REGLEMENT MUTUALISTE
CYBELE SOLIDARITE

« CYBELIA » PREVOYANCE TERRITORIALE

CYBELE SOLIDARITE est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro Siren n°443 885 355, dont le siège social est situé Domaine des Tourelles, 1 Avenue Winston Churchill, 33700 MERIGNAC (ci-après désignée « la mutuelle »), CYBELE SOLIDARITE est une mutuelle substituée par la MUTUELLE du REMPART, mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro Siren n°776 950 537 dont le siège social est situé 1 rue d'Austerlitz - CS 27 261 – 31072 TOULOUSE cedex 6. Elles sont immatriculées auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité

Dans le cadre d'une convention de substitution, la MUTUELLE du REMPART se substitue intégralement à LA MUTUELLE CYBELE SOLIDARITE, en application de l'article L.211-5 du Code de la mutualité, pour la constitution des garanties d'assurance maladie, accident et décès offertes aux membres participants de LA SUBSTITUÉE et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1, 2 et 20 tels qu'ils sont définis dans le règlement des garanties.

La MUTUELLE du REMPART donne à LA MUTUELLE sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale dans les conditions prévues par l'article L. 211-5, I, alinéa 4, du Code de la mutualité. Si l'agrément accordé à la MUTUELLE du REMPART lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.

Dans le cadre d'une convention de délégation de gestion conclue entre la Mutuelle Cybèle Solidarité et la Mutuelle du REMPART, la Mutuelle du REMPART assure la gestion de l'ensemble des garanties régies par le présent règlement.

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1. : NATURE ET OBJET DU REGLEMENT

Le présent règlement mutualiste est régi par le Code de la mutualité.
Il a pour objet, en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 5 des statuts de la mutuelle, de définir les droits et obligations réciproques existant entre les membres participants de la mutuelle et la mutuelle, dans le cadre de la garantie des risques suivants :

- Incapacité Temporaire de Travail
- Obsèques

ARTICLE 2. : MEMBRE PARTICIPANT

Les membres participants de la mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Seuls peuvent adhérer au présent règlement, les membres participants régulièrement inscrits à la mutuelle.

L'adhésion s'effectue selon les conditions et modalités fixées au chapitre I du Titre II du présent règlement mutualiste. Il est remis à chaque membre participant un exemplaire des statuts de la mutuelle et du présent règlement mutualiste.

Toute personne perdant sa qualité de membre participant peut devenir, selon les modalités et conditions fixées par les statuts de la mutuelle, membre honoraire en versant une cotisation.
Le membre honoraire peut acquérir à nouveau la qualité de membre participant s'il remplit les conditions d'adhésion fixées au présent règlement.

ARTICLE 3. : DEFINITIONS

Accident : évènement soudain, imprévisible, irrésistible et extérieur à la victime ayant pour elle, des conséquences matérielles et/ou physiques.
Les événements liés à des opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'accident, ne sont pas considérés comme accidentels.

Délai d'attente : période qui suit la date d'effet de l'adhésion et pendant laquelle le membre participant paye sa cotisation sans pouvoir bénéficier des prestations pour tout ou partie du risque.

Délai de franchise : période qui suit l'arrêt de travail et pendant laquelle le membre participant remplit les conditions fixées au règlement mutualiste pour bénéficier des garanties sans être indemnisé. Seuls les droits acquis postérieurement au délai de franchise prévu au règlement mutualiste font l'objet d'une indemnisation.

TITRE II – ADHESION, MUTATIONS, RESILIATION

CHAPITRE I. ADHESION - MUTATIONS

ARTICLE 4. : ADHESION

4.1. – Modalités d'adhésion

Chaque personne candidate à l'adhésion se voit remettre avant la signature de la Demande d'Adhésion, les statuts de la mutuelle et le présent règlement mutualiste ainsi que la notice d'information liée aux garanties protection juridique.
Ensuite, chaque personne candidate, après acceptation par sa signature du devis joint en annexe complète et signe la Demande d'Adhésion, la transmet à la mutuelle accompagnée d'une copie de son dernier bulletin et d'un justificatif d'identité (carte d'identité ou passeport en cours de validité).

Cette signature vaut accord des dispositions des statuts de la mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste, qui s'imposent au membre participant et à ses bénéficiaires.
A la Demande d'Adhésion doit être jointe pour les membres participants n'optant pas pour le prélèvement, la cotisation des trois premiers mois.

4.2. – Date d'effet de l'adhésion

Si la mutuelle accepte la Demande d'Adhésion, elle envoie au membre participant un Certificat d'Adhésion indiquant les garanties qu'il a souscrites, leurs montants, la date d'effet de l'adhésion, les délais d'attente éventuels et la date d'effet des garanties.

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois civil suivant la réception du dossier complet comprenant nécessairement la Demande d'Adhésion dûment complétée et signée, accompagnée de la première cotisation et, le cas échéant, du certificat de radiation du précédent organisme assureur, le mandat de prélèvement SEPA des cotisations sur compte bancaire ou postal accompagné d'un RIB.

En cas de défaut de paiement de la cotisation, la date de prise d'effet des garanties est reportée à la date effective de son paiement.

Si la mutuelle refuse la Demande d'Adhésion, la mutuelle en informe la personne candidate et lui rembourse les cotisations qu'elle a versées.

4.3. – Durée de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement mutualiste produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée de un an, sauf résiliation selon les modalités fixées au chapitre II du présent titre.

4.4. – Modification de l'adhésion

Le membre participant doit informer la mutuelle de :

- tout changement d'activité professionnelle telle que le membre participant ne remplit plus les conditions fixées à l'article « CONDITIONS D'ADHESION »
- toute modification des conditions d'exercice de sa profession
- toute cessation temporaire ou définitive de son activité
- tout changement de son état civil
- tout changement de son adresse
- son salaire de base annuel brut ou traitement indiciaire annuel brut chaque année
- tout changement concernant le RIB

ARTICLE 5. : CONDITIONS D'ADHESION

5.1. – Conditions liées à l'activité professionnelle

L'adhésion au présent règlement est réservée au personnel actif quel que soit leur statut y compris les stagiaires en formation et les élèves des écoles relevant de :

- la fonction publique territoriale,
- aux titulaires d'un mandat électif territorial.

5.2. – Conditions liées à la personne

L'adhésion est soumise aux conditions que la personne en activité candidate à l'adhésion ne soit ni en arrêt de travail, ni en mi-temps thérapeutique, ni en disponibilité d'office, ni suspendue de ses fonctions, au moment de la Demande d'Adhésion et n'ait pas été en arrêt de travail dans les deux mois précédant la Demande d'Adhésion.

Dans ces différentes situations, l'adhésion à la garantie prendra effet dans les conditions suivantes :

- Les personnes bénéficiant d'un temps partiel thérapeutique ne pourront demander leur adhésion au présent règlement qu'après la reprise d'activité à temps complet. Toutefois, leur adhésion ne prendra effet qu'à l'issue d'une période de 6 mois ininterrompus de reprise de travail à temps complet. Si au cours de ce délai, la personne candidate à l'adhésion bénéficie d'un nouvel arrêt de travail pour accident ou maladie ou d'un nouveau temps partiel thérapeutique, la Demande d'Adhésion devient caduque et une nouvelle demande devra être formulée.

- Pour les personnes bénéficiant d'un arrêt de travail entre la date de signature de leur demande d'adhésion et la date d'effet de leur adhésion, leur candidature ne sera pas prise en considération, elle devra être renouvelée après leur reprise d'activité à temps complet.

- Les personnes réintégrées dans leur collectivité à la suite d'une disponibilité pour convenances personnelles pourront formuler leur demande d'adhésion ou leur réintégration au présent règlement dans les conditions normales.

ARTICLE 6. : RENONCIATION

Le membre participant peut renoncer à son adhésion au présent règlement pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de l'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.
Pour renoncer à son adhésion, le membre participant doit faire parvenir la demande de renonciation à

Mutuelle du REMPART pour CYBELE Solidarité
1 rue d'Austerlitz CS 27 261 31072 TOULOUSE CEDEX 6

par lettre recommandée avec avis de réception, accompagnée de l'exemplaire original de son Certificat d'Adhésion.

La mutuelle restituera au membre participant l'intégralité de la somme versée, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation dont un modèle est proposé ci-après.

