

STATUTS

SOCIETE MUTUALISTE :

LA CAISSE MUTUELLE – DE ONDERLINGE ZIEKENKAS

Etablie à BRUXELLES

Reconnue par Arrêté Royal, paru au Moniteur Belge du 29.12.1994.

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

Vu la Loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et ses arrêtés d'exécution;

Après délibération, l'Assemblée Générale réunie le 22 septembre 1994 à Bruxelles a décidé aux quorums de présences et de majorité exigés par la loi, de fixer les statuts de la société mutualiste comme suit :

CHAPITRE I
CONSTITUTION, DENOMINATION, BUTS,
SIEGE SOCIAL ET CIRCONSCRIPTION
DE LA SOCIETE MUTUALISTE

Article 1

Suite à la fusion, effective au 1er janvier 1995, entre La Caisse Mutuelle (518), la Fédération des Mutualités Indépendantes, de Banques, d'Assurances et d'Institutions Publiques et Privées (509) et la Mutualité de la Générale FEMUGE (517), une société mutualiste dénommée LA CAISSE MUTUELLE a été établie à Bruxelles à dater du 01.01.1995, conformément aux dispositions de l'article 70 § 2 de la Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Elle est établie pour une durée indéterminée.

Article 2

Les buts de la société mutualiste sont, dans le cadre de l'article 3 b) et c) de la loi du 6 août 1990 :

1. l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail à ses membres
2. l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social.

L'affiliation au service Allocations Journalières tel que décrit dans ces statuts est obligatoire.

Article 3

Le siège social de la société est établi à 1080 Molenbeek Saint Jean et son champ d'activité s'étend à tout le territoire belge.

La société 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.

Pour bénéficier des avantages prévus par les présents statuts, les membres font partie de l'une des catégories reprises ci-après :

Catégorie A: les avocats appartenant à un barreau belge;

Catégorie B: les notaires, huissiers en justices et juristes

Catégorie C: les médecins, dentistes, pharmaciens, logopédistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et vétérinaires

Catégorie D: les membres qui exercent une autre profession acceptée.

CHAPITRE II

CONDITIONS D'AFFILIATION

Article 4

- § 1. Pour être admis comme membre de la société, le candidat-membre doit satisfaire aux conditions suivantes :
1. compléter et signer un formulaire administratif d'inscription;
 2. compléter et signer une feuille confidentielle de renseignements médicaux dans laquelle la personne souhaitant s'affilier fait une déclaration sur l'honneur quant à son état de santé actuel et quant aux affections et/ou accidents précédents éventuels;
 3. se soumettre à un examen médical, étendu à un ECG de repos et une analyse d'urine et de sang effectué par un médecin désigné par La Caisse Mutuelle. En outre, La Caisse Mutuelle peut demander que des examens complémentaires soient pratiqués ou, avec l'accord de l'intéressé, recueillir des renseignements complémentaires ; en cas de grossesse, l'affiliation et l'examen médical sont reportés à une date postérieure à l'accouchement;
 4. l'âge limite de 45 ans ne peut être dépassé;
 5. ne pas exercer une profession qui engendre un risque exceptionnel de maladie ou d'accident; lors de la détermination des catégories, il est tenu compte de l'activité professionnelle déclarée et du risque d'incapacité de travail qui lui est lié;
 6. ne pas être affilié à un service similaire institué par une société soumise à la loi du 6 août 1990 sur les Mutualités et les Unions nationales de Mutualités.
- § 2. Le Conseil d'Administration décide, sans possibilité d'appel, d'accepter ou de refuser un candidat-membre; il décide également de l'octroi des dérogations.
- § 3. Les personnes qui, au 31 décembre 1994 étaient en ordre de cotisations auprès du service d'indemnités journalières organisé par la mutualité "Fédération de Mutualités Indépendantes, de Banques, d'Assurances et d'Institutions publiques et privées", seront admises comme membres de la société mutualiste à dater du 1er janvier 1995, dans une des catégories prévues à l'article 45, 1) II.E.
Par dérogation aux conditions d'affiliation prévues au § 1., ces membres seront admis sans questionnaire ni examen médical. La limite d'âge de 45 ans ne leur sera pas opposable. Aucune période de stage ne sera exigée.

Article 5

- § 1. L'affiliation débute le premier jour du mois durant lequel le candidat-membre a rempli toutes les conditions exigées pour l'affiliation et après que La Caisse Mutuelle ait donné un avis favorable, et ce, pour autant que les cotisations aient été réglées avant la fin du mois suivant.
- § 2. Le candidat-membre qui a rempli toutes ses obligations mais qui n'est pas accepté par La Caisse Mutuelle, a droit au remboursement des cotisations qu'il a payées sous déduction éventuelle des frais administratifs occasionnés.
Le candidat-membre dont la non-acceptation est la conséquence d'un refus volontaire de sa part de satisfaire à une quelconque des obligations prévues, n'a pas droit au remboursement.

CHAPITRE III

DEMISSION, RADIATION ET EXCLUSION DE MEMBRES

Article 6

- § 1. L'affiliation au service allocations journalières est de durée illimitée. Le membre peut résilier l'affiliation au moins un mois à l'avance et par lettre recommandée à l'entité mutualiste. Les cotisations restent dues jusqu'à la fin de l'affiliation.
- § 2. En cas de décès, l'affiliation prend fin le premier jour du mois qui suit celui du décès.
- § 3. L'affiliation prend fin de plein droit lorsque le membre :
- * n'a plus son domicile principal en Belgique et n'est plus assujéti au régime de sécurité sociale Belge;
 - * a cessé d'exercer son activité professionnelle, pour autant que cette cessation ne soit pas la conséquence d'une incapacité de travail indemnisée.

Article 7

La Caisse Mutuelle peut radier de plein droit un membre qui, après mise en demeure par lettre recommandée, n'a plus payé ses cotisations depuis six mois. Le membre radié reste redevable de toutes les cotisations arriérées augmentées des amendes, frais de sommation et intérêts. La radiation prend effet le premier jour du trimestre suivant.

Article 8

Peuvent être exclus comme membres de la société, les membres qui se rendent coupables d'une infraction relative aux lois du 9 août 1963 et du 6 août 1990 ou à leurs arrêtés d'exécution.

En outre peuvent être exclus les membres qui :

1. portent volontairement atteinte aux intérêts de la société;
2. encourent une condamnation, conditionnelle ou non, coulée en force de chose jugée, pour atteinte aux bonnes mœurs, détournement de fonds ou abus de confiance;
3. insultent ou menacent un administrateur ou un membre du personnel dans l'exercice de ses fonctions;
4. refusent de se soumettre aux statuts, au règlement d'ordre intérieur et au règlement particulier de la société;
5. s'affilient à la société au moyen d'une déclaration fautive ou incomplète quel que soit le moment auquel cette faute est découverte. Dans ce cas, la société se réserve le droit de réclamer le remboursement des indemnités perçues. Le membre n'a cependant pas le droit de récupérer les cotisations qu'il a payées.

La décision d'exclusion est prise par le Conseil d'Administration (ou la personne ou commission désignée à cet effet par le Conseil d'Administration suite à la possibilité de délégation de compétence - article 23 de la loi du 6 août 1990), après avoir entendu le membre en ses moyens de défense.

Après avoir entendu le membre en ses moyens de défense, le Conseil d'Administration, ou la commission qu'il a désignée, statue sur l'exclusion.

Si le membre ne se présente pas aux jour et heure proposés, il est censé avoir renoncé à ses moyens de défense.

Le paiement des interventions est suspendu à partir du moment où est constaté un des faits reprochés et jusqu'à ce que le différend soit définitivement réglé. Dans ce cas, le paiement de la cotisation est également suspendu aux mêmes conditions.

Article 9

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent droit à aucun remboursement.

CHAPITRE IV

ORGANES DE LA SOCIETE MUTUALISTE

Section 1 - Assemblée Générale

Composition

Article 10

L'Assemblée Générale se compose de représentants élus dans chaque circonscription électorale par les membres pour une période de six ans, renouvelable.

Le nombre de représentants par circonscription se calcule comme suit : deux représentants pour la première tranche commencée de 500 membres tels que définis par l'article 6 de l'A.R. du 7 mars 1991 et un représentant supplémentaire pour chaque tranche supplémentaire complète de 1.000 membres.

Les membres peuvent élire des représentants suppléants à l'Assemblée Générale.

Article 10 bis: Circonscriptions électorales

En vue de l'élection des représentants à l'Assemblée Générale, la société est divisée en douze circonscriptions électorales:

Catégorie A1: avocats appartenant aux barreaux d' Antwerpen, Mechelen, Turnhout, Hasselt et Tongeren;

Catégorie A2: avocats appartenant aux barreaux de Gent, Dendermonde, Oudenaarde, Brugge, Ieper, Veurne et Kortrijk;

Catégorie A3: avocats appartenant au barreau de Brussel – Nederlandse Orde et au barreau de Leuven;

Catégorie A4: avocats appartenant aux barreaux de Liège, Verviers, Eupen, Namur, Marche Dinant, Neufchâteau et Arlon;

Catégorie A5: avocats appartenant aux barreaux de Mons, Charleroi et Tournai;

Catégorie A6: avocats appartenant au barreau de Bruxelles – Ordre Francophone et au barreau de Nivelles;

Catégorie B1: notaires, huissiers en justice et juristes néerlandophones;

Catégorie B2: notaires, huissiers en justice et juristes francophones;

Catégorie C1: médecins, dentistes, pharmaciens, logopédistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et vétérinaires néerlandophones ;

Catégorie C2: médecins, dentistes, pharmaciens, logopédistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et vétérinaires francophones;

Catégorie D1: les membres néerlandophones exerçant une autre profession acceptée ;

Catégorie D2: les membres francophones exerçant une autre profession acceptée.

