groupement de services de mutualités affiliées dans une société mutualiste visée à l'article 43bis de la loi du 6 août 1990 ;
7. la demande d'adhésion d'une mutualité ;
8. la fusion avec une autre Union Nationale ;
9. la dissolution de l'Union Nationale ;
10. tous les points portés régulièrement à son ordre du jour.

## Article 18

1. Les décisions sont valablement prises si au moins la moitié des délégués sont présents ou représentés et si les votes exprimés l'ont été à la majorité simple, sauf dans les cas où la loi ou les présents statuts le stipulent autrement.

Les abstentions ne sont pas prises en considération pour la détermination de cette majorité.

1. Si le quorum de présences exigé n'est pas atteint la première fois, une deuxième Assemblée Générale est convoquée. Ne peuvent être repris à l’ordre du jour de cette Assemblée que des points qui étaient inscrits à l’ordre du jour de la première Assemblée Générale. Cette seconde Assemblée Générale délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents.
2. Dans le cas où le délégué effectif et son suppléant sont dans l'impossibilité d'assister à une Assemblée Générale, le délégué effectif peut donner procuration à un autre délégué effectif ou suppléant. Tout délégué ne peut être porteur que d'une procuration.
3. Chaque membre de l'Assemblée Générale a droit à une voix. Les membres n'ont toutefois pas voix délibérative pour les points à l'ordre du jour concernant des services éventuels auxquels la mutualité qu'ils représentent ne participe pas.

L’administrateur qui est également membre de l’Assemblée Générale ne peut participer à la délibération et au vote concernant sa propre révocation. Les personnes exclues du vote ne sont pas prises en considération pour le calcul du quorum de présences pour le point de l’ordre du jour concerné.

***L’Assemblée Générale ne doit pas toujours se réunir physiquement. Dans des cas exceptionnels, lorsque l’urgence ou des circonstances exceptionnelles le requièrent, les réunions peuvent se tenir par vidéoconférence ou par tout autre moyen de télécommunication ou par écrit moyennant l’accord de la majorité des délégués.  En cas de vote par écrit, le délégué participant à la consultation est assimilé à un membre présent.***

## Article 19

L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit au moins une fois par an, sur convocation du Président du Conseil d'Administration en vue de l'approbation des comptes et du budget.

Chaque membre de l'Assemblée Générale disposera au plus tard 8 jours 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 ;
2. le produit des cotisations des membres et leur mode d'affectation, ventilé entre les différents services ;
3. le projet de comptes annuels, comprenant le bilan, les comptes de résultats et l'explication, ainsi que le rapport du réviseur ;
4. le projet de budget pour l'exercice suivant, tant global que ventilé entre les différents services ;
5. le rapport annuel concernant l'exécution des accords de collaboration.

L'ordre du jour est établi par le Président. Les délégués qui désirent y faire figurer un point particulier, doivent en faire la demande écrite au Président.

Les convocations mentionnant l'ordre du jour doivent être adressées aux délégués au moins 20 jours civils avant la date de la réunion.

## Article 20

Une Assemblée Générale Extraordinaire sera tenue soit à la demande d'un cinquième de ses membres, soit à la demande du Conseil d'Administration.

Les convocations mentionnant l'ordre du jour doivent être adressées aux délégués au moins 20 jours civils avant la date de la réunion.

## Article 21

Au début de chaque séance, l'Assemblée Générale désigne les personnes qui feront office de scrutateurs pour cette séance.

Les résolutions des Assemblées Générales Ordinaires et Extraordinaires sont consignées dans des procès-verbaux qui sont adressés aux délégués.

## Article 22

Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 août 1990, l'Assemblée Générale désigne un réviseur d'entreprises choisi sur une liste de réviseurs agréés par l'OCM.

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

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

## Article 23

L'Assemblée Générale peut déléguer au Conseil d'Administration, pour une durée d'un an renouvelable, la compétence de décider des adaptations des cotisations.

Ces adaptations sont communiquées pour approbation à l'Office de Contrôle.

## SECTION 2 : Le Conseil d’Administration

## Article 24

L'Union Nationale est administrée par un Conseil d'Administration élu par l'Assemblée Générale et composé de 30 à 35 administrateurs.

Le Conseil d'Administration élit en son sein un Président et deux Vice-présidents, parmi lesquels un Premier Vice-président. Afin d’assurer son indépendance dans la gestion des instances, le mandat attribué au Président sera, après son élection, comptabilisé en dehors des mandats attribués aux mutualités en application de l’article 25 des présents statuts. La mutualité dont le Président est issu aura le droit de proposer l’élection d’un nouvel administrateur afin de conserver son nombre initial de mandat.

Pour autant qu'ils soient élus administrateurs par l’Assemblée Générale, le Directeur Général de l'Union Nationale, le Directeur Général Adjoint et le Secrétaire National font également partie du Conseil d’Administration.

## Article 25

En dehors du Président, du Directeur Général, du Directeur Général Adjoint et du Secrétaire National, le Conseil d'Administration se compose de 29 représentants attribués aux mutualités.

Toute mutualité a droit à un représentant. Le nombre d'Administrateurs déterminé conformément à l'article 24, est réparti entre les mutualités proportionnellement à leur effectif assurance obligatoire.

L’Assemblée Générale conserve la possibilité de nommer 2 administrateurs supplémentaires par rapport aux 32 mandats prévus à l’alinéa 1. L’objectif est de permettre à l’Assemblée Générale d’élire des personnes disposant de compétences particulières au sein du Comité d’Audit ou du Comité de Placement qui n’auraient pas encore pu être élues sur base de l’attribution des mandats telle que prévue au présent article.

## Article 26

Le Conseil d'Administration peut désigner au maximum 15 conseillers. Ils ont voix consultative.

Les membres de la direction de l'Union Nationale, ainsi que les Directeurs des mutualités non élus en qualité d'Administrateur peuvent participer au Conseil d'Administration avec voix consultative.

## Article 27

Pour être membre du Conseil d'Administration, il faut être majeur et de bonne conduite, vie et mœurs. Il n'est toutefois pas exigé de faire partie de l'Assemblée Générale. Cessent d'être éligibles, les personnes ayant atteint l'âge de 72 ans au moment de l'élection.

Il est automatiquement mis fin au mandat de l’administrateur au 1er janvier de l’exercice qui suit celui au cours duquel il a atteint l’âge de 72 ans.

Le Conseil d'Administration ne peut être composé de plus d'1/4 de personnes rémunérées par une mutualité ou par l'Union Nationale.

Au moins trois mandats doivent être réservés à des femmes.

## Article 28

Le mandat d'Administrateur est gratuit. Toutefois, l’Assemblée Générale fixe le montant des remboursements de frais et le montant des jetons de présence éventuels.

## Article 29

Les membres du Conseil d'Administration sont élus par l'Assemblée Générale pour un terme de 6 ans renouvelable. Les mandats réservés aux femmes sont d'abord attribués. Ensuite, il est procédé à l'attribution éventuelle de mandats aux personnes rémunérées par la mutualité dans les limites légales et statutaires. A ce sujet, chaque mutualité a la possibilité de faire élire comme délégué une personne rémunérée, soit par elle, soit par l'Union Nationale. Il peut toutefois être dérogé à cette règle d'un délégué par mutualité par décision motivée du Comité de Direction et ce, dans le respect des limites légales et statutaires.

Les candidats au Conseil d'Administration de l'Union Nationale sont présentés par le Conseil d'Administration de chaque mutualité au moins un mois avant la date de l'Assemblée Générale. Lorsque le nombre de mandats restant à pourvoir, est égal ou supérieur au nombre de candidats, ceux-ci sont élus d'office.

Pour les mutualités qui présentent plus de candidats que le nombre de mandats à attribuer à ces dernières conformément à l'article 25, et dans le cas où un membre de l'Assemblée Générale présente sa candidature en dehors de la liste présentée par sa mutualité, l'Assemblée Générale de l'Union Nationale procède à l'élection des Administrateurs de cette mutualité.

Sans préjudice de ce qui est dit ci-dessus, le Conseil d'Administration sortant de l'Union Nationale peut présenter sa propre liste de candidats.

## Article 30

Le remplacement des Administrateurs décédés, démissionnaires ou atteints par la limite d’âge a lieu à une prochaine Assemblée Générale, selon la procédure visée à l'article 29 des présents statuts. L'Administrateur ainsi élu, achève le mandat de celui qu'il remplace.

La démission de la mutualité entraîne automatiquement la fin du mandat de ses représentants au Conseil d'Administration de l'Union Nationale.

## Article 31

L'Assemblée Générale peut prononcer la révocation d'un administrateur. Pour cela, 2/3 des membres de l'Assemblée Générale doivent être présents ou représentés et la décision doit être prise avec une majorité de 2/3 des voix.

## Article 32

Le Conseil d'Administration est chargé de la gestion journalière et exerce toutes les compétences que la loi ou les statuts n'ont pas explicitement attribuées à l'Assemblée Générale.

Il prépare les décisions de l’Assemblée Générale et veille à l’exécution de celles-ci.

Il définit la politique générale (axes et priorités stratégiques) et les valeurs de l’Union Nationale. Dans ce cadre, il valide les propositions qui lui sont faites par le Comité de Direction.

Il évalue également régulièrement la mise en œuvre et l’exécution des axes et priorités stratégiques qui ont été définis via un reporting régulier qui lui est fait par le Comité de Direction. Dans le cadre de cette mission, il approuve chaque année les objectifs du Comité de Direction et procède à l’évaluation de leur réalisation.

Il supervise le Comité de Direction et le management par le recours effectif aux pouvoirs d’enquête dont le Conseil d’Administration est investi et par le reporting qui lui est fait sur l’évolution de l’activité de l’Union Nationale.

Il prend connaissance des constats importants établis par les fonctions de contrôle indépendantes, par le réviseur et par les autorités de contrôle, le cas échéant via ses comités spécialisés constitués par le conseil, et veille à ce que le Comité de Direction prenne les mesures appropriées permettant de remédier aux éventuelles déficiences. Il est le responsable final de l’Audit Interne.

Il est chargé d’approuver et d’évaluer régulièrement la structure de gestion, l’organisation, les mécanismes de contrôle interne, et les fonctions de contrôle indépendantes de l’Union Nationale.

Il s’assure et vérifie régulièrement que l’Union Nationale dispose d’un contrôle interne efficace sur le plan de la fiabilité du processus en matière d’information financière.

Il approuve les Chartes, Politiques ainsi que le Code de Gouvernance nécessaires au bon fonctionnement de l’Union Nationale.

La compétence du Conseil d'Administration s'étend à l'assurance obligatoire et aux services complémentaires; il veille à la séparation des deux secteurs.

En matière d'assurance obligatoire et conformément à l'article 9 :

* il organise les services administratifs de l'Union de la façon la plus rationnelle et la plus économique;
* il précise les devoirs et obligations des mutualités dans le cadre de l'autorisation prévue à l'article 9, § 1. Une convention particulière, à laquelle la mutualité doit souscrire pour être autorisée à exécuter certaines tâches en assurance obligatoire, peut être établie par le Conseil d'Administration ;
* il veille au respect des règlements qu'il arrête en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
* il prend connaissance du rapport de synthèse du Service de Contrôle Interne ;
* il s'assure de la viabilité des mutualités.