La lettre de renonciation pourra être rédigée en ces termes :

« Je soussigné(e) …… (Nom, prénom), demeurant …….. (Adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au règlement Cybélia Prévoyance Territoriale pour les garanties auxquelles j'ai adhéré le …… (Préciser la date) :
et demande le remboursement de l'intégralité des sommes que j'ai versées au titre de ma cotisation.
Date et Signature »

CHAPITRE II. RESILIATION

ARTICLE 7. : RESILIATION

7.1. – Résiliation par le membre participant

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, soit par acte extra-judiciaire, soit, lorsque la Mutuelle propose l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, à l'adresse suivante :

Mutuelle du REMPART pour CYBELE Solidarité
1 rue d'Austerlitz
CS 27 261
31072 TOULOUSE CEDEX 6

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La résiliation prend effet au 31 décembre minuit de l'année en cours, les cotisations restant dues jusqu'à cette date.
La date limite d'exercice du droit à résiliation de l'adhésion est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation conformément aux dispositions légales.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Le membre participant peut, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 221-10-3 mettre un terme à l'adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de la reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou la date de notification.

7.2. – Résiliations exceptionnelles

Conformément à l'article L.221-17 du Code de la mutualité, lorsque le membre participant ne remplit plus les conditions nécessaires pour demeurer dans sa garantie ou en cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession, ou de départ en retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.
La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.
La résiliation prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de sa notification.

Par dérogation, la résiliation prendra effet au 1er jour du mois suivant l'événement lorsque la demande de résiliation fait suite à une cessation définitive d'activité professionnelle.

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

7.3. – Résiliation pour non-paiement des cotisations

Le membre participant qui n'a pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci venue à échéance dans les dix jours de cette échéance, verra sa garantie suspendue dans tous ses effets, trente jours après sa mise en demeure effectuée par la mutuelle. Aucune prestation ne peut être servie pendant la période de suspension.
Le paiement de la cotisation ou fraction de celle-ci ayant donné lieu à cette mise en demeure ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée entre la mise en demeure et le paiement, rétablira le droit aux prestations pour l'ensemble de la période, sous réserve que ce paiement intervienne au plus tard six mois après l'échéance ayant donné lieu à sa mise en demeure.

Le membre participant n'ayant pas acquitté sa cotisation ou la fraction de celle-ci ayant fait l'objet d'une mise en demeure ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée, verra sa garantie résiliée au plus tard six mois après l'échéance ayant donné lieu à sa mise en demeure.

7.4. – Résiliations dérogatoires

A titre dérogatoire, il peut être mis fin à l'adhésion dans le cas suivant :

- si le membre participant bénéficie d'un contrat collectif obligatoire : dans ce cas, la résiliation intervient à la date d'adhésion audit contrat dans la mesure où la demande est accompagnée d'un justificatif datant de moins de 3 mois.

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

ARTICLE 8. : CONSEQUENCES DE LA RESILIATION

La résiliation donne droit au remboursement des cotisations versées au prorata de la période d'assurance non garantie sauf stipulations contraires prévues au présent règlement mutualiste.

En cas de résiliation de l'adhésion, le service des prestations Incapacité Temporaire de Travail en cours est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation et ceci jusqu'au terme prévu par la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail.

TITRE III – LES GARANTIES

CHAPITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

ARTICLE 9. : TERRITORIALITE DES GARANTIES

Les garanties du membre participant sont acquises en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), dans la principauté de Monaco, dans les pays de l'Union Européenne et en Suisse. Dans le reste du monde, les garanties sont acquises pour des séjours du membre participant n'excédant pas 3 mois.

ARTICLE 10. : RISQUES EXCLUS :

Ne sont pas garanties et ne donnent lieu à aucun paiement, les conséquences :

- **DU SUICIDE OU DE LA TENTATIVE DE SUICIDE DANS LA PREMIERE ANNEE DE L'ADHESION,**
- **DU MEURTRE COMMIS PAR L'UN DES BENEFICIAIRES SUR LA PERSONNE DE L'ASSURE, DES LORS QUE CE BENEFICIAIRE A ETE CONDAMNE,**
- **DE FAITS DE GUERRES ETRANGERES LORSQUE LA FRANCE EST PARTIE BELLIGERANTE,**
- **DE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, D'ATTENTAT, D'ACTE DE TERRORISME, D'EMEUTE, D'INSURRECTION, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULENT CES EVENEMENTS ET QUELS QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES, DES LORS QUE L'ASSURE Y PREND UNE PART ACTIVE,**
- **DU FAIT INTENTIONNELLEMENT CAUSE OU PROVOQUE PAR L'ASSURE OU LE BENEFICIAIRE,**
- **DE MUTILATION VOLONTAIRE, DU REFUS DE SE SOIGNER AU SENS DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE, BLESSURES OU MALADIES.**

- **DES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DEGAGEMENT DE CHALEUR, D'IRRADIATION PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DE NOYAUX D'ATOME,**
- **DE DEMONSTRATIONS, RAIDS, ACROBATIES, COMPETITIONS, MATCHS, PARIS, TENTATIVES DE RECORDS,**
- **DE VOLS SUR APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT DE NAVIGABILITE OU POUR LESQUELS LE PILOTE NE POSSEDE PAS UN BREVET OU UNE LICENCE VALIDE,**
- **DE VOLS SUR AILES VOLANTES, ULM, PARAPENTE, RALLYES, COURSES MOTOCYCLISTES ET AUTOMOBILES, SAUTS A L'ELASTIQUE,**
- **D'ACTIVITES SPORTIVES OU DE LOISIRS PRATIQUEES DANS LE NON-RESPECT DE LA REGLEMENTATION, DES REGLES, CONSIGNES ET RECOMMANDATIONS DE SECURITE, DE PRUDENCE ELEMENTAIRE OU PRATIQUEES AU MOYEN D'UN MATERIEL NON CONFORME A L'USAGE QUI EN EST FAIT OU PRATIQUEES A TITRE PROFESSIONNEL,**
- **DE CATACLYSMES, CATASTROPHES NATURELLES, TREMBLEMENT DE TERRE, ERUPTION VOLCANIQUE, RAZ DE MAREE,**
- **D'USAGE DE STUPEFIANTS, DROGUES, PRODUITS TOXIQUES,**
- **D'INGESTION DE MEDICAMENTS NON PRESCRITS OU ABSORBES ABUSIVEMENT,**
- **D'ACCIDENTS DONT EST VICTIME L'ASSURE ALORS QU'IL SE TROUVE EN ETAT D'ALCOOLEMIE OU D'IVRESSE MANIFESTE, LORSQUE SA RESPONSABILITE EST ENGAGEE.**

CHAPITRE II. GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL DE BASE

ARTICLE 11. : BASE DE LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL DE BASE

11.1. – Montant de la base de garantie

La base de garantie est définie par référence au salaire de base annuel brut ou traitement indiciaire annuel brut du membre participant au 1er juillet de l'année N-1 précédant l'exercice d'assurance en cours
Le traitement annuel brut correspond à la formule suivante : **(INM x VP) + le cas échéant la Prime de feu** à l'exclusion de toutes autres indemnités, primes, rappels et heures supplémentaires.
INM : représentant l'indice de Traitement Nouveau Majoré ainsi que le cas échéant la **NBI** du membre participant au 1er juillet de chaque année N-1
VP : représentant la valeur du point indice au 1er juillet de l'année N-1.
NBI : nouvelle bonification indiciaire
Pour les adhérents ne percevant pas un traitement indiciaire, la base de garantie est définie par référence au salaire annuel brut perçu durant l'année N-1.

Pour les membres participants recrutés et exerçant leur activité à temps complet, la base de garantie selon l'option retenue par le membre participant est égale à 80%, 85%, 90%, 95% ou 100 % du traitement indiciaire annuel brut augmenté, le cas échéant, de la N.B.I, de la Prime de FEU et des indemnités accessoires brutes à l'exclusion de toutes autres indemnités, primes, rappels et heures supplémentaires.

Pour les membres participants recrutés à temps complet et exerçant leur activité à temps partiel, la base de garantie selon l'option retenue par le membre participant est égale à 80%, 85%, 90%, 95% ou 100 % du traitement indiciaire annuel brut augmenté, le cas échéant, de la N.B.I, de la Prime de FEU et des indemnités accessoires brutes à l'exclusion de toutes autres indemnités, primes, rappels et heures supplémentaires.

Pour les membres participants recrutés à temps non complet ou en cessation progressive d'activité, la base de garantie selon l'option retenue par le membre participant est égale à 80%, 85%, 90%, 95% ou 100 % de la fraction de traitement indiciaire annuel brut perçue augmentée, le cas échéant, de la N.B.I, de la Prime de FEU et des indemnités accessoires brutes à l'exclusion de toutes autres indemnités, primes, rappels et heures supplémentaires.

Pour les membres participants ne percevant aucun traitement indiciaire, la base de garantie selon l'option retenue par le membre participant est égale à 80%, 85, 90%, 95% ou 100 % du traitement annuel brut perçu durant l'année N-1 à l'exclusion de toutes indemnités, primes, rappels et heures supplémentaires.