Font partie d'une circonscription électorale déterminée et ont droit de vote dans cette circonscription électorale, les membres qui appartiennent à la catégorie de membre correspondante.

Conditions de droit de vote et d'éligibilité

Article 11

§1. Pour avoir droit de vote pour l'élection des représentants à l'Assemblée Générale :

- a) il faut être membre de la société;
- b) il faut être majeur ou émancipé;
- c) le membre doit être en ordre de cotisations;
- d) il faut être affilié depuis au moins 12 mois avant la date des élections.

§2. Pour pouvoir être élu à l'Assemblée Générale, il faut :

- a) avoir le droit de vote au sens du §1.;
- b) être de bonne conduite, vie et mœurs et ne pas être privé de ses droits civils;
- c) ne pas être membre du personnel de la société, ni avoir été licencié comme membre du personnel de la société;

Un membre ne peut se porter candidat que dans la circonscription électorale dans laquelle il a droit de vote.

Procédure électorale

Article 12

Les membres sont informés par lettre individuelle et/ou par le canal des publications destinées aux affiliés de la société :

1. de l'appel aux candidatures et de la façon de se porter candidat;
2. de la date limite pour l'introduction des candidatures;
3. de la division de la société en circonscriptions électorales et du nombre de mandats à pourvoir par circonscription;
4. des dates qui découlent de la procédure électorale.

Les membres qui souhaitent se porter candidats disposent d'un délai de quinze jours civils à compter de la date de l'envoi de l'appel aux candidatures, le cachet de la poste faisant foi, ou à partir de la fin du mois au cours duquel les publications ont été envoyées.

Article 13

Les candidatures doivent être adressées au président de la société par lettre recommandée.

Le président, qui constate que le candidat ne répond pas aux conditions d'éligibilité prévues à l'article 11, §2 des présents statuts, informe par lettre recommandée le candidat concerné de son refus motivé de le porter sur la liste, dans un délai de quinze jours civils à dater du lendemain de la date de l'envoi de la candidature.

Le candidat qui conteste le motif du refus dispose d'un délai de dix jours ouvrables suivant la date à laquelle la décision litigieuse est intervenue pour porter plainte par lettre recommandée auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités.

L'Office de Contrôle des Mutualités dispose de 20 jours ouvrables pour notifier sa décision au candidat concerné ainsi qu'au président de la société.

Article 14

Le Conseil d'Administration de la société compose pour chaque circonscription électorale la liste des candidats sur base des candidatures reçues.

Tous les candidats doivent figurer sur les listes.

Article 15

La date des élections ainsi que les listes de candidats qui remplissent les conditions d'éligibilité doivent être communiquées aux membres ayant droit de vote par courrier et/ou par le canal des publications dans un délai maximum de nonante jours civils suivant la date d'appel aux candidatures.

Les élections commencent au plus tard dans les trente jours suivant cette communication.

Bureaux électoraux

Article 16

L'organisation des élections et le contrôle de celles-ci sont confiés à un bureau électoral composé d'un président, d'un secrétaire et de deux assesseurs. Le bureau électoral est composé au plus tard 30 jours avant le début des élections.

Le président et les assesseurs du bureau électoral sont désignés par le Conseil d'Administration.

Le secrétaire est désigné par le président parmi les membres du personnel de la société.

Les candidats à l'élection ne peuvent pas faire partie du bureau électoral.

Le bureau électoral prend les mesures nécessaires afin de garantir le déroulement régulier des élections.

Pour chaque bureau de vote, le président désigne, en outre, un secrétaire parmi les membres du personnel de la société afin de contrôler le déroulement des opérations de vote dans les bureaux de vote et de transmettre le plus rapidement possible les bulletins de vote au bureau électoral.

Etablissement des listes d'électeurs

Article 17

La qualité d'électeur est constatée par l'inscription sur les listes d'électeurs. Les listes d'électeurs sont établies par le bureau électoral, par circonscriptions électorales. Elles mentionnent les nom, prénom, numéro de membre et adresse de chaque électeur.

Le vote

Article 18

Le vote est libre et exprimé par correspondance.

Dix jours au moins avant la période électorale, le président du bureau électoral envoie à l'électeur la convocation ainsi que le bulletin de vote.

Le bulletin de vote dûment complété par l'électeur doit être glissé dans une enveloppe, qui doit être fermée et envoyée par la poste au président de la Caisse Mutuelle. Tout ceci doit arriver avant la clôture du scrutin.

A cet effet, une date limite (le cachet de la poste faisant foi) sera fixée pour l'envoi des bulletins. Les bulletins postés après cette date ne seront plus pris en considération.

Article 19

Chaque électeur ne peut émettre qu'un seul vote. Le vote nominatif est indiqué dans la case figurant à côté du nom et du prénom du candidat pour lequel l'électeur souhaite voter.

Si l'électeur est d'accord avec l'ordre dans lequel les candidats figurent sur la liste composée par le Conseil d'Administration, il peut voter en tête de liste.

Le vote par procuration est interdit.

Dépouillement des bulletins de vote

Article 20

Le bureau électoral procède au dépouillement des bulletins de vote dans les sept jours ouvrables suivant la période d'élection.

Les représentants sont élus en fonction du nombre de voix obtenues.

Les voix de tête de liste sont réparties entre les candidats, selon leur ordre sur la liste, en vue d'obtenir le quorum requis. Le quorum requis est obtenu en divisant le nombre de votes valables par le nombre de mandats à pourvoir dans la circonscription électorale concernée.

En cas d'égalité de voix entre plusieurs candidats pour le dernier mandat à pourvoir, l'ordre de la liste est décisif.

Les cinq premiers candidats non élus sont désignés comme suppléants.

Sont nuls :

- les bulletins autres que ceux qui ont été remis à l'électeur;
- les bulletins qui contiennent plus d'un vote;
- les bulletins qui ne contiennent l'expression d'aucun suffrage;
- les bulletins avec ratures ou surcharges;
- les bulletins qui comportent une marque permettant d'identifier l'électeur.

Le bureau électoral rédige un procès-verbal concernant le déroulement des élections en mentionnant le nombre de votes émis, le nombre de votes valables, la façon dont l'identité des électeurs a été contrôlée, le résultat du scrutin et les circonscriptions électorales pour lesquelles il n'y a pas eu d'élections pour les raisons décrites à l'article 21 de ces statuts.

Exemption de l'obligation d'organiser des élections

Article 21

Lorsque le nombre de candidats dans une circonscription électorale est égal ou inférieur au nombre de mandats effectifs à pourvoir, ces candidats sont élus d'office. Dans ce cas, les opérations de vote n'ont pas lieu pour la circonscription concernée.

Publication des résultats

Article 22

Les membres sont informés par courrier ou par le canal des publications destinées aux affiliés de la société des résultats du scrutin au plus tard quinze jours civils après la clôture de la période électorale.

Toute partie concernée qui désire contester les résultats ou le déroulement du scrutin doit adresser, à cet effet, une lettre recommandée à l'Office de Contrôle en motivant la contestation, ceci dans les dix jours ouvrables suivant la date à laquelle la procédure ou le résultat contesté s'est produit.

L'Office de Contrôle dispose de 20 jours ouvrables pour notifier sa décision aux parties concernées.

Article 23

Les publications et/ou lettres visées aux articles 12, 15, 18 et 22 des présents statuts sont transmises à l'Office de Contrôle en même temps qu'aux membres de la société.

La composition du bureau électoral et un double du procès-verbal des élections seront transmis immédiatement à l'Office de Contrôle.

Installation de l'Assemblée Générale

Article 24

La nouvelle Assemblée Générale est installée dans un délai maximum de trente jours civils après la date de clôture de la période électorale. Un recours auprès de l'Office de Contrôle suspend la période de trente jours.

L'Assemblée Générale peut élire au maximum cinq conseillers, sur proposition du Conseil d'Administration. Ces conseillers ont voix consultative.

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

Perte de la qualité de représentant

Article 25

§1. Perd la qualité de représentant, sur décision de l'Assemblée Générale de la société :

- 1) celui qui calomnie un membre du Conseil d'Administration dans l'exercice de ses fonctions;
- 2) celui qui menace ou insulte, en réunion, un représentant ou un membre du Conseil d'Administration;
- 3) celui qui accomplit des actes de nature à causer préjudice aux intérêts de la société;
- 4) celui qui refuse de se soumettre aux statuts et aux règlements de la société;
- 5) celui qui a encouru une condamnation, conditionnelle ou non, coulée en force de chose jugée, pour diffamation, atteinte aux bonnes mœurs, détournement de fonds ou abus de confiance;

§2. Perd d'office la qualité de représentant, la personne qui n'est plus membre de la société.