En matière de services complémentaires et d'épargne prénuptiale :

* il détermine les règles d'organisation et de fonctionnement de chaque service ;
* il précise les devoirs et obligations des mutualités dans la mesure où celles-ci se voient déléguer certaines missions ;
* il prend connaissance du rapport de synthèse du Service de Contrôle Interne ;
* il se prononce sur la création de tout nouveau service visé à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités.

Le Conseil d'Administration nomme et révoque le Directeur Général.

A l'exception de la fixation des cotisations, le Conseil d'Administration peut, sous sa responsabilité, déléguer des actes relevant de la gestion journalière ou une partie de ses compétences au Président, à un ou plusieurs administrateurs ou à un Comité de Direction, dont les membres sont désignés par le Conseil d'Administration en son sein.

## Article 33

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 34

Le Conseil d'Administration se réunit au moins trois fois par an, aux jours, heures et lieux fixés par le Président.

Il peut se réunir d'urgence à la demande d'un tiers de ses membres.

L'ordre du jour est établi par le Président. Les administrateurs qui désirent y faire figurer un point particulier sont tenus d'en informer celui-ci.

Les convocations mentionnant l'ordre du jour doivent être adressées aux administrateurs au moins 15 jours avant la date de la réunion.

Le Conseil d’Administration ne doit pas toujours se réunir physiquement. Dans des cas exceptionnels, lorsque l’urgence ou des circonstances exceptionnelles le requièrent, les réunions peuvent se tenir par vidéoconférence ou par tout autre moyen de télécommunication ou par écrit moyennant l’accord unanime des membres. Cette possibilité est également d’application pour les différents comités du Conseil d’Administration.

## Article 35

Le Conseil d'Administration ne peut délibérer valablement que si la moitié de ses membres sont présents ou représentés. Si cette condition n'est pas remplie, une seconde réunion, avec le même ordre du jour, aura lieu sur convocation nouvelle et toutes les décisions prises dans cette seconde réunion seront valables, quel que soit le nombre des présents ou représentés.

Dans le cas où le membre effectif est dans l'impossibilité d'assister à une séance du Conseil d'Administration, il peut donner procuration à un autre membre. Tout administrateur ne peut être porteur que d'une procuration.

Au début de chaque réunion, le Conseil d'Administration désigne les personnes qui feront office de scrutateurs pour cette réunion.

## Article 36

Les décisions du Conseil d'Administration sont prises à la majorité des suffrages valables des membres présents ou représentés. Les abstentions ne sont pas prises en considération pour la détermination de cette majorité.

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

Toute décision doit également recueillir une adhésion au sein de la majorité des mutualités pour pouvoir valablement être adoptée.

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.

Les résolutions sont consignées dans des procès-verbaux qui sont adressés aux membres du Conseil d'Administration.

## Le Bureau du Conseil d’Administration

## Article 36bis – Bureau du Conseil d’Administration

Il est créé, au sein du Conseil d’Administration, un bureau qui se compose du Président et des Présidents des Mutualités. Le Directeur Général peut être convié à ses réunions.

Sauf autres missions spécifiques confiées par le Conseil d’Administration, le bureau est un organe de réflexion stratégique, de préparation et de suivi des activités des autres organes statutaires. Dans le cadre de cette mission, il définit, en consensus, les actions qu’il convient de mener dans le cadre de la stratégie de l’Union. Dans sa mission de réflexion stratégique, le bureau veillera à maintenir une cohérence entre les différentes entités du groupe MLOZ et étendra sa réflexion à l’ensemble des entités liées à l’Union Nationale. Dans le cadre de cette réflexion, les Présidents des entités liées à l’Union Nationale non membres du Bureau peuvent être invités à participer aux discussions.

## Article 36ter – Comité d’Audit

Conformément à la réglementation en vigueur, il est créé au sein du Conseil d’Administration un Comité d’Audit composé d’au moins trois administrateurs qui n’exercent aucune fonction ni tâche opérationnelle au sein de l’Union Nationale des Mutualités Libres.

Le Président, le responsable du service d’Audit Interne et le Réviseur d’Entreprise de l’Union Nationale peuvent assister aux réunions de ce Comité.

Il établit la "charte" définissant ses responsabilités et compétences qu’il soumet au Conseil d’Administration.

## Article 36quater – Le Comité de Rémunération et de Nominations

Il est créé, au sein du Conseil d’Administration, un Comité de Rémunération et de Nominations qui se compose du Président et des 2 Vice-présidents. Le Directeur Général peut être convié à ses réunions.

Le Comité de rémunération est compétent pour :

* fixer le positionnement de la structure de rémunération de personnel de l’Union Nationale sur base de l’analyse faite par un cabinet externe de conseil en rémunération ;
* fixer la rémunération du Directeur Général et procéder à son évaluation annuelle ;
* approuver la rémunération des membres du Comité Exécutif, sur proposition du Directeur Général ;
* proposer les indemnisations, et remboursements de frais octroyés aux membres des instances ;
* approuver tout contrat de prestations de services ou remboursement de frais exposés pour compte de l’Union qui seraient octroyés à un membre des instances.

En tant que Comité de Nominations, il doit veiller à ce que toutes les compétences nécessaires au bon fonctionnement de l’Union Nationale soient présentes. Dans ce cadre, il est chargé de donner un avis sur les nominations du Président, des membres des Comités institués au sein du Conseil d’Administration et du Directeur Général.

## SECTION 3 : Le Comité de Direction

## Article 37

Il est créé au sein du Conseil d'Administration, un Comité de Direction qui se compose, du Directeur Général, ainsi que d'un représentant par mutualité nommé par le Conseil d'Administration. Le Directeur Général Adjoint et le Secrétaire National assistent aux réunions du Comité de Direction.

Le Directeur Général assume la présidence des réunions du Comité de Direction. Il ne dispose toutefois d’un mandat effectif et d’une voix délibérative que pour autant qu’il ait été élu administrateur par l’Assemblée Générale conformément à l’article 24 alinéa 3 des présents statuts.

Sur proposition du Bureau, d’autres membres du personnel de Direction des Services de l’Union Nationale peuvent également être élus par le Conseil d’Administration comme membre effectif du Comité de Direction et ce, à condition d’être préalablement élus comme membres du Conseil d’Administration.

## Article 38

Les membres du Comité de Direction sont élus par le Conseil d'Administration à la majorité des suffrages valables des administrateurs présents ou représentés. Les abstentions ne sont pas prises en considération pour la détermination de cette majorité absolue.

Pour le ou les candidats qui n'auraient pas atteint cette majorité, un second scrutin a lieu et est, ou sont élus, le ou les candidats qui ont obtenu le plus de voix. En cas d'égalité de voix, le membre sortant ou à défaut le doyen d'âge, est élu.

Lorsque le nombre de candidats est égal au nombre de mandats à pouvoir, les candidats sont élus d'office.

Le Comité de Direction peut présenter au Conseil d'Administration sa propre liste de candidats.

La durée du mandat des membres du Comité de Direction est de 6 ans. Les membres sortants sont rééligibles. La perte du mandat d'administrateur entraîne automatiquement la perte du mandat au Comité de Direction.

En cas de vacance d'une des fonctions de membre du Comité de Direction pour une autre raison que l'écoulement de la durée statutaire de ce mandat, un remplaçant est élu lors de la plus prochaine réunion du Conseil d'Administration. Le remplaçant ainsi élu achève le mandat de son prédécesseur.

## Article 39

Le Comité de Direction prépare et exécute les décisions du Conseil d'Administration.

Il exerce les compétences qui lui sont déléguées par le Conseil d'Administration.

Il fait rapport au Conseil d'Administration de l'usage qu'il fait de cette délégation.

Les principales missions du Comité de Direction sont :

* il formule des propositions et des avis au Conseil d’Administration en vue de la définition de la politique générale et de la stratégie de l’Union Nationale, et communique toutes les informations et données pertinentes pour permettre au Conseil de prendre des décisions en connaissance de cause. C’est donc lui qui est compétent pour élaborer et proposer des axes stratégiques ainsi que les budgets qui y sont liés au Conseil d’Administration ;
* il est chargé de la mise en œuvre de la politique générale et des axes stratégiques approuvés par le Conseil d’Administration dans le cadre du budget défini par ce dernier. Le Comité de Direction fait régulièrement rapport au Conseil d’Administration sur la mise en œuvre des priorités. En tant que représentants des différentes entités qui composent l’Union Nationale, les membres du Comité de Direction sont solidairement responsables des objectifs communs qui devront être traduits dans les objectifs de chaque entité ;
* il présente au Conseil d’Administration, au début de chaque exercice, ses objectifs annuels, les résultats attendus et l’évaluation faite de leur réalisation ;
* sans préjudice du contrôle exercé par le Conseil d’Administration, il veille à ce que le management assure l’organisation, l’orientation et l’évaluation des mécanismes et procédures de contrôle interne ;
* il veille à ce que le management dispose d’un système de contrôle interne permettant d’établir avec une certitude raisonnable la fiabilité du reporting interne ainsi que du processus de communication de l’information financière, afin d’assurer la conformité des comptes annuels avec la réglementation comptable applicable ;
* il fait rapport au Conseil d’Administration sur la situation financière de l’Union Nationale et sur tous les aspects nécessaires pour accomplir correctement ses tâches. Dans ce cadre, il valide les propositions de comptes et de budgets qui seront soumises au Conseil d’Administration et ensuite à l’Assemblée Générale ;
* il prend connaissance des constats de l’Audit Interne visant les mutualités et l’Union Nationale. Il veille à ce qu’une suite adéquate leur soit réservée. Il porte à la connaissance du Conseil d’Administration tout rapport ou information utile à sa mission ;
* le Comité de Direction peut assumer toutes les autres tâches qui lui seraient expressément déléguées par le Conseil d’Administration.

Le Comité de Direction peut donner, en son sein, un mandat spécial à certains de ces membres pour le suivi de problèmes déterminés.

Il prend connaissance des constats de l’Audit Interne visant les mutualités et l’Union Nationale. Il veille à ce qu’une suite adéquate leur soit réservée. Il porte à la connaissance du Conseil d’Administration tout rapport ou information utile à sa mission.

## SECTION 4 : Le Président de l’Union Nationale

## Article 40

Le Président est élu par le Conseil d'Administration en son sein. La durée du mandat présidentiel est de 6 ans. Le Président est rééligible.

1. Il a la direction des Assemblées Générales, du Conseil d'Administration, du Bureau du Conseil.

En cas de parité des voix, celle du Président ou de son remplaçant est prépondérante. Il veille à l'exécution des décisions prises par les organes officiels et à l'observance des prescriptions statutaires et réglementaires.