11.2. – Révision de la base de garantie

La base de garantie est révisée annuellement en fonction de l'évolution du salaire de base annuel brut ou traitement indiciaire annuel brut du membre participant. Le membre participant doit adresser à la mutuelle, chaque année, les justificatifs nécessaires à la révision de la base de garantie pour l'année suivante par l'envoi de tous justificatifs attestant de sa rémunération.

A défaut de production de justificatif par le membre participant dans le délai imparti, la mutuelle appliquera automatiquement une majoration de 2% sur la base de garantie de l'année en cours ceci afin que le membre participant ne soit pas pénalisé par l'évolution du traitement et des salaires en cours d'assurance et ceci pour toute l'année suivante.

11.3. – Modification de la base de garantie et ou du niveau de couverture

11.3.1 – Conditions de la modification de la base de garantie et ou du niveau de couverture

Le membre participant peut modifier :

- le montant de la base de garantie,
- et/ou le niveau de couverture qui est soit de 80%, 85%, 90, 95% ou 100%.

S'il souhaite augmenter ou diminuer le montant de la base de garantie ou le niveau de couverture, il devra justifier auprès de la mutuelle qu'il n'est pas dans l'une des situations suivantes :
- en arrêt de travail,
- en reprise à temps partiel dans un cadre thérapeutique,
- en disponibilité d'office ou suspendu de ses fonctions,
- et n'ait pas été en arrêt de travail dans les deux mois précédant la demande de modification de garantie.

11.3.2 – Modalités de la modification de la base de garantie et ou du niveau de couverture

Il complète une Demande de Modification de Garantie, la signe et la transmet à la mutuelle accompagnée de son dernier bulletin de salaire et ceci au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre pour un effet au 1er janvier de l'année suivante à :

Mutuelle du REMPART pour CYBELE Solidarité
1 rue d'Austerlitz
CS 27 261
31072 TOULOUSE CEDEX 6

Si la mutuelle accepte la Demande de Modification de Garantie, elle envoie au membre participant un Certificat d'Adhésion indiquant les garanties qu'il a souscrites, leurs montants, le niveau, la date d'effet de la modification de la garantie, les délais d'attente éventuels.
Si la mutuelle refuse la Demande de Modification de Garantie, elle en informe la personne candidate et lui rembourse les cotisations qu'elle a versées à ce titre.

ARTICLE 12. : DEFINITION DE LA GARANTIE

La mutuelle garantit le versement, au membre participant, d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail survenant au cours de la période d'assurance.

Est considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail tout membre participant qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours de l'adhésion est mis dans l'incapacité temporaire totale de travail d'exercer ses fonctions,

- et qui perçoit à ce titre des prestations de son employeur en application des statuts de la fonction Publique,
- ou perçoit à ce titre des prestations du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale ou d'un régime social obligatoire au titre de l'assurance maladie ou de tout autre organisme.

La garantie est due si le membre participant :

- est reconnu par le médecin conseil de la mutuelle comme atteint d'Incapacité temporaire totale de travail,
- et qu'il ne perçoit plus son plein traitement avant la date de résiliation de l'adhésion, exception faite des jours dit de « carence » non pris en charge par la présente garantie.

La mutuelle se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque.

ARTICLE 13. : MONTANT DES INDEMNITES JOURNALIERES

La mutuelle garantit le versement d'indemnités journalières d'un montant égal à la 360ème partie de la différence entre :

- 80%, 85%, 90%, 95 % ou 100% (selon l'option choisie) du salaire ou le traitement indiciaire net que percevrait le membre participant s'il était en activité de service,

et

- le traitement indiciaire net ou la fraction du traitement indiciaire net que le membre participant continue à percevoir dans son administration, ou pour les non titulaires le traitement net que le membre participant continue à percevoir de son employeur.

On entend par traitement indiciaire net le traitement indiciaire brut ainsi que le cas échéant la prime de FEU ou indemnité accessoire diminué de l'ensemble des cotisations sociales obligatoires (Retraite, Sécurité sociale,
CSG, CRDS, contribution de solidarité …) à l'exclusion de toutes autres indemnités, primes, rappels et heures supplémentaires.

- les prestations en espèces nettes servies par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou régime social obligatoire au titre de l'assurance maladie.

On entend par prestation en espèces nettes les prestations brutes servies par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou régime sociale obligatoire au titre de l'assurance maladie diminué des cotisations sociales obligatoires (CSG, CRDS, …).

- les prestations servies par tout autre organisme.

Ces éléments étant appréciés par référence à la période d'interruption de travail à indemniser.

En tout état de cause **le montant de la prestation est limité à 30%, 35%, 40%, 45% ou 50 % de la 360ème partie de la base de garantie définie à l'article « BASE DE LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL BASE » en fonction de l'option retenue par le membre participant telle que figurant sur son Certificat d'Adhésion.**

L'indemnité journalière est calculée en 30ème de mois, tous les mois étant réputés être de 30 jours conformément aux statuts de la fonction publique.
Pour les agents à temps partiel, à l'issue de la période de temps partiel autorisé, si le membre participant demeure en Incapacité Temporaire Totale de travail, il recouvre les mêmes droits que les membres participants exerçant leur activité à temps plein.

ARTICLE 14. : POINT DE DEPART, FRANCHISE ET DURÉE DU SERVICE DES INDEMNITES JOURNALIERES

La mutuelle verse des indemnités journalières :

- dès que le traitement indiciaire net versé par l'employeur en application du Statut de la Fonction Publique, ne garantit plus le maintien du traitement indiciaire net du membre participant.

- pour les membres participants affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou régime sociale obligatoire au titre de l'assurance maladie, dès que son traitement net n'est plus garanti du fait de son incapacité de Temporaire Totale de Travail.

Il est rappelé que la présente garantie ne prend pas en charge les jours dits de « carence ».

Le traitement indiciaire net est le traitement indiciaire brut soumis à retenue pour pension diminué de l'ensemble des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, IRCANTEC, Sécurité sociale, CSG, CRDS, Contribution de solidarité….). Que les arrêts de travail soient continus ou discontinus, les périodes indemnisées se cumulent dans la limite de 1080 indemnités journalières.
En cas de mise en disponibilité d'office pour raison de santé, les indemnités journalières sont servies dans la limite de 1080 jours d'interruption de travail incluant les périodes prises en charge par la mutuelle et les périodes prises en charges à 100% par l'employeur.

ARTICLE 15. : REGLE DE CUMUL

Les indemnités versées par la mutuelle cumulées avec :

- **les prestations versées au titre du maintien de la rémunération par l'Administration,**
- **les prestations versées par un régime obligatoire,**
- **le traitement indiciaire net ou la fraction du traitement indiciaire net perçue par le membre participant au titre d'une activité réduite,**
- **toutes autres indemnités statutaires ou réglementaires,**

En fonction de l'option retenue ne peuvent excéder 80%, 85%, 90%, 95% ou 100 % du salaire ou traitement indiciaire net d'activité évalué à la date d'arrêt de travail.
En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par la mutuelle sont réduites à concurrence de ce montant.

En tout état de cause le membre participant s'engage à rembourser la mutuelle si une décision de l'Administration le rétablit à plein traitement pour les périodes indemnisées par la mutuelle.

ARTICLE 16. : REVALORISATION DES INDEMNITES JOURNALIERES

Le montant des prestations Indemnités Journalières versées par la mutuelle est revalorisé chaque année au 1er janvier en fonction de l'évolution du point d'indice de la Fonction Publique, entre le 1er octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1, dans la limite de 2%.

Le point d'indice de la Fonction Publique est la « valeur annuelle du traitement et de la solde afférent à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions » divisée par 100.

ARTICLE 17. : TERME DU VERSEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

La mutuelle cesse le versement des prestations dans les cas suivants :

- la reprise d'activité, même partielle du membre participant et dans le cas où l'agent reprend son activité à temps partiel pour des raisons thérapeutiques,

- en cas d'aptitude même partielle reconnue par l'administration du membre participant,
- la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,
- la date de prise en charge, par l'organisme liquidateur, au titre de la retraite pour invalidité,
- la liquidation de la pension de retraite, ou l'âge auquel le membre participant peut y prétendre,
- le jour du décès du membre participant,
- l'épuisement des 1080 indemnités journalières dans les conditions visées à l'article « POINT DE DEPART, FRANCHISE ET DURÉE DU SERVICE DES INDEMNITES JOURNALIERES »,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical effectué par la mutuelle,
- en cas de fausse déclaration et ou de fraude.

ARTICLE 18. : DELAI D'ATTENTE

18.1. – Délai d'attente en cas de nouvelle adhésion

Pour les nouveaux membres participants au présent règlement ou en cas de première adhésion à la garantie Incapacité Temporaire de Travail, il est instauré un délai d'attente d'un an suivant la date d'effet de leur adhésion. Aucun sinistre survenant pendant cette période ne sera garanti.