§3. La personne qui perd la qualité de représentant pour une des raisons mentionnées aux §1 ou 2 est remplacée par le premier représentant suppléant. L'ordre de succession des représentants suppléants est déterminé par les résultats du scrutin.

Compétences de l'Assemblée Générale

Article 26

L'Assemblée Générale délibère et décide sur les points suivants :

1. les modifications des statuts;
2. l'élection et la révocation des administrateurs;
3. l'approbation des budgets et comptes annuels;
4. la désignation d'un ou de plusieurs réviseurs d'entreprises;
5. la collaboration avec des personnes juridiques de droit public ou de droit privé visées à l'article 43 de la Loi du 6 août 1990;
6. la dissolution de la société.

L'Assemblée Générale peut déléguer au Conseil d'Administration la compétence de décider des adaptations de cotisations. Cette délégation est valable pour un an et est renouvelable.

Article 27

L'Assemblée Générale est convoquée par les administrateurs dans les cas prévus par la loi ou les statuts ou lorsqu'au moins un cinquième des membres de l'Assemblée Générale en fait la demande.

La convocation peut s'effectuer individuellement ou par avis inséré dans une publication diffusée auprès de tous les représentants à l'Assemblée Générale de la société.

Cet avis doit être envoyé ou publié au plus tard 30 jours civils avant la date de l'Assemblée Générale et contenir également l'ordre du jour de cette réunion.

Article 28

L'Assemblée Générale est convoquée au moins une fois par an en vue de l'approbation des comptes annuels et du budget.

Chaque représentant à l'Assemblée Générale disposera, au plus tard 8 jours avant la date de l'Assemblée Générale, d'une documentation contenant les données suivantes :

1. le rapport des activités de l'exercice écoulé avec un aperçu du fonctionnement des différents services et activités;
2. le produit des cotisations des membres et leur mode d'affectation, ventilé entre les différents services et activités;
3. le projet de comptes annuels comprenant le bilan, les comptes de résultats et leurs commentaires, ainsi que le rapport du réviseur;
4. le projet de budget pour l'exercice suivant, tant global que ventilé, entre les différents services et activités.

Chaque membre de la société peut obtenir, sur simple demande, une synthèse de cette documentation.

Article 29

Les décisions sont prises valablement si au moins la moitié des représentants 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 en disposent autrement.

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

Chaque représentant à l'Assemblée Générale a droit à une voix.

En cas d'empêchement d'un représentant à l'Assemblée Générale, celui-ci peut donner procuration à un autre représentant ou à un suppléant.

Chaque représentant ne peut être porteur de plus d'une procuration.

Section 2 - Conseil d'Administration.

Article 30

Le Conseil d'Administration de la société est composé d'au moins 10 administrateurs et au plus de 15 administrateurs.

Le Conseil d'Administration ne peut être composé de plus d'un quart de personnes rémunérées par la société.

Les deux sexes doivent être représentés dans le Conseil d'Administration, chacun par au moins un mandat.

Pour être membre du Conseil d'Administration, il faut être majeur et de bonne conduite, vie et mœurs. Il ne faut pas nécessairement être représentant à l'Assemblée Générale.

Les membres du Conseil d'Administration cessent d'être éligibles à partir de l'âge de 67 ans.

Le mandat de membre du Conseil d'Administration est gratuit. Des jetons de présence dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale, ou le remboursement de frais peuvent éventuellement être prévus.

Article 31

Le Conseil d'Administration est élu par les représentants à l'Assemblée Générale pour une durée de 6 ans.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée et ce, au plus tard 15 jours avant la tenue de l'Assemblée Générale, au président du Conseil d'Administration. Le président établit la liste des candidats.

Sans préjudice du droit des membres de l'Assemblée Générale de se porter candidat, le Conseil d'Administration peut présenter à l'Assemblée Générale sa propre liste de candidats.

Lorsque le nombre de candidats est supérieur au nombre de mandats à pourvoir, un scrutin secret a lieu. Chaque représentant à l'Assemblée Générale dispose d'une voix. Les candidats qui obtiennent le plus grand nombre de voix sont élus.

Lorsque le nombre de candidats est égal au nombre de mandats à pourvoir, les candidats sont élus automatiquement.

Des administrateurs suppléants peuvent être élus dans les mêmes conditions.

Le Conseil d'Administration peut élire au maximum cinq conseillers. Ils ont voix consultative.

Les membres de la direction de la société peuvent assister aux réunions du Conseil d'Administration avec voix consultative.

Article 32

Le remplacement d'administrateurs décédés ou démissionnaires a lieu à l'Assemblée Générale suivante. L'administrateur ainsi élu achève le mandat de celui qu'il remplace.

La démission, la révocation ou l'exclusion de la société entraînent automatiquement la fin du mandat d'administrateur. Il en est de même en cas de perte de la qualité de représentant à l'Assemblée Générale lorsque c'est en cette qualité que l'administrateur a été élu.

L'Assemblée Générale peut prononcer la révocation d'un administrateur. Pour cela, deux tiers des membres doivent être présents et la décision doit être prise avec une majorité de deux tiers des voix.

L'administrateur qui aura été absent cinq fois consécutivement sans motif justifié est considéré comme démissionnaire.

Le Conseil d'Administration ne peut délibérer que lorsque la moitié des administrateurs sont présents. Les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés.

Article 33

Le Conseil d'Administration est chargé de la gestion journalière et exerce toutes les compétences que la Loi du 6 août 1990 n'a pas explicitement attribuées à l'Assemblée Générale.

A l'exception de la fixation des cotisations, le Conseil d'Administration peut déléguer, sous sa responsabilité, des actes relevant de la gestion journalière ou une partie de ses compétences à son président, à un ou plusieurs des administrateurs ou à un ou plusieurs membres du personnel.

Le Conseil d'Administration se réunit avant chaque Assemblée Générale pour fixer l'ordre du jour de celle-ci.

Il se réunit d'urgence sur convocation du président ou à la demande de trois administrateurs.

Article 34

Le Conseil d'Administration élit en son sein un président, un vice-président, un secrétaire et un trésorier.

Les fonctions de secrétaire et de trésorier peuvent être cumulées.

Article 35

Le président est chargé de diriger l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration, il veille à l'exécution des statuts et des règlements particuliers ; il représente la société dans tous ses rapports avec les autorités publiques. Il soutient toutes actions au nom de la mutualité, soit en demandant, soit en défendant.

Le président peut cependant donner procuration générale ou particulière au secrétaire, à un membre du Conseil d'Administration ou à un membre du personnel pour traiter avec les autorités publiques et soutenir toutes actions au nom de la société.

Le président a le droit de convoquer extraordinairement le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale.

Article 36

Le vice-président remplace le président si ce dernier est absent ou empêché. Le président peut lui déléguer tout ou partie de ses pouvoirs.

En cas d'empêchement du président et du vice-président, les membres du Conseil d'Administration désignent celui d'entre eux qui remplira temporairement les fonctions de président.

Article 37

Le secrétaire effectue toutes les écritures requises, signe la correspondance, rédige et signe les procès-verbaux des séances et contresigne les mandats de paiement. Il est chargé de la conservation des archives. Il assume, en outre, la direction générale du secrétariat et est responsable devant le Conseil d'Administration du bon fonctionnement des services. Il soutient toutes actions au nom de la société, soit en demandant soit en défendant.

Par procuration du Conseil d'Administration, le secrétaire se voit confier la gestion, l'engagement et le licenciement du personnel employé par la société.

Moyennant l'accord du Conseil d'Administration, le secrétaire peut déléguer tout ou partie de ses compétences à un membre de la direction de la société auquel il donne procuration.

Article 38

Le trésorier est responsable vis-à-vis du Conseil d'Administration des opérations financières de la société, de la tenue des pièces comptables imposées par la réglementation et de l'établissement des statistiques.

Il fait rapport sur la situation financière.

Moyennant l'accord du Conseil d'Administration, le trésorier peut déléguer tout ou partie de ses compétences à un membre de la direction auquel il donne procuration.

CHAPITRE V
LES SERVICES DE LA SOCIETE MUTUALISTE :
AVANTAGES GARANTIS, CONDITIONS PARTICULIERES
D'AFFILIATION,
COTISATIONS ET DISPOSITIONS GENERALES

Article 39

§1. La société alloue aux membres en incapacité de travail une allocation journalière dont le montant est fixé dans les annexes des statuts. Ces allocations sont prévues par jour ouvrable, les dimanche et jours fériés légaux étant exclus. Les allocations prévues, cumulées avec d'autres revenus de remplacement, ne peuvent dépasser le revenu professionnel personnel normal.

 Pour bénéficier des avantages de ce service, les membres en incapacité de travail doivent avoir rempli toutes les conditions d'affiliation, avoir accompli leur stage et avoir payé leurs cotisations dont les montants sont fixés dans le tableau joint en annexe des statuts.