1. L’Union agit et est représentée en justice, tant en demandant qu’en défendant, soit par le Président, soit par le Secrétaire National, soit par toute personne désignée par le Conseil d’Administration.
2. L’Union Nationale est représentée dans tous les actes officiels et conventions par le Président, le Directeur Général ou le Secrétaire National.
3. Le premier Vice-président seconde le Président et le remplace en cas d’absence ou d’empêchement.

## SECTION 5

## Le Secrétaire National

## Article 41

Le Secrétaire National est chargé de toute la correspondance des convocations, de la rédaction des procès-verbaux et de la conservation des archives. Il signe les procès-verbaux des instances de l’Union Nationale.

## Le Directeur Général de l’Union Nationale

## Article 41bis

Le Directeur Général, nommé par le Conseil d’Administration, sur proposition du Comité de Rémunération et de Nominations, est chargé de la gestion des services de l'Union Nationale dans le cadre contractuel défini par ce dernier. Il est assisté dans cette tâche par un Directeur Général Adjoint.

Il a le pouvoir de signer toute convention conclue au nom de l’Union dans le cadre de cette gestion journalière. En cas d’absence du Directeur Général, le pouvoir de signer les conventions est délégué au Secrétaire National ou au Directeur Général Adjoint.

Il est en outre chargé d'accomplir toutes les formalités nécessaires à l'administration des postes pour le retrait des documents destinés à l'Union Nationale. Pour cela, il peut cependant déléguer ses pouvoirs à un membre du personnel à qui il donnera procuration.

Il se voit confier la direction du personnel des services de l'Union Nationale. Il engage et licencie les membres du personnel à l'exception du personnel de direction.

Il est responsable devant le Conseil d'Administration, de la bonne marche des services de l'Union Nationale et assure une exécution correcte des décisions des instances.

Le Directeur Général veille à la régularité de toutes les opérations financières de l’Union Nationale et à la tenue régulière des livres imposés par la réglementation, des documents de recettes et de dépenses, ainsi que des documents statistiques. Il est responsable de la gestion des fonds conformément aux dispositions légales et réglementaires et celles arrêtées par le Conseil d’Administration. Il assiste aux réunions du Comité de Direction et du Conseil d’Administration, et n’y a voix délibérative que s’il en est membre.

Il organise en concertation avec le Comité de Direction, les représentations extérieures de l’Union Nationale.

Il est chargé de la représentation de l’Union Nationale auprès des instances de tutelle. Il propose au Comité de Direction les orientations générales que défendra l’Union Nationale auprès de ces instances.

# CHAPITRE IV BIS – gestion de l’ASSURANCE OBLIGATOIRE

## Article 41ter

Dans le cadre de la gestion de l'Assurance Obligatoire instaurée par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, l'Union Nationale assumera une responsabilité au niveau de ses dépenses, telle que définie par l'article 204 § 2 de cette loi et par les Arrêtés d'Exécution qui y sont liés.

A cet effet, il est créé un fonds spécial de réserve destiné à couvrir partiellement ou intégralement le mali que peut rencontrer l'Union Nationale dans le cadre de ses dépenses pour prestations de santé. Ce fonds de réserve sera alimenté par la part du boni éventuel réalisé par l'Union Nationale dans le cadre de ses dépenses et qui lui est attribué et/ou par une cotisation prélevée à charge de tous les titulaires affiliés à l'Assurance Obligatoire.

# CHAPITRE V – services organises par l’UNION NATIONALE

## Article 42

Pour réaliser les objectifs prévus à l'article 2 des présents statuts, l'Union Nationale organise, selon les modalités fixées ci-dessous, des services pour les membres (et les personnes à charge), visés à l'article 5, A et B des présents statuts, des mutualités affiliées.

Les services visés au chapitre V sont organisés pour tous les membres visés à l'article 5, ainsi que pour les personnes à leur charge visées à l'article 55, à l'exception des services visés à la section 10 qui sont uniquement organisés pour les membres (et les personnes à leur charge) visés à l'article 5 B.

A l’exception du service d’Epargne Prénuptiale visé à l’article 2, c) les avantages des services sont offerts selon les moyens disponibles.

***Les membres qui n’ont pas payé leurs cotisations obligatoires relativement à une période de 24 mois d’affiliation pour les services et opérations organisés par l’Union Nationale visés à l’article 2, b) n’ont plus le droit de bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire de l’Union Nationale après qu’il leur ait été adressé, au plus tard dans le courant du mois qui suit le 21ème mois (consécutifs ou non), une lettre qui les somme de payer les cotisations impayées et les informe que leur droit de bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire est supprimé le 1er jour qui suit le 24ème mois de non-paiement des cotisations, des services complémentaires de l’Union Nationale, de la mutualité à laquelle ils sont affiliés, ainsi que des sociétés mutualistes auxquelles ils ont pu s’affilier et rester affiliés eu égard à leur affiliation à ladite mutualité***.

La procédure de suppression du droit aux avantages sera directement gérée au niveau des mutualités.

Lorsque pour l’octroi d’une intervention il est tenu compte d’autres interventions octroyées au membre en vertu d’une disposition légale ou réglementaire, il est précisé que le cumul de toutes les interventions octroyées sera toujours identique pour l’ensemble des membres. Cette disposition ne concerne pas les contrats d’assurance privés dont les interventions ne peuvent être prises en considération dans la détermination des avantages octroyés dans le cadre des présents statuts.

## SECTION 1 : Service Plate-forme Maladies Chroniques

## Sous-section 1 : plate-forme "diabète"

Supprimé (dissolution du service au 1er janvier 2014)

## Article 43

## Sous-section 2 : plate-forme "obésité"

(En vigueur à partir du 1er avril 2006)

Supprimé (dissolution du service au 1er janvier 2014)

## Article 43bis

## SECTION 2 : Service "Soins dentaires – Dentalia Plus"

## Article 44

Supprimé (dissolution du service en 2011)

1. **Les membres**

Le service "Dentalia Plus" est organisé en faveur des affiliés visés à la catégorie B de l'article 5 des statuts, ainsi qu'en faveur des personnes à leur charge visées à l'article 55, et âgés de 64 ans ou moins à la date d’affiliation au service.

Sont considérés comme ‘des affiliés’ dans le cadre du présent article, le titulaire ainsi que l’ensemble des personnes à sa charge.

1. **Ouverture du droit à l'affiliation**

Pour avoir droit à l'affiliation :

1. Le titulaire est tenu d’affilier les personnes à sa charge au sens de la réglementation relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sauf lorsque le conjoint ou cohabitant ou les enfants sont déjà couverts par une assurance similaire.

On entend par assurance similaire, une assurance de type "frais réels" dont les remboursements sont effectués sur base des frais réellement facturés à l’affilié par prestation par opposition à une assurance qui intervient de manière forfaitaire, et qui :

* d’une part prévoit une intervention financière pour des prestations de soins dentaires d’au moins 50 % dans les montants restants à charge des affiliés avec un plafond annuel au moins égal à 500 euro. Pour déterminer si ce dernier plafond est atteint dans une autre entité, il faut avoir égard au plafond d’intervention le plus élevé dans le service de cette autre entité en vigueur au moment de l’affiliation au présent service ;
* et d’autre part ne se limite pas à une intervention pour des prestations prises en charge dans le cadre de l’assurance obligatoire soins de soins de santé et indemnités.
1. L’affilié doit être en règle de cotisation.

Le titulaire ainsi que ses personnes à charge doivent, au moment de l’affiliation, être en règle de cotisation, dans le cadre des services complémentaires et du présent service et qu'il ait effectivement droit aux prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

1. Pour être valable, la demande d'affiliation doit contenir :
* tous les renseignements administratifs afférents aux personnes visées à l'article 5 pour qui l'affiliation est demandée ;
* la déclaration du candidat à l'affiliation selon laquelle il a pris connaissance des statuts et règlements existants et qu'il y souscrit.
1. Sans préjudice des dispositions de l’article 3 bis de la loi du 6 août 1990, l'affiliation prend cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel le candidat à l’affiliation a envoyé ou remis sa demande d'affiliation (le cachet de la poste ou l'accusé de réception remis par le siège de la mutualité faisant foi), et pour autant que :
2. la première cotisation soit reçue par le service (au guichet, par virement ou par domiciliation) pour chaque affilié visé à l’article 5, au plus tard le dernier jour du 6ème mois qui suit la date d'affiliation.

Le paiement spontané d'une cotisation sans y avoir été invité ne vaut pas affiliation.

1. sans préjudice de l'application du point 1° ci-avant, l'affiliation d'un nouveau-né ou d’un enfant adopté de moins de 3 ans, ne pouvant bénéficier des dispositions de l'article 44, 5., 2°, prend cours le premier jour du mois qui suit sa naissance ou son adoption, à condition que la demande d'affiliation soit envoyée ou remise avant la fin du 3ème mois qui suit la naissance ou la date officielle de l’adoption et que la première cotisation soit perçue conformément à l'article 44, 2., d), 1°.
2. Au cas où un délai de plus de 6 mois s'écoulerait entre la date d'affiliation prévue au point d) et la date de réception de la cotisation, cette cotisation sera remboursée et une nouvelle procédure d'affiliation devra être entreprise.
3. La décision d'acceptation ou de refus d'affiliation est communiquée par lettre au candidat à l'affiliation. En cas d'acceptation, le membre effectif recevra un document reprenant pour chaque affilié mentionné sur la demande d'affiliation :
* l'acceptation de l'affiliation ;
* le montant et la date du paiement de la première cotisation ;
* la date de prise de cours de l'affiliation.
1. **Suspensions**

A la demande de l’affilié, les droits et obligations statutaires peuvent être suspendus pour des motifs justifiés (détachement à l'étranger, départ dans un pays de l’Espace Economique Européen pour motif professionnel, détention). Ces droits et obligations reprennent leurs effets à partir du premier jour du mois qui suit la demande de l’affilié de mettre fin à cette période de suspension et à condition qu’il en fasse la demande dans les 90 jours qui suivent la fin du motif de la suspension et qu'il s'acquitte de sa cotisation dans les 15 jours de la demande de paiement par le présent service.

1. **Démission**

Tout affilié peut toujours se retirer volontairement du service en adressant sa démission à celle-ci par écrit.

La démission d’un affilié entraîne implicitement, en application du point 2, a) du présent article, celle de toutes les personnes visées obligées de s’affilier.

La démission ne devient effective que moyennant un préavis d’un mois prenant cours le 1er jour du mois suivant celui au cours duquel celui-ci a été notifié.

Toute personne désaffiliée ne peut se réaffilier à ce service avant une période de trois années suivant la date de désaffiliation, et sera tenue d’effectuer un nouveau stage pour pouvoir bénéficier à nouveau des prestations.

Exception est faite à ces règles lorsque la désaffiliation est consécutive à un départ à l’étranger pour motif professionnel dûment prouvé par le candidat à la réaffiliation ou lorsque le membre était couvert entre-temps par une assurance similaire de groupe de son employeur. Nous entendons par assurance similaire, l’assurance telle que reprise au point 2, a) du présent article.