Toutefois, le nouveau membre participant qui était déjà garanti auprès d'un organisme d'assurance ayant couvert le risque incapacité temporaire totale de travail, ne se verra pas appliquer ce délai d'attente, s'il justifie d'une attestation émise par cet ancien organisme d'assurance attestant qu'il bénéficiait de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail et pour autant que la date d'adhésion du membre participant à la garantie Incapacité Temporaire de travail soit concomitante à la date de radiation du précédent organisme .

Cependant ce délai d'attente ne s'applique pas pour le membre participant âgé de moins de 30 ans au 1er janvier de l'année d'adhésion et en activité normale de service.

18.2. – Délai d'attente en cas de modification de la base de garantie ou du niveau de couverture

Lorsque le membre participant demande une augmentation du niveau de couverture et/ou du montant de la base de la garantie, il est instauré un délai d'attente de 6 mois suivant la date d'effet de la modification du niveau de couverture et/ou du montant de la base de la garantie. En cas de sinistre survenant pendant cette période, la mutuelle indemnisera le membre participant sur la base de garantie qu'il avait précédemment choisie.
Toutefois ce délai d'attente ne s'applique pas lorsque l'augmentation du montant de la base de garantie est consécutive à une évolution professionnelle au sein de l'Administration (passage à un échelon supérieur, promotion, mutation…) et que cette demande est présentée dans un délai de trois mois de ladite évolution. Dans un tel cas, le membre participant devra communiquer à la mutuelle les justificatifs nécessaires.

La mutuelle n'appliquera aucun délai d'attente, si l'incapacité temporaire de travail du membre participant fait suite à un accident.

ARTICLE 19. : DECLARATION DES SINISTRES

Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide d'un formulaire de demande de prestation établi par la mutuelle. A l'appui de la demande de prestation, le membre participant joint les pièces suivantes :

Pour une première demande d'indemnisation

- tout document émis par son employeur, (arrêté, décision ou attestation administrative) indiquant notamment la nature du congé (congé de maladie, congé de longue durée, congé de longue maladie etc.…) ainsi que les périodes à plein traitement, demi-traitement, sans traitement, ou autre,
- les bulletins de salaire où figure la perte de rémunération et le dernier bulletin de salaire intégral indiquant la base brute correspondant au traitement du membre participant et devant servir de base au calcul des prestations Incapacité Temporaire Totale de travail,
- les décomptes émis par la Sécurité sociale et ou les décomptes de prestations servies par tout autre organisme,
- les avis du Comité médical ou de la Commission de réforme,
- le certificat d'arrêt de travail,
- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- pour les non titulaires, une attestation de l'employeur précisant la date d'embauche du membre participant,
- une attestation sur l'honneur établie par le membre participant s'engageant à rembourser La Mutuelle du REMPART si une décision de l'Administration le rétablit à plein traitement pour les périodes indemnisées par la mutuelle.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail :

- tout document émis par son employeur (arrêté, décision ou attestation administrative) indiquant notamment la nature du congé (congé de maladie, congé de longue durée, congé de longue maladie etc….) ainsi que les périodes à plein traitement, demi -traitement, sans traitement, ou autre,
- les bulletins de salaire où figurent la perte de rémunération et ou les décomptes émis par la Sécurité sociale et ou les décomptes de prestations servies par tout autre organisme.

Le membre participant doit informer la mutuelle de tout changement intervenant dans sa situation susceptible d'avoir une incidence sur son au salaire de base annuel brut ou traitement indiciaire annuel brut et produire toutes les pièces justificatives. Le membre participant s'engage à rembourser spontanément à la mutuelle toutes les sommes qu'elle lui aurait versées à tort du fait de sa méconnaissance des changements intervenus dans sa situation.

ARTICLE 20. : DECHEANCE

Toute demande de prestations doit être adressée à la mutuelle au plus tard 6 mois après la date à laquelle le membre participant en situation d'incapacité temporaire de travail est amené à subir une perte de traitement du fait de son Incapacité Temporaire Totale de Travail.
Passé ce délai, le paiement des prestations n'interviendra que pour les sommes dues à compter de la date de réception de la demande.

ARTICLE 21. : CONTROLE MEDICAL

21.1. – Visite médicale et enquête

La mutuelle peut soumettre à visite médicale ou à enquête tout membre participant qui formule une demande ou bénéficie du versement de prestations, pour vérifier la réalité du sinistre et la validité de la déclaration faite par le membre participant, lors de l'adhésion à la garantie.

Au vu des conclusions du contrôle médical ou de l'enquête, la mutuelle statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande, l'arrêt ou la poursuite du paiement des prestations et notifie sa décision à l'intéressé directement par courrier.

Le membre participant qui refuse de se soumettre à un contrôle médical ou à une enquête ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, verra l'effet de sa garantie suspendue sans préavis. Il en sera de même si le membre participant est absent du domicile en dehors des heures autorisées par le médecin sauf à ce qu'il prouve un cas de force majeure pour expliquer son absence.

21.2. – Conciliation en cas de refus de prise en charge

Tout refus de prise en charge par la mutuelle suite à un contrôle médical et dès lors qu'il ne résulte pas d'une fausse déclaration intentionnelle peut faire l'objet, à la demande du membre participant, d'une procédure de conciliation dans un délai de deux mois qui suivent ce contrôle.

Une demande écrite doit être adressée par le membre participant et mentionner la demande d'une mise en place de cette procédure accompagnée d'un certificat médical établi par son médecin qu'il désignera pour le représenter. La demande doit mentionner que le membre participant accepte les règles de la procédure de conciliation. Cette demande doit être adressée à la mutuelle dans les meilleurs délais afin de mettre en place cette procédure.

Le médecin que le membre participant aura désigné et le médecin conseil de la mutuelle rechercheront une position commune relative à l'état de santé du membre participant.

En cas d'accord, les deux parties établiront un procès-verbal d'accord. Dans le cas contraire, la mutuelle invite alors son médecin conseil et le médecin du membre participant à désigner un médecin tiers pour les départager, les conclusions de cet expert s'imposeront aux deux parties.
En tout état de cause, chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin. Ceux du médecin tiers arbitre, ainsi que les frais liés à sa mission sont à la charge de la partie perdante.

Quel que soit le résultat de cette conciliation les deux parties ont la faculté d'exercer une action en justice.

ARTICLE 22. : OMISSION, FRAUDE ET FAUSSE DECLARATION

Omission :

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle peut maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de la cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord, la garantie prend fin selon les conditions visées par l'article L 221-15 du Code de la mutualité. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle, qui restitue au membre participant la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Le membre participant peut formuler une nouvelle Demande d'Adhésion dans les conditions définies au présent règlement mutualiste.

Si la constatation a lieu après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient dues être versées si le risque avait été exactement déclaré.

Fausse déclaration :
En cas de fraude ou de fausse déclaration du membre participant ayant entraîné le paiement de prestations, la mutuelle peut décider de la suspension immédiate et sans préavis du service de la prestation et la nullité de la garantie.

Une enquête sera demandée par la mutuelle afin que l'intéressé fournisse toutes explications nécessaires.

Si le résultat de l'enquête confirme les faits reprochés au membre participant, il peut être décidé le remboursement des prestations déjà servies et ou l'annulation des droits de l'intéressé au titre de l'adhésion ainsi que le remboursement des frais engagés par la mutuelle suite à cette fraude.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle faite par le membre participant entraîne la nullité de la garantie dès lors que cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou diminue l'opinion pour la mutuelle, et ce alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.
Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. La mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées au membre participant ou à ses bénéficiaires.

CHAPITRE III. OBSEQUES

ARTICLE 23. : DEFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie est indissociable de la garantie Incapacité Temporaire de Travail de base. Elle ne peut pas être souscrite séparément à ladite garantie Incapacité Temporaire de Travail de Base.

23.1. – Risque et Assuré
En cas de décès du membre participant, la mutuelle verse à ses bénéficiaires tels que définis ci-dessous une allocation forfaitaire dans la limite des frais réellement supportés pour ses obsèques.

Cette prestation est exclusivement versée pour les décès survenus dans la période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée. Les engagements de la mutuelle sur ce risque s'achèvent donc de fait chaque année au 31 décembre.

L'indemnisation des frais d'obsèques est une garantie présentant un caractère strictement annuel, les cotisations appelées au cours d'un exercice servant à couvrir les prestations dues au titre de ce même exercice.
Le Conseil d'administration de la Mutuelle Cybèle Solidarité devra s'exprimer chaque année après approbation de la Mutuelle du REMPART sur la reconduction éventuelle pour une année de cette garantie, ainsi que sur son niveau.

23.2. – Bénéficiaires de la garantie
Sont bénéficiaires de l'allocation en cas de décès du membre participant, la personne physique ou morale ayant acquitté les frais d'obsèques du membre participant.