§2. Les conditions de couverture ne peuvent être modifiées que sur base d'éléments objectifs durables et seulement de manière proportionnelle à ces éléments ;

§3. Les cotisations ne peuvent, en dehors de l'adaptation à l'index santé, être augmentées que lorsque la hausse réelle et significative des coûts des prestations garanties ou l'évolution des risques à couvrir le requièrent ou en présence de circonstances significatives et exceptionnelles.

Article 40

§1. Les allocations sont accordées en cas d'incapacité de travail suite à une maladie ou accident quand l'invalidité économique ou l'invalidité physiologique est supérieure à 65 % et si le membre a cessé toute activité professionnelle personnelle.

Si l'incapacité de travail est la conséquence d'une affection, une blessure, une infirmité ou un état pathologique qui existait au moment de l'affiliation et qui fait l'objet d'une limitation du droit aux prestations prévue à l'article 48 des statuts, les indemnités ne seront accordées qu'à raison de 10% avec un maximum de 5 euro par jour.

§2. Le degré d'incapacité de travail est déterminé sur la déclaration établie par le médecin traitant et ensuite par le médecin directeur de La Caisse Mutuelle.
L'invalidité économique est déterminée la première année en fonction de la profession principale du membre et après une année d'incapacité de travail, en fonction du marché général de l'emploi. L'invalidité physiologique est déterminée en fonction de la diminution de l'intégrité physique.

La détermination du degré physiologique de l'invalidité se base quant à elle sur l'échelle du BOBI à titre indicatif.

§3. Les allocations sont uniquement octroyées en cas d'incapacité de travail consécutive à une maladie ou un accident.

§4. Pour les séries et /ou formules pour lesquelles une indemnisation est prévue pendant la période de carence en cas d'hospitalisation, les indemnités sont allouées à partir du premier jour d'hospitalisation et pour tout la durée de celle-ci.

§5. Dans le cadre d'un rétablissement, en cas de reprise partielle, une indemnité partielle à concurrence de 50 % est prévue, moyennant l'accord préalable du médecin directeur de La Caisse Mutuelle et ceci pendant une période transitoire limitée. Le médecin directeur de La Caisse Mutuelle en détermine la durée.

§6. En cas de décès par accident un capital est accordé. Est considéré comme accident, tout événement soudain dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime et qui entraîne le décès.

Sont couvert par assimilation :

- la noyade involontaire
- le décès suite à des opérations de sauvetage de personnes ou de biens en péril
- l'empoisonnement et l'asphyxie involontaires.

Sont visés aussi bien les accidents survenus dans le cours de la vie privée que dans le cadre des activités professionnelles déclarées.

Le décès doit être survenu dans l'année qui suit l'accident qui en est la cause.

Les accidents, survenus à la suite d'un exercice physique effectué lors de compétitions ou exhibitions sportives pour lesquelles l'organisateur perçoit un droit d'entrée et pour lesquelles les participants reçoivent une rémunération sous quelque forme que ce soit, ne sont pas couverts.

Les accidents survenus à l'occasion de la pratique d'un sport ou d'une activité entraînant des dangers excessifs, tels que les courses d'autos ou de motos, le rallyes, l'aviation sportive ou à voiles, le parachutisme, les activités sous-marines, souterraines ou stratosphériques sont également exclus.

Article 41

§1. L'incapacité de travail est supposée débuter au jour indiqué sur le certificat signé par le médecin traitant. Ce certificat doit être remis au médecin-directeur ou expédié par la poste au plus tard quatre jours avant l'expiration de la période de carence et en tout cas au plus tard un mois après le début de l'incapacité.

Ce certificat doit reprendre les éléments suivants :

- la date de début de l'incapacité de travail et sa durée probable;
- le diagnostic précis;

Lorsque le certificat a été délivré ou expédié tardivement, l'incapacité de travail est censée débuter le jour de sa remise ou de son dépôt à la poste.

§2. Le certificat de prolongation d'une incapacité de travail doit être expédié au plus tard dans les 8 jours suivant l'expiration de la période d'incapacité de travail, à défaut de quoi le droit à l'allocation prend fin à partir du 1er jour de la prolongation jusqu'au jour de la remise de ce certificat de prolongation. Le certificat doit mentionner clairement la durée prévue de la prolongation.

Le médecin-directeur de la société détermine la durée et le degré de l'incapacité de travail. Durant la période d'incapacité de travail, un nouveau certificat médical doit être transmis au médecin-directeur à la fin de chaque mois civil et au jour de la reprise du travail.

Lors de la reprise du travail, un certificat médical complété par le médecin traitant, mentionnant la date de la reprise, est également exigé dans les 4 jours suivant la reprise.

§3. L'incapacité de travail consécutive au syndrome de la fatigue chronique et à la fibromyalgie est prise en considération si les conditions reprises à l'article 40 sont réunies et si le membre soumet la preuve de sa reconnaissance par un centre de référence reconnu par l'INAMI pour le syndrome de la fatigue chronique.

§ 4. Le capital dû en cas de décès par accident est versé au bénéficiaire désigné auprès de La Caisse Mutuelle ou, à défaut, aux héritiers testamentaires ou, à défaut de ceux-ci, aux héritiers légaux de l'affilié jusqu'au 2^e degré inclus.

A cet effet le bénéficiaire doit transmettre les documents suivants :

1. une déclaration d'accident mentionnant la date et les circonstances de l'accident, les données concernant le procès-verbal de constat ainsi que le numéro des notices du dossier répressif et la suite réservée à celui-ci, l'identité du notaire chargé de la liquidation de la succession
2. le certificat médical attestant le décès et sa cause
3. l'acte de notoriété.

A défaut de bénéficiaire désigné ou d'héritier testamentaire ou d'héritiers légaux, les frais funéraires effectivement supportés sont remboursés jusqu'à concurrence de 2.500 euro à la personne physique qui les a exposés.

Article 42

Nonobstant la délivrance des certificats de déclaration et de prolongation d'incapacité de travail dont question à l'article 41, chaque membre en incapacité de travail, s'il veut maintenir ses droits aux allocations, doit se conformer aux prescriptions suivantes :

- signaler immédiatement toute reprise, même partielle ou temporaire, de son activité professionnelle, ainsi que toute autre activité lucrative ou rémunérée;
- signaler immédiatement toute entrée dans un établissement de soins ou tout changement de résidence dans le pays. Les éventuels frais de contrôle seront mis à charge des membres qui, sans raison valable, auraient négligé cette obligation;
- pour tout séjour à l'étranger, solliciter au préalable l'autorisation, même si ce séjour concerne un traitement ou une convalescence; les lieux et dates de chaque séjour doivent être clairement indiqués;
- ne pas s'opposer aux visites de contrôle effectuées à domicile par un médecin de la société;
- en cas d'hospitalisation, fournir une attestation indiquant les dates de début et de fin de cette hospitalisation;
- donner suite à chaque convocation à un contrôle si le membre peut quitter son domicile. Le membre qui ne peut pas donner suite à une convocation est censé rester à son domicile ou dans les environs immédiats.

Article 43

Une nouvelle incapacité qui survient après une reprise de travail, dans les 30 jours pour les indépendants et dans les 14 jours pour les salariés, est considérée comme étant la continuation de l'incapacité précédente à condition qu'il s'agisse de la même maladie ou du même accident que celui/celle qui a été la cause de l'incapacité précédente.

Le membre en incapacité de travail qui reprend le travail sans l'autorisation écrite de son médecin traitant ne peut prétendre aux allocations en cas de rechute dans les trente jours.

Article 44

- §1. Le droit aux indemnités pour incapacité de travail est refusé dans les cas suivants :
1. lorsque le membre en incapacité de travail ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge au moment où il sollicite le bénéfice des prestations, et qu'aucun contrôle ne soit de ce fait possible;
 2. si l'incapacité de travail est la conséquence d'une affection qui existait avant l'affiliation, à condition que cette affection - ou les symptômes qui conduisent au diagnostic de l'affection qui s'est développée - aient été constatés par un médecin avant l'affiliation, aient été éprouvés par le membre avant l'affiliation et n'aient pas été mentionnés sur la feuille confidentielle de renseignements médicaux remplie lors de l'affiliation.
Cependant la société ne peut, pour refuser ou limiter le bénéfice des prestations dès qu'une période de 24 mois s'est écoulée à compter de l'affiliation d'un membre, invoquer les omissions ou inexactitudes non intentionnelles - relatives à l'état de santé - de la feuille confidentielle de renseignements médicaux remplie lors de l'affiliation, lorsque ces données se rapportent à une maladie ou à une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de cette affiliation et qui n'a pas été diagnostiquée par un médecin dans la même période de 24 mois.
 3. lorsque l'incapacité de travail est couverte par une législation particulière, exception faite de celle concernant l'assurance maladie obligatoire, ou lorsque ladite incapacité de travail trouve son origine dans une diminution de capacité donnant droit à une pension d'invalidité octroyée en vertu d'une loi ou d'un règlement public;
 4. lorsque l'incapacité de travail est la suite d'un état de grossesse, pendant une période de 7 semaines précédant et de 8 semaines suivant l'accouchement ou une fausse couche. La cessation d'activité doit cependant être déclarée à la société dès le début de la période d'incapacité de travail;
 5. lorsque l'incapacité de travail est la suite d'un traitement d'ordre purement esthétique, à moins que la société ait donné son accord préalable;
 6. lorsque l'incapacité de travail résulte d'un accident survenu à la suite d'un exercice physique effectué lors de compétitions ou exhibitions sportives pour lesquelles l'organisateur perçoit un droit d'entrée et pour lesquelles les participants reçoivent une rémunération sous quelque forme que ce soit;
 7. lorsque l'incapacité de travail résulte d'un accident survenu à l'occasion de la pratique d'un sport ou d'une activité entraînant des dangers excessifs, tels les courses d'autos ou de motos, les rallyes, l'aviation sportive ou à voiles, le parachutisme, les activités sous-marines, souterraines ou stratosphériques;