1. **Stage**

Pour avoir droit à l'intervention, l’affilié doit avoir accompli le stage prévu.

1. Condition générale

Un stage de six mois à compter à partir de la date d'affiliation telle que définie est exigé pour l'octroi des interventions du service. Ce stage est porté à 12 mois pour le remboursement des prothèses, implants et l’orthodontie.

1. Dérogation au stage

Pour autant que le parent dont il est personne à charge soit affilié à ce service à une date d’affiliation précédant celle de la naissance ou de l’adoption, le nouveau-né ou l’enfant adopté âgé de moins de 3 ans est couvert dès sa naissance ou dès la date de son adoption, moyennant la remise d’une copie de l’acte de naissance ou d’adoption avant la fin du 3ème mois suivant sa naissance ou son adoption et le paiement de la première cotisation au plus tard le dernier jour du 6ème mois qui suit la date d'affiliation.

1. Dérogation au stage en cas d'accident

Le service intervient pour toute prestation étant la résultante d'un accident ayant entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature telle qu'il soit couvert par le présent service et à condition que l'accident soit postérieur à la date de l'affiliation.

Par "accident", l'on entend tout événement soudain et indépendant de la volonté de l’affilié causant une lésion corporelle dont la cause ou l'une des causes se situe en dehors de l'organisme.

1. Dérogation au stage en faveur des nouveaux affiliés couverts précédemment par une assurance similaire

Il pourra être dérogé aux stages de 6 ou 12 mois prévus au point 1, en faveur des nouveaux affiliés établissant, sur base de documents probants, qu’ils étaient couverts, depuis plus de 12 mois et jusqu’à la date de leur affiliation, auprès du service par une assurance similaire de type. Nous entendons par assurance similaire, l’assurance telle que reprise au point 2,a) du présent article.

La dérogation sera totale pour autant que la période d’affiliation auprès de ladite assurance était au moins égale à la période de stage qui aurait dû être accomplie dans le cadre du présent article.

Si cette période d’affiliation est inférieure à la période de stage, le nouvel affilié devra prester un stage correspondant aux mois manquants pour arriver à une période totale de stage de 6 mois ou de 12 mois.

1. **Modalités de paiement des cotisations**

La cotisation due mensuellement est payable par mois, trimestre, semestre ou année.

Elle doit être payée par anticipation, c'est-à-dire reçue avant le 1er jour du mois, du trimestre, du semestre ou de l’année qui suit, suivant la modalité de paiement des cotisations qui est appliquée.

L’affilié qui ne s’est pas acquitté de sa cotisation au terme de deux trimestres, reçoit un avis de rappel par lettre recommandée l’informant qu’il sera radié d’office du service en cas de non-paiement le 20 du mois qui suit celui de l’envoi de la lettre recommandée.

La radiation d’un affilié entraîne implicitement, en application du point 2, a) du présent article, celle de toutes les personnes visées obligées de s’affilier.

1. **Les interventions du service**
2. Liste des prestations remboursées

Le service rembourse les prestations reprises ci-dessous :

1. Les soins dentaires préventifs :

On entend par soins dentaires préventifs, les examens bucco-dentaires, l’examen parodontal au cours duquel on fixe le Dutch Periodontal Screening Index (test DPSI), le détartrage, les nettoyages prophylactiques, les scellements de fissures et de puits et les codes 101054, 301011, 301092, 301114, 371011, 371092 et 371114 et les codes de consultation 102012 et 102535, pour autant qu’ils soient attestés par des stomatologues.

1. Les soins dentaires curatifs :

On entend par soins dentaires curatifs, les consultations, l’extraction dentaire, les soins dentaires conservateurs, la radiologie buccale attestés par un des prestataires repris au point 8, 3° du présent article à l’exception, pour les consultations, des codes repris sous le point 7, A, 1° in fine, la petite chirurgie buccale prévue à l’article 14, l) de l’annexe de l’Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités dont les codes sont suivis du signe ‘+’, les suppléments pour prestations techniques urgentes, les suppléments pour consultations d’urgence.

1. La parodontologie.
2. Les prothèses dentaires et implants dentaires.
3. L’orthodontie.
4. Exclusions

Ne sont pas couverts, les frais des soins dentaires afférents à une maladie ou un accident :

* résultant de faits de guerre ;
* résultant de la pratique d'un sport rémunéré, y compris l'entraînement à l’exception des prestations remboursées par l’assurance obligatoire soins de santé et indemnité ;
* survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs concédés, sauf la preuve à apporter par le membre qu'il ne prenait pas part active et volontaire à ces événements ;
* survenant lorsque l’affilié se trouve sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
* résultant de la participation volontaire à un crime ou à un délit ;
* résultant d'un fait intentionnel de l'affilié, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de l'aggravation volontaire du risque par l'affilié. Le fait intentionnel sera retenu lorsque l’affilié a volontairement et sciemment eu un comportement qui a causé un dommage prévisible sans qu’il soit toutefois requis qu’il ait eu l’intention de causer le dommage tel qu’il s’est produit ;
* résultant d'ivresse, d'alcoolisme et de toxicomanie ;
* résultant de réactions nucléaires.

Le service n’intervient pas pour :

* les prestations de l’article 14, l) de l’annexe de l’Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités dont les codes ne sont pas suivis du signe ‘+’ ;
* les produits pharmaceutiques prescrits par l’un des prestataires repris sous le point 8, 3° du présent article ;
* les prestations de soins dentaires tenant à l'esthétique/cosmétique, sauf accord préalable du médecin-conseil compétent en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnité et si l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité intervient.
1. Territorialité

Les prestations sont couvertes pour autant qu’elles soient dispensées, par des prestataires agréés, en Belgique, ou dans les territoires métropolitains des pays limitrophes suivants : France, Pays-Bas, Allemagne et Grand-duché de Luxembourg.

1. **Base du tarif de remboursement**
2. Prise en compte de la situation de l'affilié sur le plan des droits ouverts

Il n'est pas tenu compte des frais dans la mesure où ceux-ci peuvent être couverts :

* par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses Arrêtés Royaux d'exécution et par l'Arrêté Royal du 30 juin 1964 ;
* par les législations relatives aux accidents de travail (loi du 10 avril 1971 et l'Arrêté Royal d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et l'Arrêté Royal d'exécution) ;
* par les règlements C.E.E. n° 1408/71 et 574/72 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue par la Belgique.
1. Cumul des couvertures

Le service ne garantit pas ses avantages lorsque le dommage est déjà couvert par le droit commun, une autre législation ou par un contrat d'assurance dont bénéficie l’affilié tant auprès d’une compagnie d’assurances qu’auprès d’un organisme mutualiste belge.

Ces renseignements doivent figurer sur la demande d'intervention.

Lorsque les sommes accordées en vertu d’une autre législation, du droit commun ou d’un contrat d’assurance, sont inférieures aux prestations octroyées par le service, l’affilié a droit à la différence à charge de ce service.

1. Règles d'intervention

Pour que le service puisse accorder ses interventions, il est indispensable que les prestations soient reprises dans le point 7, A. du présent article et soient effectuées par l’un des prestataires repris dans l’article 4 § 1 de l’annexe de l’Arrêté Royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

1. Limite générale

Les avantages accordés par le service, cumulés avec toutes autres interventions, ne peuvent en aucun cas dépasser le montant des frais réellement exposés par l’affilié.

1. **Taux de remboursement et plafond annuel d’intervention**
2. Principe

Le service rembourse :

* pour les soins dentaires préventifs : 100 % du montant restant à charge de l’affilié ;
* pour les soins dentaires curatifs : 50 % du montant restant à charge de l’affilié, ou 80 % si ce dernier a eu un comportement préventif ;
* pour les prothèses, implants et la parodontologie : 50 % du montant restant à charge de l’affilié, ou 80 % si ce dernier a eu un comportement préventif ;
* pour l’orthodontie : 60% du montant restant à charge de l’affilié.

On entend par "comportement préventif", le fait d’avoir eu une prestation pour des soins dentaires remboursée l’année civile qui précède sa nouvelle demande de remboursement.

1. Exceptions
2. Lors de la 1ère année d’affiliation, le taux de remboursement des soins curatifs et parodontaux est fixé à 80 % du montant restant à charge de l’affilié.
3. Le taux de remboursement des soins curatifs au profit des affiliés âgés de 6 ans et moins est fixé à 80 % du montant restant à charge.
4. Plafonds annuels d’intervention des prestations remboursées

L’intervention du service est limitée à 250 EUR par affilié lors de la 1ère année d’affiliation, à 500 EUR par affilié lors de la 2ème année d’affiliation et à 1.000 EUR par affilié lors de la 3ème année d’affiliation ainsi que les années suivantes.

Cependant, à partir de la troisième année d’affiliation, l’intervention du service sera limitée à 750 EUR par affilié conjointement à toutes les prestations citées aux points 7, A, 3°, 4° et 5°.

1. **Cotisations**
2. Les cotisations mensuelles dues sont fonction de la tranche d’âge à laquelle appartient l’affilié.

Les tranches d’âges sont fixées comme suit :

1. affiliés âgés de 60 ans et plus au 1er janvier ;
2. affiliés âgés de 45 à 59 ans au 1er janvier ;
3. affiliés âgés de 30 à 44 ans au 1er janvier ;
4. affiliés âgés de 18 à 29 ans au 1er janvier ;
5. affiliés âgés de 7 à 17 ans au 1e janvier ;
6. affiliés âgés de moins de 7 ans au 1er janvier.
7. Une majoration de cotisation respective de 35, 50 et 70 % est calculée sur les taux de base pour les membres qui, à la date de l’affiliation au présent service sont âgés respectivement de 40 à 44 ans, 45 à 59 ans et de 60 ans et plus.
8. **Les conditions administratives**

Pour bénéficier des avantages de ce service, l’affilié doit présenter conjointement :

* le formulaire de demande d’intervention émanant de ce service, dûment complété par l’affilié et le prestataire ;
* une attestation de soins donnés dûment complétée dans le cadre d’une intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnité, cette attestation devant être remplacée par une facture ou une note d’honoraires si aucune intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnité n'existe.

Le remboursement est octroyé au bénéficiaire de l'assurance, soit à un tiers muni d'une procuration écrite du titulaire.

1. **Cessation des remboursements**

Il n'y a pas de remboursement dès que l'affilié n'est plus en règle au plan de l'assurance obligatoire.

Les interventions ne peuvent plus être octroyées lorsque le titulaire n'a pas acquitté, au moment de la dispensation des soins, ses cotisations des services complémentaires et dans le cadre du présent service depuis plus de 3 mois après la dernière période couverte par des cotisations.

## Article 44bis (abrogé)

## SECTION 3 : Service information aux membres

## Article 45

Le service Information aux Membres a pour but d'assurer aux membres l'accès à l'information, afin de leur apporter une meilleure connaissance des principes essentiels de la réglementation sociale et des équipements de santé, en vue de les responsabiliser quant à une meilleure prise en charge de leur santé et de leur bien-être en général.