23.3. – Montant de la garantie
En cas de décès du membre participant, les frais engagés pour ses obsèques sont remboursés aux bénéficiaires **dans la limite d'une allocation maximale de 3 000€.**

ARTICLE 24. : DELAI D'ATTENTE

Pour les nouveaux membres participants au présent règlement, il est instauré un délai d'attente d'un an suivant la date d'effet de leur adhésion. Aucun sinistre survenant pendant cette période ne sera garanti.

Toutefois, le nouveau membre participant qui était déjà garanti auprès d'un organisme d'assurance ayant couvert le risque obsèques ou décès, ne se verra pas appliquer ce délai d'attente, s'il justifie d'une attestation émise par cet ancien organisme d'assurance attestant qu'il bénéficiait de ladite garantie obsèques ou décès et pour autant que la date d'adhésion du membre participant à la garantie obsèques ou décès soit concomitante à la date de radiation du précédent organisme.
Cependant ce délai d'attente ne s'applique pas pour le membre participant âgé de moins de 30 ans au 1er janvier de l'année d'adhésion et en activité normale de service.

Lorsque le décès est consécutif à un accident, le droit aux prestations obsèques est ouvert à la date d'effet de l'adhésion.

ARTICLE 25. : DECLARATION DES SINISTRES

Le bénéficiaire communique à la mutuelle les pièces suivantes :

- un extrait d'acte de décès du membre participant,
- une facture acquittée des pompes funèbres et/ou du marbrier funéraire attestant que les frais ont été acquittés par le demandeur,
- toutes justifications utiles de l'identité et de l'adresse du bénéficiaire,
- un Relevé d'Identité Bancaire ou de Caisse d'Épargne (RIB, RICE).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

TITRE IV – LES COTISATIONS

ARTICLE 26. : MONTANT DE LA COTISATION

26.1. - La garantie Incapacité Totale de Travail de base

Elle est accordée par la mutuelle au membre participant moyennant le paiement d'une cotisation annuelle exprimée en pourcentage de la base de garantie telle que définie à l'article « BASE DE LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE BASE » à laquelle est appliqué un taux déterminé selon le niveau de couverture choisie par le membre participant et est fixée par tranche d'âge :

Tranches d'âges	Pour une couverture à 100% Taux	Pour une couverture à 95% Taux	Pour une couverture à 90% Taux	Pour une couverture à 85% Taux	Pour une couverture à 80% Taux
Inf 35 Ans	1,07%	0,96%	0,86%	0,75%	0,64%
35 Ans - 44 Ans	1,16%	1,04%	0,92%	0,81%	0,69%
45 Ans - 54 Ans	1,22%	1,10%	0,98%	0,85%	0,73%
55 Ans et plus	1,26%	1,14%	1,01%	0,88%	0,76%

26.2. - La garantie Obsèques

Elle est accordée par la mutuelle au membre participant moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée à 15,60 euros TTC.

26.3. - La garantie protection juridique Cybèle solidarité

Elle est accordée par la mutuelle au membre participant moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée à 3,60 euros TTC.

Le montant de ces cotisations est fixé annuellement par le Conseil d'administration de la Mutuelle Cybèle Solidarité après approbation de la Mutuelle du REMPART.

ARTICLE 27. : PAIEMENT DE LA COTISATION

Le membre participant s'engage au paiement du montant des cotisations telles que définies à l'article « MONTANT DE LA COTISATION ».

Les cotisations sont prélevées mensuellement par la mutuelle sur le compte bancaire du membre participant.
Elles peuvent être acquittées par précompte sur le salaire du membre participant.

En cas d'adhésion en cours d'exercice, la cotisation est calculée au prorata temporis à compter de sa demande d'adhésion.

TITRE V - AUTRE GARANTIE INCLUSE

Informations concernant les garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance

ARTICLE 28. : PROTECTION JURIDIQUE CYBELE SOLIDARITE

28.1. - Cette garantie de protection juridique " professionnelle " est souscrite dans le cadre d'un contrat collectif, par la Mutuelle CYBELE SOLIDARITE sur décision du Conseil d'administration de la mutuelle auprès de CFDP ASSURANCES, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156.

28.2. - Selon les conditions et dans la limite des plafonds de garantie et des montants fixés dans la notice d'information établie par CFDP ASSURANCES, cette garantie couvre :

- la défense pénale professionnelle ;
- le recours civil et pénal ;
- la défense et le recours administratif ;
- l'assistance juridique ;
- l'assistance a procédure pénale préalable ;
- l'assistance a garde à vue ;
- l'assistance a instruction pénale ;
- la représentation devant une juridiction.

28.3. - Une notice d'information spécifique concernant ces prestations en inclusion, et établie par CFDP ASSURANCES, est annexée au présent règlement, à l'Annexe 1.

TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 29. : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la mutuelle est subrogée de plein droit, dans les droits et actions du membre participant victime d'un accident, contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, jusqu'à concurrence des prestations d'indemnités journalières qu'elle lui a versées.
Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Afin de permettre à la mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage (nt) à déclarer à la mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

ARTICLE 30. : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent règlement mutualiste sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :

1. **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;**
2. **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action du membre participant ou du bénéficiaire contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou le bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations relevant de la branche 20 (Vie-Décès), le bénéficiaire n'est pas le membre participant. Pour les opérations relevant de la branche 20 (Vie-Décès), nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

ARTICLE 31. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

31.1. DEFINITIONS SPECIFIQUES

Dans le cadre des rapports régis par le présent Règlement mutualiste, la Mutuelle Cybèle Solidarité, en qualité de responsable de traitement (ci-après « Mutuelle » ou « Responsable de traitement ») conjoint avec sa délégataire de gestion et substituante la Mutuelle du Rempart, est amenée à traiter des données à caractère personnel (ci-après « Données à caractère personnel », « Données personnelles », ou « Données ») concernant les Membres participants et leurs ayants droit, ainsi que les adhérents potentiels de la Mutuelle (ci-après « Personnes concernées »).

A ce titre, la Mutuelle se conforme à la Règlementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel, en particulier au Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 dit « RGPD » et à la Loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite « Loi Informatique et Libertés » (ci-après « Règlementation applicable ») afin d'assurer le respect du droit à la vie privée de ses Membres.

31.2. MODALITES DE TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Base légale des traitements
Les traitements opérés sur les données à caractère personnel des Membres participants et de leur ayants droits sont fondés sur :

- L'exécution des relations contractuelles et précontractuelles les liant à la Mutuelle (devis, étude des besoins, adhésion, contractualisation, prestations) ;
- Le respect d'obligations légales de la Mutuelle (lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, déclarations et prospections obligatoires auprès et au profit des autorités administratives, fiscales et publiques)
- Le consentement des membres participants (prospection, offres commerciales)
- L'intérêt légitime du responsable de traitement (démarche qualité, contrôle interne…)

Finalités des traitements
La Mutuelle traite principalement les Données de ses Membres pour les finalités suivantes :
- Gestion des prospects (étude des besoins, demandes de devis, demandes de rendez-vous…)
- Gestion des contrats (dossiers d'adhésion, relations adhérents, réclamations, contentieux, …)
- Gestion des prestations (versements, vérifications, soldes, échanges avec les professionnels de santé…)
- Gestion des cotisations (appels à cotisations, prélèvements, versements, impayés, trop perçus, …)
- Gestion de la représentation mutualiste
- Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (obligation légale)
- Démarche qualité, contrôle interne, statistiques actuarielles

Caractère obligatoire de la collecte
Toutes les données collectées sont obligatoires pour permettre la gestion des adhésions et des prestations, sauf celles spécifiquement identifiées comme facultatives. A ce titre, à défaut de communication de ces données, la Mutuelle ne sera pas en mesure de traiter les dossiers.

Données traitées
Outre les données collectées au sein du dossier d'adhésion, la mise en œuvre des prestations contractées peut nécessiter le traitement de catégories particulières de données, notamment :
- Numéro de sécurité sociale (NIR) ;
- Données relatives aux soins et à l'état de santé.

Destinataires des données
Sont seuls destinataires des données traitées :
- Les services internes de Cybèle Solidarité ;
- Les services habilités et le médecin conseil de la Mutuelle du Rempart dans le cadre de la délégation de gestion et de la mise à disposition de ressources partagées ;

Peuvent également accéder aux données, dans la limite de leur besoin d'en connaitre et pour les besoins des finalités de traitement susmentionnées :
- Les prestataires de la Mutuelle : éditeurs des logiciels, hébergeurs des données, prestataires d'archivage, …
- Les partenaires de la Mutuelle : organismes de tiers payant, partenaires de prévoyance, de réassurance, …

Dans ce cas, les relations entre la Mutuelle et ses prestataires et partenaires emportant l'accès à des données personnelles sont régies par des documents contractuels assurant la confidentialité et la sécurité des données, conformément à la Règlementation applicable.
Outre les cas ci-dessus, les organismes publics et autorités administratives ou judiciaires, en leur qualité de tiers autorisés, sont susceptibles d'obtenir communication des données à caractère personnel traitées sur le fondement de textes législatifs ou règlementaires, notamment l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).
En tout état de cause, la Mutuelle s'engage à ne pas céder les données personnelles à des tiers qui auraient pour activité ou finalité l'acquisition de nouveaux prospects en vue d'envoi de prospections commerciales.