8. lorsque l'incapacité de travail est consécutive à une faute grave commise par le membre;
9. lorsque le membre en incapacité de travail s'est intentionnellement blessé, fait blesser ou rendu malade;
10. lorsque le membre en incapacité de travail refuse de suivre le traitement médical adéquat ou de prendre les mesures nécessaires au rétablissement de sa santé;
11. lorsque le membre en incapacité de travail a changé de résidence sans en avertir la société ou lorsqu'il se rend à l'étranger sans avoir obtenu l'accord préalable du médecin désigné par la société;
12. lorsque l'incapacité de travail résulte de faits de guerre, guerre civile, émeute ou grève;
13. lorsque le membre change d'activité professionnelle ou de statut social sans en aviser préalablement la société;
14. lorsque l'incapacité de travail résulte d'un accident survenu en état d'ivresse ou sous l'influence de stupéfiants, d'hallucinogènes ou de médicaments pris intentionnellement de façon abusive, ou lorsque l'incapacité de travail est consécutive à l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'abus intentionnel de médicaments;
15. lorsque l'incapacité de travail résulte :
 - d'actes manifestement inconsidérés;
 - de traitements que le membre a pratiqués sur lui-même;
16. lorsque l'incapacité de travail résulte de réactions nucléaires ou de radioactivité ou radiations ionisantes non liées à un traitement médical;
17. lorsque l'incapacité de travail est imputable au comportement d'un tiers et engage sa responsabilité, à moins que la société mutualiste ait été avisée en temps utile du fait générateur de responsabilité dans le chef du tiers.

Dans ce dernier cas, le membre doit, en application de l'article 40 de la Loi du 06.08.1990 relative aux Mutualités, subroger La Caisse Mutuelle dans tous les droits qu'il peut exercer vis-à-vis du tiers responsable et ce à concurrence des montants acquittés par la société mutualiste.

En conséquence, le membre ne peut conclure aucune transaction avec le tiers responsable et/ou le débiteur des indemnités destinées à couvrir le dommage sans autorisation expresse écrite de La Caisse Mutuelle.

Dans l'hypothèse où une transaction serait conclue par le membre nonobstant cette interdiction, le membre sera tenu d'indemniser La Caisse Mutuelle pour toute indemnité et/ou dépense non récupérable auprès du tiers responsable à la suite de cette transaction.
18. lorsque l'incapacité a débuté lors de la période de stage.

Le cas échéant, la société mutualiste peut récupérer l'entièreté des indemnités payées depuis le début du dossier de maladie en cours.

§2. Il est immédiatement mis fin au paiement des indemnités :

1. lorsque le membre en incapacité de travail s'est soustrait au contrôle ou a refusé de se soumettre aux mesures de contrôle imposées par le Conseil ou par le médecin désigné par la société;
2. lorsque le membre en incapacité de travail a été trouvé dans le local où il exerce son activité professionnelle ou lorsqu'il exerce des activités lucratives ou commerciales.

§3. En cas de plusieurs manquements visés aux §1 et 2, la société pourra exclure le membre des avantages du service conformément à l'article 8.

§ 4. Le paiement du capital en cas de décès par accident n'est pas accordé pour :

❖ Les accidents survenant lorsque l'affilié

- pilote un aéronef ou exerce au cours du vol une activité en relation avec l'appareil ou le vol
- est incapable du contrôle de ses actes
- a commis l'une des fautes lourdes énumérées ci-après
 - état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique d'un taux supérieur à 1.5g/l de sang
 - sous influence de stupéfiants, d'hallucinogènes ou de médicaments pris intentionnellement de façon abusive
 - paris, défis
 - pratiques d'activités sportives dans des conditions telles qu'elles constituent, de l'avis des spécialistes, des actes téméraires
 - participe volontairement à une rixe ou à tout autre acte de violence

❖ Les accidents résultant

- de fait de guerre, grève ou émeute, y compris la guerre civile ou tous actes de violence d'inspiration collective avec ou sans rébellion contre l'autorité; toutefois, la garantie est maintenue pendant 14 jours à dater du début des hostilités lorsque l'affilié est surpris par le déclenchement d'une guerre à l'étranger
- de cataclysmes de la nature survenus en Belgique
- directement ou indirectement de la modification du noyau atomique, de la radioactivité et de la production de radiations ionisantes
- du fait intentionnel, du suicide ou de la tentative de suicide de l'affilié.

Avantages garantis

1) SERVICE ALLOCATIONS JOURNALIERES

La Société Mutualiste détermine sur base de la profession exercée la catégorie à laquelle le candidat membre peut s'affilier. Le candidat membre a le choix entre les différentes séries ou formules de la catégorie désignée.

Article 45

Les séries et formules suivantes sont prévues.

I. Membres affiliés avant le 01.01.1994.

I. A. Membres indépendants exerçant une activité professionnelle présentant un risque réduit d'incapacité de travail (catégorie 104).

I. A. 1. Membres n'ayant pas atteint l'âge de la pension.

I. A. 1.1. Séries de base.

La période de carence est fixée à 8, 14 ou 30 jours calendrier.

En cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci, les indemnités sont allouées à partir du premier jour.

L'affiliation prend fin à l'âge de 65 ans.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

I.A.1.2. Séries individuelles.

La période de carence est fixée à 8 jours calendrier.

En cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci, les indemnités sont allouées à partir du premier jour.

L'affiliation prend fin à l'âge de 65 ans.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

La cotisation d'une série individuelle est diminuée du montant de la cotisation de la série de base appelée séparément.

I. A. 2. Membres ayant atteint l'âge de la pension.

I. A. 2.1. Séries de base.

La période de carence est fixée à 14 jours calendrier.

Les droits sont épuisés lorsque le membre a, au total, bénéficié de 300 journées d'indemnisation.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 € peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

I. A. 2.2. Séries individuelles.

La période de carence est fixée à 14 jours calendrier.

Les droits sont épuisés lorsque le membre a, au total, bénéficié de 300 journées d'indemnisation.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 € peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

La cotisation d'une série individuelle est diminuée du montant de la cotisation de la série de base appelée séparément.

I.B. Membres exerçant une activité professionnelle présentant un risque normal d'incapacité de travail (catégorie 105).

I. B. 1. Membres n'ayant pas atteint l'âge de la pension.

I. B. 1.1. Membres indépendants n'ayant pas atteint l'âge de 45 ans au 01.01.1994.

La période de carence est fixée à 8 jours calendrier.

En cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci, les indemnités sont allouées à partir du premier jour.

L'affiliation prend fin à l'âge de 65 ans.

Jusqu'à l'âge de 44 ans inclus, les cotisations sont fixées en fonction de l'âge atteint ; à partir de 45 ans, une cotisation constante doit être payée. L'adaptation des cotisations en fonction de l'âge atteint intervient à partir du mois suivant celui au cours duquel se situe l'anniversaire du membre.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

I.B.1.1.bis Membres indépendants ayant atteint l'âge de 45 ans au 01.01.1994.

La période de carence est fixée à 8 jours calendrier.

En cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci, les indemnités sont allouées à partir du premier jour.

L'affiliation prend fin à l'âge de 65 ans.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

I.B.1.2. Membres liés par un contrat d'emploi n'ayant pas atteint l'âge de 45 ans au 01.01.1994.

La période de carence est fixée à 30 jours calendrier.

En cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci, les indemnités sont allouées à partir du premier jour.

L'affiliation prend fin à l'âge de 65 ans.

Jusqu'à l'âge de 44 ans inclus, les cotisations sont fixées en fonction de l'âge atteint ; à partir de 45 ans, une cotisation constante doit être payée. L'adaptation des cotisations en fonction de l'âge atteint intervient à partir du mois suivant celui au cours duquel se situe l'anniversaire du membre.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

I.B.1.2.bis Membres liés par un contrat d'emploi ayant atteint l'âge de 45 ans au 01.01.1994.

La période de carence est fixée à 30 jours calendrier.

En cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci, les indemnités sont allouées à partir du premier jour.

L'affiliation prend fin à l'âge de 65 ans.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

I.B.1.3. Membres fonctionnaires et enseignants.

Les interventions sont accordées dès le moment de perte de salaires.

Les interventions prévues sont allouées jusqu'à l'âge normal de la pension. Par âge normal de la pension, il faut entendre l'âge d'application pour la mise à la pension normale dans le service où le membre est en fonction.