L'information aux membres vise en particulier :

* l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
* les services complémentaires et ceux faisant l'objet d'accords de collaboration ;
* les questions de santé ;
* l'actualité de l'A.M.I. ;
* la bonne utilisation de la législation sociale et de la sécurité sociale ;
* l'amélioration de la qualité de la vie des membres.

## Article 46 (Abrogé)

## SECTION 4 : Service Défense des membres

## Article 47

L'Union Nationale organise un service de Conseil juridique sous la dénomination service Défense des membres.

Ce Service a pour buts :

* de conseiller les membres dans leurs différends avec les prestataires et les hôpitaux ou, éventuellement, dans leurs actions envers ceux-ci ;
* de donner avis aux membres et les conseiller pour obtenir la couverture des soins et la garantie d'avantages pécuniaires les plus appropriés ;
* de fournir tous les renseignements et informations utiles afin de réaliser les buts précédents ;
* de mettre en place, si nécessaire, une médiation avec les prestataires et hôpitaux ;
* de gérer les actions en justice prévues à l’article 39 de la loi du 6 août 1990, afin d’assurer la défense des membres vis-à-vis des tiers.

Aucune contribution financière ne sera exigée du membre pour pouvoir faire appel aux diverses interventions du service.

## SECTION 5 : Service de soins urgents à l'étranger

## Article 48

L’Union Nationale organise un service dénommé « Soins urgents à l’étranger ».

1. Les bénéficiaires

Les bénéficiaires et leurs personnes à charge qui, avant leur départ à l’étranger, ont payé la cotisation pour les services complémentaires.

Les bénéficiaires sont tenus d’avoir leur résidence officielle en Belgique et doivent être inscrits au Registre National belge des personnes physiques. Cette condition ne vaut pas pour les personnes suivantes :

1. les bénéficiaires exerçant une activité liée à celle des forces belges auprès de l’Eurocorps en France, pour les personnes à leur charge, lors de voyages en dehors de la Belgique et de la France ;
2. les bénéficiaires qui payent des cotisations sociales en Belgique, mais qui ont leur résidence officielle aux Pays-Bas, en Allemagne, au Luxembourg ou en France et les personnes à leur charge, lors de voyages en dehors de la Belgique ou du pays de leur résidence officielle ;
3. les bénéficiaires qui payent des cotisations sociales en Belgique, mais qui sont détachés par leur employeur belge vers un pays repris au point D.1. et dont la résidence officielle se situe dans le pays de détachement, ainsi que les personnes à leur charge, lors de voyages en dehors de la Belgique ou du pays de leur résidence officielle ;
4. les pensionnés, invalides et personnes à charge qui ne résident pas chez le titulaire, qui tombent dans le champs d’application des règlements européens 883/2004 et 987/2009, et dont le lieu de résidence officiel se situe dans un Etat-membre de l’Union européenne, et les personnes à leur charge, lors de voyages en dehors de la Belgique et du pays de leur résidence officielle.

Par son recours à ce service, le patient donne l’autorisation à sa mutualité et l’organisation à laquelle le service est confié de rassembler, de traiter et de communiquer à des tiers toutes les informations médicales et autres, nécessaires pour le suivi des affaires suivantes : la gestion de l’assistance, la gestion des frais et du décompte relatif à l’assistance, ainsi que la gestion des contentieux éventuels. Les dispositions légales en matière de secret médical restent toutefois entièrement applicables.

1. Le service

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

1. Une assistance via la centrale d’assistance Mediphone Assist lors d’un problème médical urgent ou d’un décès à l’étranger.

Par assistance, il faut entendre :

* l’information et les avis fournis dans le domaine médical et administratif ;
* les garanties de paiement accordées en cas :
	+ d’une admission d’au minimum 1 nuit dans un hôpital, tel que définie à l’article 294 de l’AR du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
	+ dialyse, oxygénothérapie, chimio- et radiothérapie débutées en Belgique
	+ soins ambulatoires à la suite d’un accident de sports d’hiver
* l’organisation d’un rapatriement médicalement nécessaire du patient en cas d’accident de sports d’hiver et d’hospitalisation ;
* l’organisation du rapatriement de la dépouille mortelle ;
* l’envoi de médicaments, de prothèses et d’appareils, lorsqu’ils ne sont pas disponibles sur place ;
* les contacts avec la famille et les médecins.
1. Interventions financières

Le service prévoit une intervention complémentaire dans les frais suivants :

* les frais de voyage et/ou de séjour supplémentaires de la personne malade ou blessée***,*** ainsi que d’un ou plusieurs compagnons de voyage ;
* les frais médicaux qui restent à charge du bénéficiaire après l’application de la réglementation nationale ou internationale relative à l’assurance maladie et après toute intervention dans le cadre d’une autre assurance imposée par une disposition légale ou réglementaire ;
* les frais de téléphone.

La centrale d’assistance Mediphone Assist détermine dans le respect des présentes dispositions statutaires, la politique à mener pour la réalisation du service décrit ci-dessus. Si le bénéficiaire ne suit pas les directives et les procédures de la centrale d’assistance, il perd son droit d’assistance et de remboursement.

1. Les conditions

Les conditions suivantes doivent être remplies pour pouvoir bénéficier du service :

1. Sauf cas de force majeure, la centrale d’assistance Mediphone Assist doit être avertie dans les 48 heures qui suivent l’admission à l’hôpital suite à un accident, une maladie ou une affection. En cas de dialyse, oxygénothérapie, chimio- et radiothérapie débutées en Belgique, la centrale d’assistance Mediphone Assist doit être avertie 1 mois avant la date de départ.
2. Dans le cas où aucun appel n'a été fait à MA et qu'une intervention peut tout de même encore être accordée selon les conditions prévues au point D1, une demande d'intervention valabledûment complétée et signée doit être soumise au service SUE.
3. La prestation de services est valable pour une période de 3 mois par séjour, à compter du premier jour des soins médicaux à la suite d’un accident, d’une affection ou d’une maladie.

La période de couverture du service est de 12 mois pour les étudiants qui séjournent dans un pays de l’Union Européenne ou en Norvège, en Islande, au Liechtenstein, au Royaume-Uni ou en Suisse, pour y participer à un programme d’échange ou pour y faire un stage et qui sont donc à même de présenter une attestation de l’établissement d’enseignement étranger.

Lorsqu’un affilié est en incapacité de travail et pour autant qu’une autorisation de séjour à l’étranger du Médecin-Conseil de la mutualité soit requise dans le cadre de l’assurance indemnités, l’assistance via la centrale d’assistance Mediphone Assist et l’intervention financière ont lieu, sans préjudice des points D et E du présent article, pour autant que le premier soin soit réalisé durant la période accordée préalablement par le médecin-conseil de la mutualité.

1. Il doit s'agir de soins médicaux urgents non programmés.

Le service ne couvre pas les soins médicaux lorsque le déplacement à l'étranger a pour but de s'y faire soigner ou examiner.

Le service se réserve le droit de refuser l'assistance et l'intervention ou de la récupérer si le voyage ou le séjour à l'étranger ou un éventuel comportement à risque au cours du séjour entraîne une aggravation de l'état de santé.

1. Pour l’intervention complémentaire dans les frais liés aux soins médicaux à l’étranger, les factures originales acquittées doivent être remises accompagnées de la preuve de leur paiement.
2. Le bénéficiaire est censé se comporter comme un « bon père de famille », il est donc censé avoir le comportement que toute personne prudente doit normalement avoir dans les mêmes circonstances.
3. Les interventions
4. Les frais liés aux soins de santé à l’étranger

Les frais de soins de santé à la suite d’un accident, d’une affection ou d’une maladie produit dans un Etat-membre de l’Union Européenne, Norvège, Islande, Liechtenstein, Suisse, à Andorre, à Saint-Marin, à Monaco, au Vatican, en Turquie, Syrie, Egypte, en Libye, en Algérie, Tunisie, au Maroc, en Serbie, au Kosovo, en Macédoine du Nord, au Monténégro, en Bosnie-Herzégovine, en Albanie, Israël, au Liban, en Jordanie, en Palestine et au Royaume-Unientrent en ligne de compte pour une intervention du service, après déduction de l’intervention de l’AMI ou des conventions internationales ou de toutes assurances imposées par une disposition légale ou réglementaire. Cette disposition ne s’applique pas aux contrats d’assurance particuliers, dont les interventions ne peuvent pas être prises en compte pour l’établissement des avantages qui sont octroyés dans le cadre de ce service.

Les frais qui découlent d’une hospitalisation, de soins ambulatoires pré- et posthospitaliers (max. 15 jours avant et 15 jours après l’hospitalisation dont ils sont liés), de soins ambulatoires à la suite d’un accident de sports d’hiver, ainsi que d’une dialyse, d’oxygénothérapie, de chimio- et radiothérapie débutées en Belgique sont intégralement pris en charge par le service.

Pour les hospitalisations, si l’appel à la centrale d’assistance n’a pas lieu dans les 48 heures après l’hospitalisation à la suite d’un accident, d’une maladie ou d’une affection, tel que stipulé ci-dessus en C.1, les soins seront pris en charge par le service à concurrence de maximum 75 % des frais facturés (avec exclusion des frais repris au point E). Pour la dialyse, l’oxygénothérapie, la chimio- et la radiothérapie débutées en Belgique, la centrale d’assistance MA doit être avertie minimum 1 mois avant la date de départ et les soins doivent être organisés par la centrale d’assistance.

En ce qui concerne les soins ambulatoires (autrement dit les soins médicaux pour lesquels le patient n’a pas besoin de passer la nuit à l’hôpital), les frais médicaux et les médicaments sont pris en charge par le service à concurrence de maximum75 % des frais facturés (avec exclusion des frais repris au point E). En cas d’hospitalisation, les frais médicaux sont uniquement pris en charge au cours des 15 premiers jours, sauf si les soins administrés sont toujours considérés comme étant indispensables après ce délai de 15 jours et ne peuvent être reportés jusqu’après le retour en Belgique.

En cas de soins ambulatoires, aucune garantie ne sera versée directement à l’hôpital, sauf s’il s’agit de soins ambulatoires à la suite d’un accident de sports d’hiver et dans le cas des dialyses, d’oxygénothérapie, de chimio- et radiothérapie débutées en Belgique.

En cas de frais pour médicaments, ceux-ci seront remboursés pour autant qu’ils aient été prescrits par un médecin étranger à la suite d’une consultation chez ce médecin étranger.

1. Les frais liés au rapatriement et au transport du patient.

Les frais d’un rapatriement médicalement nécessaire ou du rapatriement d’une dépouille mortelle au domicile ou au lieu de séjour fixe du patient en Belgique ou à l’hôpital le plus proche de ce domicile ou ce lieu de séjour fixe en Belgique, sont intégralement pris en charge par le service si l’accident, l’affection ou la maladie s’est produit dans un état membre de l’Union européenne, en Norvège, en Islande, au Liechtenstein, en Suisse, à Andorre, à Saint-Marin, à Monaco, au Vatican, en Turquie, en Syrie, en Égypte, en Libye, en Algérie, en Tunisie, au Maroc, en Serbie, au Kosovo, en Macédoine du Nord, au Monténégro, en Bosnie-Herzégovine, en Albanie, Israël, au Liban, en Jordanie, en Palestine et au Royaume-Uni***.*** Si le patient, le bénéficiaire mentionné au point A, réside à l'étranger, dans l'EEE ou en Suisse, et est en possession d'un document CI relatif au transfert de résidence, le rapatriement peut avoir lieu dans le pays de résidence, au lieu de la Belgique, sous réserve de l'accord de MA.