Durées de conservation
Les Données traitées sont conservées pour une durée limitée aux besoins de l'accomplissement des finalités de traitement, ou pour la durée de la relation contractuelle, sans préjudice des délais d'archivage fondés sur une obligation légale et/ou sur les durées de prescription en vigueur.

31.3. SECURITE DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

La Mutuelle prend toutes les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin d'assurer la sécurité des données personnelles de ses Membres.

31.4. DROITS DES PERSONNES CONCERNEES

Conformément à la Règlementation applicable, les Personnes concernées disposent de droits sur leurs données à caractère personnel.

Elles disposent notamment des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité (lorsqu'il s'applique) sur leurs données, ainsi que de retrait du consentement, de limitation et d'opposition au traitement de leurs données à caractère personnel et peuvent également définir des directives relatives au sort de leurs données dans l'hypothèse de leur décès.

L'ensemble de ces droits peut être exercé auprès du délégué à la protection des données de la Mutuelle,

- **par courrier électronique : dpo@lexagone.fr**
- **par courrier à l'adresse : DPO /Cabinet Lexagone- 9 rue Léon Salembien – 59200 TOURCOING**

De plus, si les personnes concernées ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, elles peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL via le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier à : Société Opposetel – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES.

De même, dans le cas particulier des traitements mis en œuvre pour satisfaire aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, conformément à l'article L. 561-45 du Code Monétaire et Financier le droit d'accès s'exerce de manière indirecte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou http://cnil.fr

ARTICLE 32. : MODIFICATION DU PRESENT REGLEMENT

Conformément à l'article 22 des statuts de la mutuelle, les évolutions du présent règlement, qu'il s'agisse des règles de gestion et des évolutions de montants et taux des cotisations et des prestations, relèvent de la compétence du Conseil d'administration qui a reçu délégation de l'Assemblée Générale conformément à l'article L 114-11 du Code de la Mutualité. Celui-ci rend compte devant l'Assemblée générale des décisions prises.

Les décisions prises au titre de cette délégation sont opposables aux membres dès qu'ils en ont connaissance.
Les modifications sont portées à la connaissance des membres participants et sont applicables dès qu'elles leur ont été notifiées. Cette notification pourra être effectuée par une insertion dans les lettres d'information adressées aux membres participants, par courrier simple ou courrier électronique, ou par tout autre moyen de communication, notamment par le biais de tout support durable autorisé par le Code de la mutualité.

Selon les dispositions de l'article L 221-6-4 du Code de la Mutualité, constitue un support durable, tout instrument permettant au membre participant ou à la Mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Quand la Mutuelle met à la disposition du membre participant des documents sur support durable autre que du papier, ceux-ci seront dématérialisés et consultables sur l'espace adhérent de la Mutuelle (via le site Internet de la Mutuelle).

Dans ce cas, à la mise en ligne d'un nouveau document, une information est adressée au membre participant : soit par courrier électronique à l'adresse de messagerie électronique, soit par SMS au numéro de téléphone mobile, portés à la connaissance de la Mutuelle.

ARTICLE 33. : VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- le présent règlement mutualiste et ses annexes,
- le Certificat d'Adhésion,
- la Demande d'Adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions Certificat d'Adhésion et celles de la Demande d'Adhésion, ce sont celles du Certificat d'Adhésion qui l'emportent.
Les titres des articles du présent règlement mutualiste n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'Adhésion souscrite par le membre participant exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les Parties.

Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les Parties se rapportant à l'objet de l'Adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du règlement mutualiste serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

ARTICLE 34. : ADHESION A DISTANCE

La Mutuelle peut proposer d'adhérer au Règlement de façon dématérialisée. A cet effet, le Membre participant devra disposer d'une adresse de courrier électronique et d'un numéro de téléphone mobile personnel, portés à la connaissance de la Mutuelle

34-1 – Signature électronique

La signature électronique est un procédé permettant de donner à un document sur support électronique la même valeur juridique que celle d'un écrit sur support papier.
Elle peut être proposée par la Mutuelle pour la signature d'une adhésion en face à face, à distance ou en ligne dans les conditions prévues par l'article L 221-6-7 du Code de la mutualité.
Après avoir pris connaissance des conditions générales d'utilisation, , la personne désireuse d'adhérer s'engage à en respecter les dispositions.
La signature électronique assure l'identification du signataire et permet également de garantir l'authenticité et l'intégrité de l'ensemble des informations fournies au membre participant dont les documents contractuels transmis sur support durable à l'adresse e-mail ou sur son espace personnel.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-6-5 du Code de la mutualité, le membre participant a le droit de s'opposer à l'utilisation du support numérique dès l'adhésion ou à n'importe quel moment. Il peut demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de l'adhésion.

34.2. – Coût lié à l'usage d'une technique de communication à distance
Le coût de l'utilisation d'une technique de communication à distance par le membre participant pour adhérer au règlement mutualiste est à sa charge exclusive selon les conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée.

34.3. – Loi applicable
En toutes hypothèses et notamment si le risque est situé hors de France et/ou si le lieu de résidence du membre participant est situé hors de France, la loi applicable aux relations précontractuelles avec le membre participant ainsi qu'à son adhésion au présent règlement mutualiste notamment pour son interprétation ou son exécution, sera la loi française.

34.4. – Langue utilisée
L'adhésion emporte convention d'usage de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

34.4. – Fonds de Garantie
Le membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie destiné à préserver les droits des membres participants et des bénéficiaires contre la défaillance des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du Code la mutualité, tel que défini aux articles L431-1 et suivants dudit Code.

ARTICLE 35. : RECLAMATION ET MEDIATION

Le membre participant peut adresser une réclamation par écrit à :

MUTUELLE DU REMPART
Service réclamation
1 rue d'Austerlitz
CS 27 261
31072 TOULOUSE cedex 6.

La demande est traitée dans les dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. La mutuelle rend un avis motivé dans un délai maximum de 60 jours à compter de la date de réception de la réclamation.

Si un désaccord persistait suite aux réponses apportées par la Mutuelle et une fois toutes les procédures internes de règlement amiable des litiges épuisées, le membre participant et/ou la Mutuelle ont la possibilité de saisir le Médiateur de la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française), dans le délai d'un an à compter de la réclamation, par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15

soit via l'adresse mail **mediation@mutualite.fr**
soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : **https://www.mediateur-mutualite.fr/**

En tout état de cause, la saisine du Médiateur de la FNMF est sans préjudice sur une éventuelle action ultérieure devant les tribunaux compétents.

ARTICLE 36. : AUTORITE DE CONTROLE

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle prudentiel et de résolution dénommée ACPR, située 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 37. : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Afin de respecter ses obligations légales et règlementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, la mutuelle se doit de connaître au mieux ses adhérents. Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux adhérents certaines informations complémentaires, telles :

- la justification de l'identité du souscripteur ou de la personne qui acquitte les cotisations, de l'adhérent ;
- la provenance des fonds versés à la mutuelle à titre de paiement des cotisations.
- celles nécessaires pour contrôler la destination finale des fonds versées par la mutuelle au titre du règlement des prestations.

A ce titre, une vigilance particulière doit être apportée sur les Personnes Politiquement Exposées (PPE). Cette vigilance consiste notamment pour la mutuelle à identifier de manière régulière qui au sein de ses adhérents est susceptibles d'être qualifiée comme PPE.

Conformément à l'article R. 561-18 du Code monétaire et financier, dans sa version applicable au 1er octobre 2018, une PPE est définie comme :

I. – Le membre participant (…), qui est exposé à des risques particuliers en raison de ses fonctions, est une personne résidant dans un pays autre que la France et qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions suivantes :
1° chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
2° membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;
3° membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
4° membre d'une cour des comptes ;
5° dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
6° ambassadeur ou chargé d'affaires ;
7° officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
8° membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
9° directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

II. – Sont considérées comme des personnes connues pour être des membres directs de la famille des personnes mentionnées au I :
1° le conjoint ou le concubin notoire ;
2° le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
3° les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
4° les ascendants au premier degré.
III. – Sont considérées comme des personnes étroitement associées aux personnes mentionnées au I :
1° les personnes physiques qui, conjointement avec la personne mentionnée au I, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger ;
2° les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la personne mentionnée au I ;
3° toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la personne mentionnée au I.