L'âge limite maximal est fixé à 65 ans.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

I. B. 2. Membres ayant atteint l'âge de la pension.

La période de carence est fixée à 14 jours calendrier.

Les droits sont épuisés lorsque le membre a, au total, bénéficié de 300 journées d'indemnisation.

L'âge limite maximal est fixé à 70 ans.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

I. C. Membres indépendants exerçant une activité professionnelle présentant un risque élevé d'incapacité de travail (catégories 120 et 150).

I.C.1. Séries avec âge limite de 60/65 ans et une période de carence de 14 jours.

La période de carence est fixée à 14 jours calendrier.

En cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci, les indemnités sont allouées à partir du premier jour.

L'âge limite a été fixé par le membre au moment de l'entrée en vigueur de cet article.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

I.C.2. Séries avec âge limite de 55/60 ans et une période de carence de 30 jours.

La période de carence est fixée à 30 jours calendrier.

En cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci, les indemnités sont allouées à partir du premier jour.

L'âge limite a été fixé par le membre au moment de l'entrée en vigueur de cet article.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

I.D. Membres de l'association professionnelle des médecins attachés aux hôpitaux du C.P.A.S. d' Anvers (catégorie 100).

La période de carence est fixée à 30 jours calendrier.

L'affiliation prend fin à l'âge de 65 ans.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

II. Membres affiliés à partir du 01.01.1994.

II. A. Membres indépendants exerçant une activité professionnelle présentant un risque réduit d'incapacité de travail (catégorie 104)

II. A. 1. Membres n'ayant pas atteint l'âge de la pension.

II. A. 1. 1. Séries de base.

La période de carence est fixée à 8, 14 ou 30 jours calendrier.

En cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci, les indemnités sont allouées à partir du premier jour.

L'affiliation prend fin à l'âge de 65 ans.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

Pour les formalités d'affiliation, il est référé à l'article 4 des statuts.

II. A.1.1.bis Séries de Base.

Valable à partir du 01.01.1999.

La période de carence est fixée à 14 ou 30 jours calendrier.

L'affiliation prend fin à l'âge de 65 ans, à l'exception des séries F, réservées pour les notaires, dont l'affiliation prend fin à l'âge de 67 ans.

Selon la formule choisie, les interventions sont revalorisées de 2,5 % par an en cas d'incapacité de travail. On entend par revalorisation de l'intervention, une augmentation forfaitaire de l'intervention de 2,5 % par année d'incapacité de travail en progression géométrique.

Pour une intervention de 1,00 € par jour les cotisations suivantes sont réclamées :

	Sans interventions en cas d'hospitalisation pendant la période de carence		Avec interventions à raison de 100 % en cas d'hospitalisation pendant la période de carence		Avec interventions à raison de 150 % en cas d'hospitalisation pendant la période de carence	
	14 j	30 j	14 j	30 j	14 j	30 j
Période de carence						
Sans revalorisation	4.44 €	3.96 €	5.04 €	4.68 €	5.40 €	5.04 €
Avec Revalorisation	5.28 €	4.44 €	5.88 €	5.52 €	6.24 €	5.88 €

Si le membre fait le choix d'une formule *avec interventions en cas d'hospitalisation pendant la période de carence*, les indemnités seront accordées pour tous les journées d'hospitalisation pendant la période de carence.

Le montant maximal par jour est fixé à 250 € sans tenir compte d'une revalorisation éventuelle et/ou d'une intervention a ratio de 150% pour les jours d'hospitalisation pendant la période de carence.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 € peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

Pour les formalités d'affiliation, il y a lieu de se référer à l'article 4 des statuts.

II. A. 1.2. Séries individuelles.

L'intervention peut varier selon la période de couverture. La première période couvre les trois premiers mois d'incapacité de travail. La deuxième période s'étend du 4e au 12e mois inclus d'incapacité de travail. La troisième période prévoit une couverture à partir d'un an d'incapacité de travail jusqu'à l'âge limite.

La période de carence est fixée à 8 jours calendrier.

En cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci, les indemnités sont allouées à partir du premier jour.

Pour les modifications à partir du 01.01.2007, le montant minimum est fixé à 10 € par jour; le montant maximum est fixé à 250 € par jour. Le montant minimum pour la période 3 est fixé à 10 €

L'affiliation prend fin à l'âge de 65 ans.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Les cotisations sont uniquement fonction de l'âge au moment de l'affiliation à la formule individuelle.

En cas d'augmentation de la série par la suite, les cotisations seront calculées en tenant compte de l'âge atteint au moment de cette augmentation et ceci pour l'entièreté du montant. En cas de diminution, la date d'affiliation prise en compte sera la date d'affiliation à la série plus élevée.

Les cotisations mentionnées dans le tableau joint en annexe des statuts le sont sur base d'une intervention de 24,79 € par jour.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

II. A. 2. Membres ayant atteint l'âge de la pension.

II. A. 2.1. Séries de base.

La période de carence est fixée à 14 jours calendrier.

Les droits sont épuisés lorsque le membre a, au total, bénéficié de 300 journées d'indemnisation.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 € peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

II. A. 2.1.bis Séries de base à partir du 01.07.2004

La période de carence est fixée à 14 jours calendrier.

Les droits sont épuisés lorsque le membre a, au total, bénéficié de 300 journées d'indemnisation.

Pour une cotisation annuelle de 124,92 € les interventions suivantes sont prévues : 24,79 € par jour.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

Pour les modifications à partir du 01.01.2007, le montant minimum est fixé à 10 € par jour; le montant maximum est fixé à 250 € par jour. Le montant minimum pour la période 3 est fixé à 10 €

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 € peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

II. A. 2.2. Séries individuelles.

La période de carence est fixée à 14 jours calendrier.

Les droits sont épuisés lorsque le membre a, au total, bénéficié de 300 journées d'indemnisation.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 € peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

La cotisation d'une série individuelle est diminuée du montant de la cotisation de la série de base appelée séparément.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

II.B. Membres exerçant une activité professionnelle présentant un risque normal d'incapacité de travail (catégorie 105).

II. B. 1. Membres n'ayant pas atteint l'âge de la pension.

II. B. 1.1. Séries avec âge limite de 65 ans.

L'intervention peut varier selon la période de couverture. La première période couvre les trois premiers mois d'incapacité de travail. La deuxième période s'étend du 4e au 12e mois inclus d'incapacité de travail. La troisième période prévoit une couverture à partir d'un an d'incapacité de travail jusqu'à l'âge limite.

Les interventions prévues sont allouées après la période de carence choisie.

Pour les membres indépendants, le choix de la période de carence est libre (8, 14 ou 30 jours calendrier); pour les membres sous contrat d'emploi, la période de carence est fixée à 30 jours calendrier.

En cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci, les indemnités sont allouées à partir du premier jour.

Pour les modifications à partir du 01.01.2007, le montant minimum est fixé à 10 € par jour; le montant maximum est fixé à 250 € par jour. Le montant minimum pour la période 3 est fixé à 10 €

L'affiliation prend fin à l'âge de 65 ans.

Pour l'âge limite de 65 ans, les cotisations sont fonction de l'âge jusqu'à ce que le membre atteigne 44 ans ; à partir de 45 ans, une prime constante est demandée.

L'adaptation des cotisations en fonction de l'âge atteint prend cours le mois qui suit le mois d'anniversaire.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Les cotisations mentionnées dans le tableau joint en annexe des statuts le sont sur base d'une intervention de 24,79 € par jour.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

II. B. 1.2. Séries avec âge limite de 60 ans.

L'intervention peut varier selon la période de couverture. La première période couvre les trois premiers mois d'incapacité de travail. La deuxième période s'étend du 4^e au 12^e mois inclus d'incapacité de travail. La troisième période prévoit une couverture à partir d'un an d'incapacité de travail jusqu'à l'âge limite.

Les interventions prévues sont allouées après la période de carence choisie.

Pour les membres indépendants, le choix de la période de carence est libre (8, 14 ou 30 jours calendrier); pour les membres sous contrat d'emploi, la période de carence est fixée à 30 jours calendrier.

En cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci, les indemnités sont allouées à partir du premier jour.

Pour les modifications à partir du 01.01.2007, le montant minimum est fixé à 10 € par jour; le montant maximum est fixé à 250 € par jour. Le montant minimum pour la période 3 est fixé à 10 €

L'affiliation prend fin à l'âge de 60 ans.

Pour l'âge limite de 60 ans, les cotisations sont fonction de l'âge jusqu'à ce que le membre atteigne 39 ans ; à partir de 40 ans, une prime constante est demandée.

L'adaptation des cotisations en fonction de l'âge atteint prend cours le mois qui suit le mois d'anniversaire.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Les cotisations mentionnées dans le tableau joint en annexe des statuts le sont sur base d'une intervention de 24,79 € par jour.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

II.B.2. Membres indépendants ayant atteint l'âge de la pension.

La période de carence est fixée à 14 jours calendrier.

Les droits sont épuisés lorsque le membre a, au total, bénéficié de 300 journées d'indemnisation.

L'âge limite est fixé à 70 ans.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

II.C. Membres exerçant une activité professionnelle présentant un risque légèrement élevé d'incapacité de travail (catégorie 110).