Sauf cas de force majeure, les frais de rapatriement ne sont à la charge du service SUE que si :

* la centrale d'assistance Mediphone Assist a été informée dans les 48 heures suivant l'hospitalisation ou l'accident de sports d'hiver ;
* et si MA a donné son accord en ce qui concerne le rapatriement.

Toutefois, le service SUE peut toujours être sollicité pour des conseils en ce qui concerne le rapatriement du patient.

Si le patient et/ou son compagnon de voyage ne peuvent fournir la preuve du retour réservé, aucune intervention ne sera accordée pour les frais de rapatriement, à moins que le service médical SUE n'en décide autrement.

Les frais de transport du patient par ambulance, transport public ou taxi du lieu de l'accident ou du lieu de séjour à l'étranger vers un hôpital étranger en raison d'un problème médical imprévu, ainsi qu’un tel transport d'un hôpital étranger vers un autre hôpital étranger, sont également entièrement pris en charge par le service (à l'exclusion des frais visés au point E), en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit et de notification à la centrale d'assistance dans les 48 heures suivant l'admission à l'hôpital. Dans le cas d'un dossier MA non accepté, les frais de transport ne seront pris en charge par le service que dans la limite des 75 % des frais facturés. En ce qui concerne les soins ambulatoires (c'est-à-dire les soins médicaux pour lesquels le patient n'a pas à passer la nuit à l'hôpital), les frais de transport jusqu'à l'hôpital par ambulance, transport public ou taxi seront pris en charge par le service à concurrence de maximum 75 % des frais facturés (à l'exclusion des frais du point E), à moins qu’il ne s’agisse de soins ambulatoires après un accident de sports d'hiver dont les frais seront pris en charge à 100 %.

Les frais de déplacement dans le cadre des traitements à l’étranger de dialyse, d’oxygénothérapie et de chimio- et radiothérapie débutées en Belgique sont pris en charge par le service à concurrence de maximum € 100 par mois.

* En cas de disparition du bénéficiaire ou de ses personnes à charge, une intervention est prévue à concurrence de 5.000 € maximum par séjour (frais de recherche et sauvetage cumulés). L'intervention ne peut être accordée que si toutes les conditions mentionnées au point C sont remplies.
1. Les frais de voyage et de séjour à la suite d’un accident, d’une affection ou d’une maladie produit dans un état membre de l’Union européenne, en Norvège, en Islande, au Liechtenstein, en Suisse, à Andorre, à Saint-Marin, à Monaco, au Vatican, en Turquie, en Syrie, en Égypte, en Libye, en Algérie, en Tunisie, au Maroc, en Serbie, au Kosovo, en Macédoine du Nord, au Monténégro, en Bosnie-Herzégovine, en Albanie, Israël, au Liban, en Jordanie, en Palestine et au Royaume-Uni.

Les frais suivants de voyage à l’étranger et de séjour à l’étranger d’une seule personne dont la présence auprès du patient est justifiée pour des raisons médicales et humaines sont pris en charge ou remboursés par dossier. Dans des circonstances exceptionnelles, un compagnon de voyage supplémentaire peut être accepté sous réserve d'accord et organisé par MA :

* jusqu'à un maximum de 100 € par jour (également s’il y a plusieurs compagnons de voyage) pour un maximum de 10 jours consécutifs, à compter de la date de la première facturation des frais de séjour (hôtel, repas, taxi, etc.).
* jusqu'à un maximum de 500 €, même s'il y a un compagnon de voyage supplémentaire : les frais de voyage de la Belgique vers le pays où se trouve le patient

L’accord relatif à ces frais est donné par la centrale d’assistance. Le rapatriement du compagnon de voyage sera entièrement pris en charge s'il est organisé par MA et moyennant l'accord de la centrale d'assistance.

1. Les frais de téléphone à la suite d’un accident, d’une affection ou d’une maladie produit dans un état membre de l’Union européenne, en Norvège, en Islande, au Liechtenstein, en Suisse, à Andorre, à Saint-Marin, à Monaco, au Vatican, en Turquie, en Syrie, en Égypte, en Libye, en Algérie, en Tunisie, au Maroc, en Serbie, au Kosovo, en Macédoine du Nord, au Monténégro, en Bosnie-Herzégovine, en Albanie, Israël, au Liban, en Jordanie, en Palestine et au Royaume-Uni.

Les frais du premier contact téléphonique avec la centrale d’assistance Mediphone Assist sont pris en charge par le service en cas de dossier accepté MA par l’octroi d’un montant forfaitaire de € 15 par dossier, uniquement si les conditions reprises au point C sont remplies.

Lorsqu’il s’agit d’une personne à charge, les interventions sont payées au bénéficiaire à charge duquel l’intéressé est inscrit auprès de la mutualité. Les interventions peuvent également être payées à toute personne munie d’une procuration écrite du bénéficiaire et sur présentation de différents documents justificatifs probants.

1. La possibilité de faire appel aux interventions reprises au point D court jusqu'à la fin du troisième mois qui suit la période pour laquelle les cotisations pour les services complémentaires sont payées.
2. Les interventions reprises au point D ne sont pas d'application en cas de séjour sur un territoire ou sur une île dépendant d'un Etat membre de l'Union européenne et qui est repris(e) sur la liste des territoires et îles exclu(e)s au point E.
3. Les exclusions

Sont exclus de l'intervention de ce service :

* les frais de séjour et de soins dans les centres de cure thermale et de convalescence, ainsi que dans les centres de rééducation (fonctionnelle) et revalidation
* les frais en cas de collocation ;
* les frais de vaccinations ;
* les traitements esthétiques et de rajeunissement ;
* les frais funéraires, ainsi que les frais d'inhumation et/ou de crémation ;
* les greffes d'organes sauf accord spécial du Conseil d'Administration ;
* les frais liés à la réparation ou à l’achat de lunettes, prothèses de l’œil et appareils auditifs ;
* les frais liés à la réparation ou l’achat de prothèses dentaires, implants et tous les frais liés à d’autres soins dentaires. En ce qui concerne les autres soins dentaires, un rapport médical détaillé d'un médecin ou d'un dentiste dans lequel l'urgence est démontrée peut éventuellement donner lieu à une intervention.
* les frais liés à la réparation ou l’achat d’autres prothèses externes ;
* les frais liés à la réparation ou l’achat d’une chaise roulante ou appareil similaire ;
* les frais liés à la pratique d’activités sportives ou de loisirs qui ont pour effet de majorer le risque, en ce compris toute activité ou sport dangereux pour laquelle l’organisateur demande au participant de signer un document de décharge de toute responsabilité. Il s’agit des activités suivantes : l’alpinisme, le basejump, le bobsleigh, le deltaplane, le downhill, le saut à l’élastique, le horseball, l’alpinisme sur glace, les courses en voiture/moto ou avec un horsbord, le paragliding, le parasailing, le parapente, la descente en luge, le saut à ski, le ski acrobatique, le ski hors-piste, le snowboard hors-piste, la spéléologie, l’ULM, le parachutisme, les sports de combat, le vol à voile ;
* les frais liés à la pratique d’un sport rémunéré : la participation à une compétition ou une exhibition sportive pour lesquels l’organisateur perçoit un droit d’entrée et pour lesquels les participants reçoivent une rémunération, sous quelque forme que ce soit. Y sont assimilés : les préparations et entraînements pour ces compétitions ou exhibitions ;
* les frais résultant de faits de guerre (notamment si la destination de voyage est déconseillée par le SPF Affaires Etrangères) ;
* les frais survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale sauf preuve à apporter par le bénéficiaire que celui-ci ne prenait pas part active et volontaire à ces événements (notamment si la destination de voyage est déconseillée par le SPF Affaires Etrangères) ;
* les frais résultant d'accidents ou maladies survenant lorsque le bénéficiaire se trouve sous l'influence d’alcool, de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues. Pour les accidents de la route, le taux d’alcool en pour mille du code de la route belge est utilisé pour exclure toute indemnisation, même à l'étranger.
* les frais résultant de la participation volontaire à un crime ou un délit ;
* les frais résultant d'une tentative de suicide ou du fait intentionnel de l'intéressé, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens ;
* les frais qui résultent d’un acte volontaire exposant son auteur, sans raison valable, à un danger dont il aurait dû avoir conscience (notamment si la destination de voyage est déconseillée par le SPF Affaires Etrangères) ;
* les frais résultant d'une catastrophe naturelle ou industrielle ;
* les frais découlant d'un séjour dans l'un des territoires mentionnés ci-dessous ou sur l'une des îles mentionnées ci-dessous, qui sont rattachés à un Etat membre de l'Union européenne, à savoir :
	+ pour la France : la Polynésie française, Wallis-et-Futuna, Saint-Pierre et Miquelon, les Terres australes et antarctiques françaises, la Nouvelle Calédonie, Clipperton ;
	+ pour le Royaume Uni : les îles Caïmans, Anguilla, les îles des Bermudes, Montserrat, Sainte-Hélène, Ascension et Tristan da Cunha, le territoire britannique de l’océan Indien, Géorgie du Sud et les îles Sandwich du Sud, le territoire antarctique britannique, les îles Malouines, les îles Pitcairn, les îles Vierges britanniques, les îles Turques et Caïques ;
	+ pour les Pays-Bas : les Antilles néerlandaises, à savoir, Saba, Curaçao, Bonaire, Saint-Martin et Saint-Eustache et Aruba ;
* les frais liés à des soins médicaux programmés, à savoir les soins suite à un déplacement à l'étranger dans le but de s'y faire soigner ou examiner ou en vue d'y accoucher ;
* les frais des traitements alternatifs comme l’ostéopathie, l’homéopathie, la chiropractie et autres

## SECTION 6 - Service "Promotion Santé"

## Article 48bis

Le service "Promotion Santé" a pour objectif de coordonner et d'assurer le soutien logistique aux activités de promotion de la santé organisées dans le cadre des Mutualités Libres ou des entités qui y sont liées par un accord de collaboration.

## SECTION 7 - Service Solidarité Internationale

## Article 48quater

Le service "Solidarité Internationale" qui concerne le financement d’actions collectives, a pour objectif de soutenir et de guider des initiatives sociales dans le cadre de la solidarité internationale.

Dans le cadre de ce service, l’Union Nationale prolongé la convention de coopération pour la période 2019-2021 par laquelle elle apporte une aide financière à l’asbl Louvain coopération au développement pour la réalisation de projets mutuellistes en Afrique de l’Ouest.