TITRE VII – GESTION

Le présent règlement est géré par la Mutuelle du REMPART. L'adhérent doit adresser toutes les correspondances destinées à la mutuelle à l'adresse suivante :

Mutuelle du REMPART pour CYBELE Solidarité
81 Boulevard Carnot
CS 76945
31069 TOULOUSE CEDEX

CONDITIONS GENERALES
CONTRAT CADRE N° 02PJCYBELE001

cybèle solidarité
MUTUELLE DE LA FONCTION PUBLIQUE

PROTECTION JURIDIQUE
CYBELE SOLIDARITE

ARTICLE 1
L'OBJET DES PRESENTES CONDITIONS GENERALES

Le présent document constitue les conditions générales du contrat cadre « PROTECTION JURIDIQUE CYBELE SOLIDARITE » **(dénommé ci-après par « le Contrat »)** :

- souscrit par **MUTUELLE CYBELE SOLIDARITE**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social Résidence Vivaldi – 48 cours du Maréchal Galliéni – 33400 TALENCE, immatriculée au Répertoire SIREN sous le numéro 443 885 355 **(dénommé ci-après par « le Souscripteur »)**,
- auprès de **CFDP ASSURANCES**, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 **(dénommée ci-après par « l'Assureur »)**,
- par l'intermédiaire de **S.A.R.L. ALC**, Cabinet de courtage en assurances, Société A Responsabilité Limitée Unipersonnelle au capital de 8.000 €, ayant son siège social Le Charlebourg – 14/30 rue de Mantes – 92700 COLOMBES, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NANTERRE sous le numéro 434 713 848 et auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances (ORIAS) sous le matricule 08 039 955 **(dénommée ci-après par « l'Intermédiaire »)**,
- pour le compte des Bénéficiaires tels que définis ci-dessous.

Le Contrat consiste « *à prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi* » (article L127-1 du Code des Assurances).

Le Contrat est régi par le Code des Assurances et les présentes conditions générales.

L'évènement qui déclenche sa mise en œuvre ne doit pas être connu de Vous lors de la prise d'effet de votre adhésion au Contrat. En l'absence d'aléa, la garantie ne Vous est pas due.

ARTICLE 2
LES DEFINITIONS

LE CONTRAT : Le contrat cadre « PROTECTION JURIDIQUE CYBELE SOLIDARITE » n° **02PJCYBELE001**.

L'ADHERENT : Le particulier, personne physique, adhérent du Souscripteur.

VOUS OU LE(S) BENEFICIAIRE(S) : L'Adhérent, agent, élu, fonctionnaire, agent public titulaire ou non, ou personnel salarié n'ayant pas le statut d'agent public, exclusivement dans le cadre de ses fonctions, missions ou délégations pour le compte de la collectivité publique, de l'établissement public ou de l'entreprise privée investie d'une mission de service public, à jour du paiement de ses cotisations et dûment désigné à l'Assureur.
Est également considéré comme Bénéficiaire, l'ancien agent ou élu pour les faits dont il pourrait être victime à raison exclusivement de ses fonctions antérieures au sein de la collectivité publique, de l'établissement public ou de l'entreprise privée investie d'une mission de service public.

LE TIERS : Toute personne étrangère au Contrat.
Les Bénéficiaires ne sont pas considérés comme Tiers entre eux.

LE LITIGE OU LE DIFFEREND : Une situation conflictuelle garantie Vous opposant à un Tiers, causée par un désaccord, un évènement préjudiciable ou un acte répréhensible Vous conduisant à faire valoir un droit contesté, à résister à une prétention ou à Vous défendre devant une juridiction.
Pour être couvert par le Contrat, le Litige ou le Différend doit être survenu pendant la durée de votre adhésion audit Contrat.

LE SINISTRE : Le refus qui est opposé à une réclamation dont Vous êtes l'auteur ou le destinataire (article L127-2-1 du Code des Assurances).
Pour être couvert par le Contrat, le Sinistre doit être déclaré avant l'expiration de votre adhésion audit Contrat.

Pour mieux identifier les termes à définition contractuelle, ils seront employés avec une majuscule dans les présentes.

ARTICLE 3
L'ADHESION AU CONTRAT

3/1 LA PRISE D'EFFET ET LA DUREE DE L'ADHESION :

L'adhésion au Contrat est automatique pour tous les Adhérents, en cours ou renouvelés.

Par la suite, l'adhésion au Contrat suit le sort de l'adhésion auprès du Souscripteur, à laquelle elle est annexée.

3/2 LA FIN DE L'ADHESION :

L'adhésion au Contrat prend fin en cas de :
- non-renouvellement de l'adhésion auprès du Souscripteur,
- résiliation du Contrat lui-même, le Souscripteur s'engageant alors à Vous informer de la fin des garanties.

ARTICLE 4
LES GARANTIES DE L'ASSUREUR

DANS LE CADRE DE L'EXERCICE DE VOS FONCTIONS, TOUTES LES FOIS OU VOUS ETES CONFRONTE A UN RISQUE PROFESSIONNEL NON COUVERT PAR VOTRE EMPLOYEUR, PUBLIC OU PRIVE, AU TITRE NOTAMMENT DE LA PROTECTION FONCTIONNELLE, VOUS BENEFICIEZ DES GARANTIES SUIVANTES :

4/1 LA DEFENSE PENALE PROFESSIONNELLE :

Vous êtes soupçonné d'un acte pénalement répréhensible passible d'une peine privative de liberté, êtes placé en garde à vue et faites valoir votre droit à l'assistance d'un avocat.

Vous êtes poursuivi devant les tribunaux répressifs pour une infraction pénale résultant :
- d'une maladresse,
- d'une imprudence,
- d'une négligence,
- d'une méconnaissance ou d'une inobservation de la législation et/ou de la réglementation,
- d'un manque de précaution,
- d'une abstention fautive.

N.B. : EN CAS DE DECISION DE JUSTICE RECONNAISSANT DEFINITIVEMENT VOTRE CULPABILITE, VOUS SEREZ DANS L'OBLIGATION DE REMBOURSER LES SOMMES QUI VOUS AURAIENT ETE REMBOURSEES OU QUI AURAIENT ETE REGLEES DIRECTEMENT PAR L'ASSUREUR.

4/2 LE RECOURS CIVIL ET PENAL :

Vous devez exercer un recours devant les juridictions pénales à l'encontre du Tiers responsable de votre préjudice :
- agression ou violences volontaires,
- diffamation publique,
- injures publiques,
- harcèlement moral.

Cfdp
Cfdp Assurances :
SA au Capital de 1 692 240 €
RCS Lyon 958 506 156 B
Entreprise régie
par le Code des Assurances

Siège social :
62 rue de Bonnel,
Immeuble l'Europe - 69003 LYON
www.cfdp.fr

Vous êtes victime d'une atteinte aux droits de la personnalité :

- atteinte à votre vie privée,
- non-respect du droit à l'image,
- atteinte à votre e-réputation,
- usurpation d'identité.

4/3 LA DEFENSE ET LE RECOURS ADMINISTRATIF :

Vous êtes convoqué devant une commission ou poursuivi devant une juridiction administrative, consécutivement ou non à des poursuites pénales :

- Commission paritaire disciplinaire,
- Cour des comptes,
- Cour de discipline budgétaire et financière.

Vous êtes amené à exercer un recours en excès de pouvoir à l'encontre de votre employeur Vous ayant refusé abusivement le bénéfice de la protection fonctionnelle.

ARTICLE 5
LES EXCLUSIONS

L'ASSUREUR NE PREND JAMAIS EN CHARGE LES LITIGES :

- **NE RELEVANT PAS DES GARANTIES EXPRESSEMENT DEFINIES A L'ARTICLE 4 CI-DESSUS,**
- **TROUVANT LEUR ORIGINE DANS UNE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, UNE EMEUTE, UN MOUVEMENT POPULAIRE, UNE MANIFESTATION, UNE RIXE, UN ATTENTAT, UN ACTE DE VANDALISME, DE SABOTAGE OU DE TERRORISME,**
- **DONT LES MANIFESTATIONS INITIALES SONT ANTERIEURES ET CONNUES DE VOUS A LA PRISE D'EFFET DE L'ADHESION AU CONTRAT OU QUI PRESENTENT UN CARACTERE NON ALEATOIRE,**
- **EN RAPPORT AVEC UN DELIT DE FUITE, UNE VIOLATION INTENTIONNELLE DES OBLIGATIONS LEGALES OU INCONTESTABLES, UNE FAUTE, UN ACTE FRAUDULEUX OU DOLOSIF QUE VOUS AVEZ COMMIS VOLONTAIREMENT CONTRE LES BIENS ET/OU LES PERSONNES EN PLEINE CONSCIENCE DE LEURS CONSEQUENCES DOMMAGEABLES ET NUISIBLES,**
- **GARANTIS PAR UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE DOMMAGES, RESPONSABILITE CIVILE, OU RELEVANT DE VOTRE RESPONSABILITE PERSONNELLE EN CAS DE FAUTE DETACHABLE DU SERVICE,**
- **SURVENANT LORSQUE VOUS ETES SOUS L'EMPIRE D'UN ETAT ALCOOLIQUE, OU SOUS L'INFLUENCE DE SUBSTANCES OU DE PLANTES CLASSEES COMME STUPEFIANTS OU LORSQUE VOUS REFUSEZ DE VOUS SOUMETTRE A UN DEPISTAGE,**
- **COLLECTIFS DU TRAVAIL OU RELATIFS A L'EXPRESSION D'OPINIONS POLITIQUES, RELIGIEUSES, PHILOSOPHIQUES OU SYNDICALES,**
- **RELATIFS A VOTRE IDENTITE OU VOTRE E-REPUTATION, FAISANT SUITE A LA DIFFUSION VOLONTAIRE OU A L'AUTORISATION DE DIFFUSION D'INFORMATIONS OU DE DONNEES PERSONNELLES,**
- **RELATIFS A UN VEHICULE TERRESTRE A MOTEUR, Y COMPRIS LES LITIGES RELATIFS A SON USAGE,**
- **VOUS OPPOSANT AU SOUSCRIPTEUR.**