L'intervention peut varier selon la période de couverture. La première période couvre les trois premiers mois d'incapacité de travail. La deuxième période s'étend du 4^e au 12^e mois d'incapacité de travail. La troisième période prévoit une couverture à partir d'un an d'incapacité de travail jusqu'à l'âge limite.

Les interventions prévues sont allouées après la période de carence choisie. La période de carence est fixée à 30 jours.

En cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci, les indemnités sont allouées à partir du premier jour.

Pour les modifications à partir du 01.01.2004, le montant minimum est fixé à 10 €par jour; le montant maximum est fixé à 50 €par jour. Le montant minimum pour la période 3 est fixé à 10 €

La limite d'âge est fixée à 60 ans.

Pour l'âge limite de 60 ans, les cotisations sont fonction de l'âge jusqu'à ce que le membre atteigne 39 ans ; à partir de 40 ans, une prime constante est demandée.

L'adaptation des cotisations en fonction de l'âge atteint prend cours le mois qui suit le mois d'anniversaire.

Les cotisations mentionnées dans le tableau joint en annexe des statuts le sont sur base d'une intervention de 24,79 €par jour.

Pour les formalités d'affiliation, il y a lieu de se référer à l'article 4 des statuts.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 €et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 €est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 € peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

II.D. Membres de l'association professionnelle des médecins attachés aux hôpitaux du C.P.A.S. d' Anvers (catégorie 100).

La période de carence est fixée à 30 jours calendrier.

L'affiliation prend fin à l'âge de 65 ans.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 €et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 €est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 € peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

Pour les formalités d'affiliation, il y a lieu de se référer à l'article 4 des statuts.

II.E. Membres transférés du service d'Indemnités Journalières de la mutualité « Fédération de Mutualités Indépendantes, de Banques, d'Assurances et d'Institutions Publiques et Privées.

La période de carence est fixée à 14 jours calendrier.

En cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci, les indemnités sont allouées à partir du premier jour.

L'âge limite a été fixé par le membre au moment de l'entrée en vigueur de cet article.

Les cotisations sont indépendantes de l'âge.

Plus aucune nouvelle affiliation n'est acceptée.

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

III. Membres affiliés à partir du 01.01.2000.

III.A. Membres exerçant une activité professionnelle présentant un risque réduit d'incapacité de travail (catégorie 104)

Cette intervention peut varier suivant la période couverte. La première période couvre les trois premiers mois d'incapacité de travail. La deuxième période va du quatrième au douzième mois d'incapacité de travail. La troisième période propose une couverture à partir d'un an d'incapacité de travail jusqu'à l'âge limite.

Le choix de la période de carence est libre : 8, 14, 30, 90 ou 180 jours.

En cas de choix de 8, 14 ou 30 jours de carence, les indemnités sont allouées à partir du premier jour en cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci.

Le choix de l'âge limite est libre : 60 ou 65 ans.

Les candidats membres ont le choix entre les formules suivantes :

- une rente constante
- une rente croissante après le sinistre (augmentation des indemnités journalières de 2,5% par année d'incapacité de travail en progression géométrique)

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

Pour les modifications à partir du 01.01.2007, le montant minimum s'élève à 10 € par jour, le montant maximal est de 250 € par jour. Le montant minimum pour la période 3 est fixé à 10 €

Les cotisations sont fonction de l'âge au moment de l'affiliation à la formule individuelle.

En cas d'augmentation ultérieure, les cotisations pour le supplément seront calculées en tenant compte de l'âge atteint au moment de cette augmentation.

Les cotisations mentionnées dans le tableau joint en annexe des statuts le sont sur base d'une intervention de 24,79 €par jour.

Pour les formalités d'affiliation, il y a lieu de se référer à l'article 4 des statuts.

III.B. Membres exerçant une activité professionnelle présentant un risque normal d'incapacité de travail (catégorie 105)

Cette intervention peut varier suivant la période couverte. La première période couvre les trois premiers mois d'incapacité de travail. La deuxième période va du quatrième au douzième mois d'incapacité de travail. La troisième période propose une couverture à partir d'un an d'incapacité de travail jusqu'à l'âge limite.

Le choix de la période de carence est libre : 8, 14, 30, 90 ou 180 jours.

Pour les membres salariés, la période de carence est de 30 jours calendrier.

En cas de choix de 8, 14 ou 30 jours de carence, les indemnités sont allouées à partir du premier jour en cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci.

Le choix de l'âge limite est libre : 60 ou 65 ans.

Les candidats membres ont le choix entre les formules suivantes :

- rente constante
- rente croissante après le sinistre (augmentation des indemnités journalières de 2,5% par année d'incapacité de travail en progression géométrique)

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 €et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 €est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

Pour les modifications à partir du 01.01.2007, le montant minimum est de 10 €par jour ; le montant maximum s'élève à 250 €par jour. Le montant minimum pour la période 3 est fixé à 10 €

Pour l'âge limite de 65 ans, les cotisations sont fonction de l'âge jusqu'à ce que le membre atteigne 48 ans ; à partir de 49 ans, une prime constante est demandée.

Pour l'âge limite de 60 ans, les cotisations varient en fonction de l'âge jusqu'à ce que le membre atteigne l'âge de 43 ans ; à partir de 44 ans, une prime constante est demandée. L'adaptation des cotisations en fonction de l'âge atteint prend cours le mois qui suit le mois d'anniversaire.

Les cotisations mentionnées dans le tableau joint en annexe de statuts le sont sur base d'une intervention de 24,79 €par jour.

Pour les formalités d'affiliation, il y a lieu de se référer à l'article 4 des statuts.

IV.A. Membres exerçant une activité professionnelle médicale ou paramédicale présentant un risque normal d'incapacité de travail (catégorie 115)

Les membres exerçant les activités professionnelles suivantes sont pris en considération : médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes, vétérinaires, logopèdes, infirmiers, obstétriciens, ergothérapeutes, psychologues.

IV.A. 1. Membres n'ayant pas atteint l'âge de la pension

Cette intervention peut varier suivant la période couverte . La première période couvre les trois premiers mois d'incapacité de travail. La deuxième période va du quatrième au douzième mois d'incapacité de travail. La troisième période propose une couverture à partir d'un an d'incapacité de travail jusqu'à l'âge limite.

Le choix de la période de carence est libre : 8,14,30,90 ou 180 jours.

Pour les membres salariés, la période de carence est de 30 jours calendrier.

En cas de choix de 8,14 ou 30 jours de carence, les indemnités sont allouées à partir du premier jour en cas d'hospitalisation et pour la durée de celle-ci.

Le choix de l'âge limite est libre : 60 ou 65 ans.

Les candidats membres ont le choix entre les formules suivantes :

- rente constante
- rente croissante après sinistre (augmentation des indemnités journalières de 2.5 % par année d'incapacité de travail en progression géométrique).

Pour les membres féminins, une prime d'accouchement est prévue qui s'élève à 750 € et qui est octroyée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

Pour les modifications à partir du 01.01.2007, le montant minimum est de 10 € par jour ; le montant maximum s'élève à 250 € par jour. Le montant minimum pour la troisième période est fixé à 10 €

Les cotisations sont établies en fonction de l'âge au moment de l'affiliation.

En cas d'augmentation ultérieure, les cotisations pour le supplément seront calculées en tenant compte de l'âge atteint au moment de cette augmentation.

Les cotisations mentionnées dans le tableau joint en annexe des statuts le sont sur base d'une intervention de 10 € par jour.

Pour les formalités d'affiliation, il y a lieu de se référer à l'article 4 des statuts.

IV.A.2. Membres indépendants ayant atteint l'âge de la pension

L'intervention peut varier selon la période de couverture. La première période couvre les trois premiers mois d'incapacité de travail. La deuxième période s'étend du quatrième au douzième mois d'incapacité de travail.

La période de carence est fixée à 14 jours calendrier.

Les droits du membre sont épuisés lorsqu'il a, au total, bénéficié de 300 journées d'indemnisation.

L'affiliation prend fin à l'âge de 70 ans.

Les cotisations restent identiques pendant toute la période d'affiliation.

Pour les modifications à partir du 01.01.2007, le montant minimum est de 10 € par jour ; le montant maximum s'élève à 250 € par jour.

Les cotisations mentionnées dans le tableau joint en annexe des statuts le sont sur base d'une intervention de 10 € par jour.

Pour les formalités d'affiliation, il y a lieu de se référer à l'article 50 § 3 des statuts.

En cas de décès par accident, un capital égal à 25.000 € est accordé.

Une intervention unique, dont le montant ne peut dépasser 2.500 €, peut être allouée aux membres qui, vu leur état de santé, sont considérés par le Conseil d'Administration ou son représentant comme se trouvant dans une situation digne d'intérêt.

2) SERVICE GESTION - CAISSE ADMINISTRATIVE

Article 46

Ce service a pour but de faire face aux dépenses d'ordre administratif.

Le montant de la cotisation pour ce service est renseigné dans le tableau joint en annexe des statuts.

Conditions spéciales d'affiliation

Article 47

MUTATION ou TRANSFERT

Les candidats membres, qui bénéficiaient auparavant d'une couverture similaires en indemnités journalières peuvent introduire une demande de mutation ou transfert vers une série ou formule avec le même de niveau de couverture.