La subvention octroyée est de maximum € 90.000 (€ 30.000 par an) pour la période 2019-2021.

Un complément de € 50.000 (total annuel maximum de € 80.000) pourra être octroyé en 2019 et les années suivantes pour les projets de solidarités internationales.

Les membres de l’Union Nationale ne bénéficient d’aucun avantage particulier de quelle que nature que ce soit, dans le cadre du présent service.

## SECTION 8 - Service administratif

## Sous-section 1 : Service administratif (code 98/2)

## Article 49

Le service est destiné à intervenir, tant en faveur de l'Union Nationale que des mutualités qui y sont affiliées en vue de couvrir le déficit éventuel au niveau des frais d'administration assurance obligatoire.

Il pourra éventuellement intervenir pour couvrir les malis de l'assurance obligatoire conformément à l'article 195 § 5 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Les charges et produits déterminés par l’Office de Contrôle sont également imputés au service.

Une cotisation pourrait être demandée aux membres dans le cadre de ce service.

## Sous-section 2 : Centre administratif de répartition (code 98/1)

## Article 49bis (nouveau)

Le centre administratif visé sous le code (98/1), distinct du service administratif (98/2), a une fonction de centre de répartition des frais de fonctionnement communs qui ne sont pas directement imputables à l’assurance maladie obligatoire ou à un service ou une opération déterminés. Les charges et les produits qui ne sont pas imputables directement à un service ou à un groupe de services déterminé y seront imputés préalablement à leur répartition totale entre les différents services sur la base de clés objectives. A l’issue de l’exercice comptable, ce centre administratif (98/1) présentera un résultat égal à zéro.

Aucune cotisation ne pourra être réclamée aux membres dans le cadre de ce centre.

## SECTION 9 - Fonds de réserve de complément

## Article 49ter

Un fonds de réserve de complément est constitué en prolongement du fonds de réserve légal visé à l'article 41ter des présents statuts.

Ce fonds de réserve sera alimenté par une cotisation obligatoire prélevée à charge des ménages mutualistes tels que définis en exécution de l’article 67 de la loi du 26 avril 2010. Ces cotisations restent dues même en cas d’exclusion des services complémentaires en application de l’article 42 des statuts.

Ce fonds est destiné à réalimenter le Fonds de Réserve légal prévu par l’article 199 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et par l’article 41ter des statuts, chaque fois que le montant minimal imposé par l’article 199, § 3, alinéa 1 de ladite loi n’est plus atteint.

## SECTION 10 - Service d'épargne prénuptiale

## Sous-section 1 : Epargne prénuptiale

## Article 50

1. Des membres

Le service est accessible aux personnes intéressées au plus tôt dans l'année de leur 14ème anniversaire et au plus tard dans l'année de leur 26ème anniversaire.

La date d'affiliation est égale à celle du premier versement pour autant qu'elle respecte les conditions d'âge citées ci-dessus.

Aucune nouvelle affiliation au service n’est possible à partir du 1er février 2011.

L’affiliation, même après le 1er février 2011, suite à une mutation, d'un épargnant qui s’était déjà affilié avant le 1er février 2011 au service d'Epargne prénuptiale de son Union Nationale d'origine au plus tard l'année au cours de laquelle il a atteint l'âge de vingt-sept ans, ne peut être refusée sur la base de ce seul fait.

Tout membre du service devra obligatoirement être affilié auprès d’une mutualité membre de l’Union Nationale et faire partie de la catégorie de membres repris à l’article 5 A des présents statuts.

1. Des versements annuels
2. Les membres sont tenus de cotiser au moins 18 EUR par an et au maximum 48 EUR par an.
3. Les membres qui n’ont pas versé le minimum au cours de l’année, peuvent, après une lettre de rappel adressée au cours de cette année, régulariser leur situation par un versement de rattrapage à effectuer avant le 28 février de l’année qui suit.

Il peut être dérogé aux délais de régularisation, en faveur des membres victime d’un cas de force majeur (raisons exceptionnelles et motivées à communiquer par le membre).

Le montant de rattrapage à verser par les membres, ne sera pas affecté d’un intérêt de retard. Le montant de rattrapage doit au moins être tel que soit atteint le montant minimal annuel d’épargne pour l’exercice concerné, et ne peut avoir pour conséquence le dépassement du montant maximal annuel d’épargne pour l’exercice concerné.

1. Des démissions

L'on distingue les démissions volontaires et les démissions obligées. Les démissions obligées visent les membres qui n'ont pas effectué le versement annuel minimal prévu en B supra.

Les démissions volontaires visent les membres qui souhaitent se retirer du service mais en étant en règle de versement. La démission volontaire prend cours le jour de la réception de la demande en mutualité.

La démission obligée prend effet le 28 février de l’année qui suit l’année au cours de laquelle le montant annuel minimum n’a pas été atteint.

1. Des motifs de sorties

L'on distingue les motifs suivants :

1. Mariage :

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

1. Cohabitation :

Par cohabitation, il faut entendre :

* la cohabitation légale définie au titre V bis du livre III du code civil ;
* la cohabitation de fait entre deux personnes de 18 ans au minimum. Cette cohabitation doit être étayée par un extrait du registre de la population reprenant la composition de ménage.

En outre, qu’il s’agisse de cohabitation légale ou de fait, les restrictions liées à la parenté des époux en cas de mariage sont également applicables aux cohabitants.

1. Limite d'âge :

La date de l'événement est le 31 décembre de l’année civile au cours de laquelle le bénéficiaire de l’épargne atteint l’âge de 30 ans.

1. Décès
2. La mutation vers un autre organisme assureur (OA 100, 200, 300 ou 400) :

L’affiliation prend automatiquement fin à la date à laquelle une affiliation au service d’Epargne Prénuptiale du nouvel organisme assureur pourrait devenir effective.

1. Du calcul des liquidations

Une distinction est opérée suivant que le membre est affilié au service avant ou après le 1erjanvier 2002.

E.1. Pour les membres affiliés avant le 1er janvier 2002

1. Les calculs s'effectuent sur une base annuelle.

L'ancienneté, en fonction de laquelle a lieu le calcul de l'avantage statutaire, est exprimée en années complètes et est égale à la différence entre l'année de l'événement qui donne lieu au paiement de l'avantage et l’année de l’affiliation.

1. N'entrent en ligne de compte pour le calcul des primes que les sommes versées jusqu'au plus tard dans l’année de l'événement.

Toutefois, au moment de la demande de remboursement pour cause de mariage ou de cohabitation, il sera tenu compte du dernier évènement en date pour déterminer le montant de l’avantage octroyé.

Cette règle prime sur toutes celles reprises ci-après.

1. En cas de mutation vers une autre Union Nationale : il est transféré à la nouvelle Union le capital versé, augmenté des subventions de l'Etat et d’un intérêt composé calculé avec le taux d’intérêt technique imposé par l’OCM.

En cas de démission volontaire ou obligée : il est remboursé au membre le capital versé, augmenté d’un intérêt composé de 2,75 % par an.

1. En cas de mariage ou de cohabitation, le capital versé et remboursé au membre augmenté des primes ordinaires fixées comme suit :

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE D'ANNEES** | **INDEMNITE****(EN % DU CAPITAL)** |
| 0 | 4,75 |
| 1 | 10 |
| 2 | 15 |
| 3 | 20 |
| 4 | 50 |
| 5 | 55 |
| 6 | 60 |
| 7 | 65 |
| 8 | 70 |
| 9 | 80 |
| 10 | 90 |
| 11 | 100 |
| 12 | 110 |
| 13 | 120 |
| 14 | 130 |
| 15 | 140 |
| 16 | 150 |

1. Les autres liquidations sont calculées par référence aux données de prime : 80 % des primes de mariage en cas de décès ou d’atteinte de la limite d’âge.
2. En cas de versement après la date du mariage ou de la cohabitation (et ce, jusqu’à l’année des 30 ans), le montant trop versé sera remboursé, augmenté d’un intérêt composé de 2,75 % par an.

**Disposition transitoire**

Le service assurera et ce, jusqu'à leur épuisement, le remboursement des bons de 1.500 F (37 EUR). délivrés, entre 1986 et 1993, pour toute inscription avant l'âge de 16 ans et remboursables lors de la liquidation de l'épargne en cas de mariage, décès ou 30 ans.

E.2. Pour les membres affiliés après le 1er janvier 2002

1. Les calculs s’effectuent sur une base annuelle.

L’ancienneté, en fonction de laquelle a lieu le calcul de l’avantage statutaire, est exprimée en années complètes et est égale à la différence entre l’année de l’affiliation et l’année de l’événement qui donne lieu au paiement de l’avantage.

L'intérêt composé doit être calculé sur une base annuelle, sans tenir compte de la date effective du versement des montants d'épargne. La durée pendant laquelle l'intérêt doit être accordé sur les montants de l'épargne est égale à la différence entre l'année au cours de laquelle se produit l'événement qui donne lieu au paiement des avantages et l'année au cours de laquelle les montants de l'épargne ont été versés par l'épargnant.

1. N'entrent en ligne de compte pour le calcul des primes que les sommes versées jusqu'au plus tard dans l’année de l'événement.

Toutefois, au moment de la demande de remboursement pour cause de mariage ou de cohabitation, il sera tenu compte du dernier événement en date pour déterminer le montant de l’avantage octroyé.

Cette règle prime toutes celles reprises ci-après.

1. En cas de mutation vers une autre Union Nationale : il est transféré à la nouvelle Union le capital versé, augmenté des subventions de l'Etat et d’un montant équivalent au taux d’intérêt technique imposé par l’OCM.

En cas de démission volontaire ou obligée : il est remboursé au membre le capital versé, augmenté d’un intérêt composé de 2,75 % par an.

1. En cas de mariage ou de cohabitation, il est remboursé au membre le capital versé, augmenté d’un intérêt composé de 6 % par an.
2. En cas de décès, d’atteinte de la limite d’âge, il est remboursé au membre le capital versé, augmenté d’un intérêt composé de 4,8 % par an.
3. En cas de versement après la date du mariage ou de la cohabitation (et ce, jusqu’à l’année des 30 ans), le montant trop versé sera remboursé, augmenté d’un intérêt composé de 2,75 % par an.
4. Autres dispositions

Le service est géré conformément aux directives imposées par les autorités compétentes.

## Sous-section 2 : Epargne prénuptiale complémentaire

## Article 51

1. Conditions d'affiliation

Pour être admis, les membres doivent être affiliés au service d'épargne prénuptiale tel que défini à l'article 50 des présents statuts.

Aucune nouvelle affiliation au service n'est permise depuis le 1er janvier 1994.

1. Versements

Aucun versement complémentaire n'est possible depuis le 1er janvier 1994.

1. Avantages
2. Le service complémentaire d'épargne prénuptiale accord à ses membres une dot d'un pourcentage des sommes épargnées.