En cas de mutation ou de transfert la disposition relative à l'âge maximum ne s'applique pas et aucun stage n'est prévu.

Sur base des données reprises dans le dossier d'affiliation et le questionnaire médical confidentiel, le médecin directeur de La Caisse Mutuelle peut dispenser le candidat membre de l'obligation de se soumettre à un examen médical comme prévu par l'article 4 des statuts.

Sont considérés comme couvertures indemnités journalières similaires les services indemnités journalières prévoyant une indemnité pour une période de plus d'une année, organisés par une autre entité mutualiste pour laquelle la Loi du 6 août 1990 relative aux Mutualités et aux Unions Nationales de Mutualités est d'application.

Sont également considérés comme couvertures d'allocations journalières similaires les assurances couvrant l'incapacité de travail pour une période de plus d'une année, telles que prévues à l'article 138bis de la Loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurances terrestre.

Article 48

Le Conseil d'Administration est habilité à accepter l'affiliation d'un membre avec limitation du droit aux prestations prévues par les présents statuts pour une affection, une blessure, une infirmité ou un état pathologique bien précis déjà existant avant l'acceptation définitive du membre et mentionné sur la feuille confidentielle de renseignements médicaux remplie par le candidat membre.

Cette limitation du droit aux prestations devra être notifiée au membre au plus tard dans le mois qui suit la fin de la période de stage.

La notification de la limitation du droit aux prestations, basée sur un avis médical, donnera une description de l'affection, la blessure, l'infirmité ou l'état pathologique pour lequel les indemnités seront limitées.

Article 49

Article 50

PASSAGE A UNE AUTRE SERIE OU FORMULE

A tout moment, un membre ne se trouvant pas en incapacité de travail peut demander de passer à une autre série ou formule du service "Allocations Journalières".

- §1. Le passage à une autre série ou formule dont les indemnités sont moins élevées s'opère sur simple demande du membre.
- §2. Le passage à une série ou formule dont les indemnités sont plus élevées est possible jusqu'à l'âge maximum de 50 ans. Ce passage s'opère aux mêmes conditions que celles déterminées pour l'affiliation.
Sur base des données reprises dans le dossier d'affiliation et le questionnaire médical confidentiel, le médecin directeur de La Caisse Mutuelle peut dispenser le membre de l'obligation de se soumettre à un examen médical comme prévu par l'article 4 des statuts. Un nouveau stage n'est pas requis.
- §3. Pour les indépendants, le passage vers une série ou formule au-dessus de l'âge légal de la pension est possible aux conditions suivantes :
- ne pas être en incapacité de travail au moment où est atteint l'âge légal de la pension;
 - avoir l'approbation du médecin directeur de La Caisse Mutuelle ; cette approbation étant basée sur les données reprises dans le dossier d'affiliation et le questionnaire médical confidentiel.

Article 51

MODIFICATION DE STATUT SOCIAL OU D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Si le membre change de statut social ou d'activité professionnelle il doit en avertir l'entité mutualiste dans le mois.

Dans les trente jours suivant la prise de connaissance de cette modification l'entité mutualiste a le droit d'adapter l'affiliation à la série ou formule correspondant à la nouvelle situation.

En cas d'une telle adaptation il n'y a pas de limite d'âge et il n'y a pas de stage à accomplir.

Article 52

Cotisations

Article 53

- §1. Les cotisations sont payables annuellement et par anticipation. Des paiements trimestriels sont possibles, à condition qu'il y ait une domiciliation. Lorsqu'il est mis fin à l'affiliation, les cotisations restent dues jusqu'à la fin du mois qui précède la date de la démission.
- §2. Les cotisations sont fiscalement entièrement déductibles au titre de charges professionnelles. Une preuve des cotisations payées sera délivrée sur simple demande.

Article 54

Les cotisations qui n'ont pas été payées dans le délai prescrit et selon le mode prévu seront, après l'envoi d'une mise en demeure par lettre recommandée, majorées de frais de sommation, fixés actuellement à 7,5 € ainsi que 10 % du solde des cotisations dues avec un minimum de 25 €

Des intérêts de retard calculés au taux de 10 % l'an seront également automatiquement calculés sur les cotisations arriérées, et dus à partir de leur échéance.

Article 55

Les membres dont la nouvelle incapacité de travail a été reconnue à partir du 01.01.97, bénéficient d'une dispense de paiement des cotisations à partir du moment où l'incapacité de travail dure plus d'une année. La période de dispense des cotisations est égale à la période de reconnaissance de l'invalidité.

Cette disposition est uniquement valable pour les membres affiliés dans les séries ou formules de l'article 45 I.A.1.2 – I.B.1.1. – I.B.1.1.bis – I.B.1.2. – I.B.1.2.bis – I.B.1.3.- I.C. - II.A.1.2.- II.B.1.1.- II.B.1.2.- II.C.- III.A.- III.B.-IV.A.1.

Dispositions générales

Article 56 : Périodes de stage

- §1. Avant de pouvoir bénéficier des avantages prévus, chaque membre doit avoir accompli un stage de six mois.
- §2. Cependant le stage n'est pas requis pour les cas suivants :
- les affiliations aux séries ou formules prévues par l'article 45 II.A.1.1. et par l'article 45 II.A.1.1 bis ;
 - en cas de mutation ou transfert comme prévu à l'article 47;
 - en cas de passage à une autre série ou formule comme prévu à l'article 50;
 - en cas de modification de statut social ou d'activité professionnelle comme prévu à l'article 51.

Article 57 : Prescription

- §1. L'action en paiement de l'intervention est prescrite 2 ans après la fin du mois au cours duquel la prestation ou le fait générateur de la prestation a eu lieu.
- §2. L'action en remboursement des cotisations est prescrite après 5 ans à partir du moment où on a constaté le caractère fautif de l'inscription.
- §3. Il ne peut être dérogé à ces délais de prescription.

Article 58 : Contrôle

La société peut organiser tous contrôles administratifs et exiger de ses membres la production de tous documents fiscaux, sociaux et administratifs qu'elle juge utiles, afin de vérifier le respect par ses membres de toutes les obligations résultant des dispositions légales, statutaires et réglementaires.

Article 59 : Contentieux

- § 1. Le Conseil d'Administration statue sur tous les cas non prévus dans les statuts ou les règlements de La Caisse Mutuelle. Ces statuts et règlements peuvent être consultés au siège de la société ou dans l'un de ses bureaux locaux.
- § 2. Tout différend entre la société et le membre concernant le degré d'invalidité permanente, ou d'incapacité temporaire, ou concernant une question d'ordre médical, peut être réglé par un collège médical composé comme suit : chaque partie désigne un médecin; à défaut d'accord entre les deux médecins, un troisième est désigné de commun accord ou, à défaut, par le Président du Tribunal du Travail du domicile du défendeur, à la requête de la partie la plus diligente.

Ce collège de médecins statue en tenant compte des dispositions du règlement particulier.

Chaque partie paie l'honoraire de son médecin; les frais et les honoraires du troisième médecin sont supportés par les deux parties.

CHAPITRE VI : RECETTES, DEPENSES ET PLACEMENTS.

Article 60

La société tient sa comptabilité conformément à l'article 29 de la Loi du 6 août 1990.

Les recettes de chaque service sont constituées par :

1. les cotisations;
2. les subsides des pouvoirs publics;
3. les dons et legs ainsi que les recettes et produits divers des services;
4. les intérêts et bénéfices sur titres réalisés, afférents à chacun d'eux.

Les services doivent supporter une part des frais de fonctionnement ainsi que les dépenses résultant de l'application des présents statuts.

Article 61

Le patrimoine de la société ne peut être affecté à d'autres fins que celles expressément définies par les présents statuts.

Article 62

Les fonds sociaux sont placés conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière.

CHAPITRE VII : MODIFICATIONS DES STATUTS, DISSOLUTION ET LIQUIDATION, PARTAGE DES FONDS.

Article 63

Les statuts ne peuvent être modifiés que par l'Assemblée Générale convoquée à cet effet et qui délibère dans les formes prescrites par la Loi du 6 août 1990.

Il ne peut être décidé sur toute modification statutaire que si la moitié des représentants est présente et que la décision est prise à la majorité de deux tiers des votes exprimés.

Si le quorum des présences exigé n'est pas atteint, une deuxième Assemblée peut être convoquée, qui délibère valablement quel que soit le nombre de représentants présents.

Article 64

La société peut être dissoute sur décision de l'Assemblée Générale convoquée spécialement à cet effet conformément aux dispositions de l'article 45 de la Loi du 6 août 1990.

Article 65

En cas de cessation et de dissolution des services visés à l'article 2 des présents statuts, l'Assemblée Générale décide de l'affectation des fonds de réserves conformément à l'article 48 de la Loi du 6 août 1990.

CHAPITRE VIII : ENTREE EN VIGUEUR.

Article 66

Les présents statuts entrent en vigueur à la date du 1^{er} juillet 2009, fixée par l'Assemblée Générale du 4 juin 2009, tels qu'approuvés par l'Office de Contrôle des Mutualités.