Ce pourcentage est fixé à :

* moins d' 1 an d'affiliation : 107,5 % ;
* moins de 2 ans d'affiliation : 110 % ;
* moins de 3 ans d'affiliation : 115 % ;
* moins de 4 ans d'affiliation : 120 % ;
* moins de 5 ans d'affiliation : 125 % ;
* moins de 6 ans d'affiliation : 130 % ;
* moins de 7 ans d'affiliation : 135 % ;
* moins de 8 ans d'affiliation : 140 % ;
* moins de 9 ans d'affiliation : 145 % ;
* moins de 10 ans d'affiliation : 150 % ;
* moins de 11 ans d'affiliation : 155 % ;
* moins de 12 ans d'affiliation : 160 % ;
* moins de 13 ans d'affiliation : 170 % ;
* moins de 14 ans d'affiliation : 180 % ;
* moins de 15 ans d'affiliation : 190 % ;
* moins de 16 ans d'affiliation : 200 % ;
* moins de 17 ans d'affiliation : 210 %.

N'entrent en ligne de compte pour le calcul des intérêts que les sommes versées jusqu'au plus tard le dernier jour ouvrable du trimestre qui précède celui au cours duquel a lieu le mariage.

1. L'avantage décrit sub. a) est accordé en cas de mariage ou de décès. Aux membres qui n'ont pas contracté mariage avant l'âge de 30 ans, il est octroyé 75 % de l'avantage prévu sub. a).
2. Aux membres qui démissionnent ou qui cessent d'effectuer des versements pendant deux ans, est accordée une indemnité fixée à :
* 105 % du montant total des versements effectués, s'ils comptent moins de 5 ans d'affiliation ;
* 110 % du montant total des versements effectués, s'ils comptent au moins 5 ans d'affiliation.

# CHAPITRE VI - PRESCRIPTION

## Article 52

§ 1. L'action en paiement des interventions dans le cadre des services repris dans les présents statuts se prescrit deux ans après l'événement qui peut donner droit à l'octroi d'un avantage en vertu des statuts.

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

§ 2. L'action en récupération de la valeur des interventions financières et indemnités indûment octroyées dans le cadre des services de l’assurance complémentaire au sens de l’article 2 b), se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

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

§ 3. L'action en paiement des cotisations pour les servies repris dans les présents statuts se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent les cotisations impayées.

§ 4. L'action en remboursement des cotisations payées indûment pour les services repris dans les présents statuts se prescrit par cinq ans à compter du jour où le paiement des cotisations indues a été effectué.

§ 5. Une lettre recommandée à la poste suffit pour interrompre la prescription. L'interruption peut être renouvelée.

§ 6. La prescription est suspendue pour cause de force majeure.

# CHAPITRE VII - COTISATIONS – STAGES - EFFECTIFS

## Article 53

Les cotisations pour les services complémentaires, mentionnées dans ces statuts, sont exigibles mensuellement, conformément à l'article 3 bis de la loi du 6 août 1990.

Les cotisations qui sont encaissées par les mutualités sont versées trimestriellement et à la fin de la période à l'Union Nationale.

Les membres d’une mutualité affiliée à l’union nationale, qui peuvent bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire de cette mutualité en raison du paiement de leurs cotisations, peuvent également bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire de l’union nationale, s’ils ne sont pas dans une situation moins favorable au niveau du paiement des cotisations pour ces derniers avantages.

Pour les membres d’une mutualité affiliée à l’union nationale, dont la possibilité de bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire de cette mutualité est suspendue, la possibilité de bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire de l’union nationale est également suspendue s’ils ne sont pas dans une situation plus favorable au niveau du paiement des cotisations pour ces derniers avantages. Ils ne peuvent bénéficier à nouveau d’un avantage de l’assurance complémentaire de l’union nationale que s’ils redeviennent au sein de la mutualité affiliée, après régularisation des cotisations pour la période concernée, des membres qui peuvent bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire de cette mutualité et s’ils ne sont pas dans une situation de paiement moins favorable, pour ladite période, en ce qui concerne les avantages de l’assurance complémentaire de l’union nationale.

Pour les membres d’une mutualité affiliée à l’union nationale, dont la possibilité de bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire de cette mutualité est supprimée, la possibilité de bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire de l’union nationale est également supprimée s’ils ne sont pas dans une situation plus favorable au niveau du paiement des cotisations pour ces derniers avantages. Ils ne peuvent bénéficier à nouveau d’un avantage de l’assurance complémentaire de l’union nationale que s’ils redeviennent au sein de la mutualité affiliée, après une période subséquente de 24 mois pour laquelle les cotisations doivent avoir été payées sans pouvoir bénéficier d’un quelconque avantage, des membres qui peuvent bénéficier des avantages de l’assurance complémentaire de cette mutualité et s’ils ne sont pas dans une situation de paiement moins favorable en ce qui concerne les avantages de l’assurance complémentaire de l’union nationale.

Les cotisations payées pour une période au cours de laquelle le membre n’est plus affilié auprès du service pour lequel (lesquels) les cotisations sont redevables, seront remboursées au membre dans les trois mois qui suivent la fin de l’affiliation.

Les mutualités sont tenues de fournir à l'Union Nationale tous les renseignements exigés par cette dernière.

Les cotisations ne pourront jamais être d’un montant tel que l’article 67 de la loi du 26 avril 2010 qui prévoit la fixation d’une cotisation minimale ou d’une cotisation maximale, serait violé.

Les cotisations sont reprises au tableau en annexe des statuts.

## Article 54

Stages

Un stage de 6 mois est en vigueur pour les services Plate-forme maladies chroniques (section 1 du chapitre V).

Il est renoncé au stage dès lors que le bénéficiaire était, à la date d’affiliation au service, déjà affilié à un service similaire auprès de son ancienne entité mutualiste.

La renonciation au stage est totale pour autant que le membre était déjà couvert au niveau du service similaire de son ancienne entité mutualiste. Si la période de stage n’a pas été entièrement accomplie auprès de son ancienne entité mutualiste, le nouvel affilié devra prester un stage correspondant au nombre de mois manquants.

# CHAPITRE VIII - PERSONNES A CHARGE

## Article 55

Par personnes à charge, il faut comprendre les personnes à charge telles que définies dans le cadre de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le titulaire et ses personnes à charge forment le ménage mutualiste tel que défini en exécution de l’article 67 de la loi du 26 avril 2010.

# CHAPITRE IX - AVOIRS DE L'UNION NATIONALE - RECETTES ET DEPENSES – PLACEMENTS DE FONDS

## Article 56

Les avoirs de l'Union Nationale se composent des avoirs des services nationaux ci-après :

1. Information aux membres
2. Défense des membres
3. Soins urgents à l'étranger
4. Service "Promotion Santé"
5. Service Solidarité internationale
6. Service administratif
7. Fonds de réserve de complément
8. Epargne prénuptiale

## Article 57

Chaque service est alimenté 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 58

Si, par suite d'insuffisance de ressources, un service n'est pas en état de faire face aux dépenses qui lui incombent, le Conseil d'Administration doit convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire pour arrêter les mesures qu'implique cette situation.

Eventuellement, l'article 66 des présents statuts sera observé.

## Article 59

Les comptes sont clôturés au 31 décembre de chaque année, par les soins du Conseil d'Administration qui les soumet à l'Assemblée Générale.

## Article 60

L'Union Nationale dispose en outre de fonds en sa qualité d'organisme assureur dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

## Article 61

Les fonds sont placés conformément aux dispositions légales en vigueur.

## Article 62

Les fonds ne peuvent, en aucun cas, être distraits du but que leur assignent expressément les statuts ou les dispositions légales ou réglementaires.

# CHAPITRE X - COLLABORATION

## Article 63

§ 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 résiliées par l'Assemblée Générale et transmis à l'Office du 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 XI - MODIFICATION DES STATUTS

## Article 64

Les statuts ne peuvent être modifiés qu'en Assemblée Générale Extraordinaire de l'Union Nationale, convoquée spécialement à cette fin.

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 présence exigé n'est pas atteint, une deuxième Assemblée peut être convoquée qui délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents.

# CHAPITRE XII - DISSOLUTION ET LIQUIDATION

## Article 65

La dissolution de l'Union Nationale ne peut être prononcée qu'en Assemblée Générale Extraordinaire spécialement convoquée à cet effet.

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.

L'Assemblée Générale Extraordinaire ne délibère valablement que pour autant que la moitié des membres soient présents ou représentés. La décision de dissolution doit, pour être valable, être prise à la majorité des 2/3 des membres présents et représentés ayant droit de vote.

L'Assemblée Générale désigne un ou plusieurs liquidateurs choisis parmi les réviseurs, membres de l'Institut des Réviseurs d'Entreprises, selon les modalités prévues par la loi.

## Article 66

En cas de dissolution de l'Union Nationale, l'assemblée générale décide de l'affectation des actifs restants de ses services et des fonds de réserve du service épargne prénuptiale.

En cas de cessation d'un ou plusieurs services repris à l'article 2 b), l'assemblée générale décide de l'affectation des actifs restants de ces services.

En cas de cessation du service épargne prénuptiale visé à l'article 2 c), l'Assemblée Générale décide de l'affection des fonds de réserve de ce service.

Les actifs restants de ses services et les fonds de réserve du service épargne prénuptial sont, tant en cas de dissolution qu'en cas de cessation, utilisés en priorité pour le paiement des avantages en faveur des membres, qui auraient pu faire appel aux prestations avant l'arrêt de ces services.

L'Assemblée Générale donnera aux éventuels actifs résiduels une destination correspondant à ses objectifs statutaires, tant en cas de dissolution qu'en cas de cessation.

# CHAPITRE XII - FUSION

## Article 67

La fusion de l'Union Nationale avec une autre Union Nationale ne peut être prononcée qu'en Assemblée Générale Extraordinaire spécialement convoquée à cet effet.

La décision de l'Assemblée Générale Extraordinaire doit, pour être valable, réunir les suffrages des 2/3 des membres présents et représentés ayant droit de vote.

# CHAPITRE XIII - CAS NON PREVU PAR LES STATUTS

## Article 68 (Supprimé)

## Article 69

Les présents statuts entrent en vigueur à la date fixée par l'Assemblée Générale, moyennant approbation par l'Office de Contrôle des Mutualités.

# Annexe 1

# Liste des accords de collaboration

* Accord de collaboration approuvé par l’Assemblée Générale du 29 novembre 2009 avec la société AWP P&C SA – Belgian Branch (AZP), sous la dénomination "MEDIPHONE ASSIST – Assistance à l’étranger pour les membres de l’Union Nationale des Mutualités Libres" (article 48, Service Soins urgents à l’étranger).
* Accord de collaboration approuvé par l’Assemblée Générale du 29 novembre 2009 avec la société AWP Services Belgium SA (AWP), sous la dénomination "MEDIPHONE ASSIST – Ligne d’information pour les membres de l’Union Nationale des Mutualités Libres" (article 48, Service Soins urgents à l’étranger).
* Accord de collaboration approuvé par l’Assemblée Générale du 28 juin 2002 avec l’asbl patrimoniale "Apross asbl".

**Tableau des cotisations**