L'ASSUREUR NE PREND JAMAIS EN CHARGE :

- **LES FRAIS ENGAGES SANS SON ACCORD PREALABLE, SAUF URGENCE CARACTERISEE NECESSITANT LA PRISE IMMEDIATE D'UNE MESURE CONSERVATOIRE,**
- **TOUTE SOMME DE TOUTE NATURE DUE A TITRE PRINCIPAL, LES AMENDES, LES CAUTIONS, LES CONSIGNATIONS PENALES, LES ASTREINTES, LES INTERETS ET PENALITES DE RETARD,**
- **LES FRAIS DE REDACTION D'ACTES ET DE CONTRATS,**
- **LES FRAIS DESTINES A PROUVER LA REALITE DE VOTRE PREJUDICE,**
- **LES FRAIS D'IDENTIFICATION OU DE RECHERCHE DE VOTRE ADVERSAIRE,**
- **LES FRAIS EXPOSES AU TITRE DE MESURES CONSERVATOIRES OU ENGAGES A VOTRE INITIATIVE,**
- **LES DEPENS ET FRAIS DE JUSTICE EXPOSES PAR LA PARTIE ADVERSE QUE VOUS DEVEZ SUPPORTER PAR DECISION JUDICIAIRE,**
- **LES SOMMES AU PAIEMENT DESQUELLES VOUS ETES CONDAMNE AU TITRE DES ARTICLES 700 DU CODE DE PROCEDURE CIVILE, 375 ET 475-1 DU CODE DE PROCEDURE PENALE, L761-1 DU CODE DE JUSTICE ADMINISTRATIVE, OU LEURS EQUIVALENTS DEVANT LES JURIDICTIONS ETRANGERES,**
- **LES SOMMES DONT VOUS ETES LEGALEMENT REDEVABLE AU TITRE DE DROITS PROPORTIONNELS,**
- **LES HONORAIRES DE RESULTAT DE TOUT AUXILIAIRE DE JUSTICE.**

ARTICLE 6
LES SERVICES DE L'ASSUREUR

6/1 L'ASSISTANCE JURIDIQUE :

A la suite d'une déclaration de Sinistre, l'Assureur :

- Vous écoute et Vous fournit par téléphone des renseignements juridiques relevant des garanties de protection juridique décrites à l'article 4 ci-dessus : des juristes qualifiés sont à votre écoute pour répondre à vos interrogations, Vous informer sur vos droits, Vous proposer des solutions concrètes, et envisager avec Vous, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, la suite à donner à votre difficulté ;
- Vous accompagne dans les démarches à entreprendre et Vous aide à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier ;
- intervient directement auprès du Tiers afin d'obtenir une solution négociée et amiable, voire Vous fait assister et soutenir par des experts ou des sachants lorsque la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution de votre Litige ;
- prend en charge, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires d'experts et de sachants, voire ceux de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu dans les mêmes conditions.

Bien entendu, en cas d'accord amiable, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa mise en œuvre effective.

QUE FAIRE EN CAS DE BESOIN ?

Contactez l'Assureur sur votre ligne dédiée :

☎ **01 71 93 75 25** *(coût d'un appel local)*

Le service est accessible de 09H00 à 12H30 et de 14H00 à 18H00, du lundi au vendredi *(sauf jours fériés)*

6/2 L'ACCUEIL SUR RENDEZ-VOUS AU PLUS PROCHE DE VOUS :

Sur simple demande, il Vous sera possible de rencontrer nos juristes dans la délégation la plus proche parmi les trente (30) implantations réparties sur tout le territoire.

L'Assureur offre un maillage inégalé du territoire afin de Vous permettre d'être parfaitement accompagné où que Vous Vous trouviez ; il Vous suffit de contacter votre interlocuteur afin de déterminer avec lui une date et un horaire qui permettront une rencontre dans les meilleurs délais.

6/3 L'ASSISTANCE A PROCEDURE PENALE PREALABLE :

L'Assureur Vous fait assister par un avocat lorsque Vous êtes convoqué par le Procureur de la République qui envisage une procédure alternative aux poursuites pénales préalablement à sa décision sur l'action publique.

6/4 L'ASSISTANCE A GARDE A VUE :

L'Assureur Vous fait assister par un avocat lorsque Vous êtes soupçonné d'un acte pénalement répréhensible passible d'une peine privative de liberté et êtes placé en garde à vue.

Cfdp Assurances :
SA au Capital de 1 692 240 €
RCS Lyon 958 506 156 B
Entreprise régie par le Code des Assurances

Siège social :
62 rue de Bonnel,
Immeuble l'Europe - 69003 LYON
www.cfdp.fr

Cet avocat pourra :

- s'entretenir avec Vous en début de garde à vue et dès le début de son éventuelle prolongation,
- consulter les procès-verbaux de placement en garde à vue et d'auditions, ainsi que l'éventuel certificat médical Vous concernant,
- Vous assister pendant les auditions et confrontations,
- rédiger des observations écrites.

6/5 L'ASSISTANCE A INSTRUCTION PENALE :

L'Assureur Vous fait assister par un avocat lorsque :

- Vous êtes convoqué devant le Juge d'Instruction sous le statut de témoin assisté ou en vue d'une mise en examen, dans le cadre d'un interrogatoire de première comparution,
- Vous comparaissez devant le Juge des Libertés et de la Détention en vue d'un éventuel placement en détention provisoire ou d'une demande de renouvellement de cette mesure,
- Vous êtes convoqué devant la Chambre de l'Instruction suite à un appel interjeté d'une ordonnance du Juge d'Instruction ou du Juge des Libertés et de la Détention, aux fins d'annulation de mise en examen, de placement en détention provisoire, de refus d'acte, de refus de mainlevée de contrôle judiciaire ou de mise en liberté, d'ordonnance de mise en accusation…

6/6 LA REPRESENTATION DEVANT UNE JURIDICTION :

Dans tous les cas, lorsque toute tentative de résolution amiable de votre Litige a échoué, il Vous appartient, selon les intérêts en jeu, de décider de porter votre Litige devant la juridiction compétente.

Lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir.

Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez Vous rapprocher de l'Ordre des avocats du barreau compétent ou demander à l'Assureur, par écrit, de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

L'Assureur Vous garantit le remboursement dans la limite des montants contractuels garantis :

- des frais et honoraires des avocats, experts et sachants dont Vous avez besoin pour soutenir votre cause,
- des frais et honoraires de l'expert judiciaire,
- des frais d'huissier pour la signification des actes,
- des taxes diverses relatives aux juridictions saisies.

6/7 LE SUIVI JUSQU'A LA PARFAITE EXECUTION :

Parce qu'un Litige ne se termine pas à la délivrance d'une décision de justice, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa parfaite exécution, soit à l'amiable, soit par la saisine d'un huissier territorialement compétent.

L'Assureur prend en charge les frais et honoraires de cet huissier dans la limite des montants contractuels garantis jusqu'à votre total désintéressement.

L'intervention de l'Assureur cesse :

- en cas d'insolvabilité notoire de votre débiteur constatée par un procès-verbal de carence dressé par huissier,
- en cas d'incarcération de votre débiteur,
- en cas de liquidation judiciaire de votre débiteur,
- lorsque votre débiteur est sans domicile fixe.

6/8 LES DELAIS DE TRAITEMENT :

Toutes vos demandes sont traitées dans les trois (3) jours ouvrables.

La gestion amiable du Litige est réalisée dans un délai de :

- six (6) mois à compter de la date de la première intervention des services de l'Assureur,
- ou un (1) an si une expertise contradictoire s'est avérée nécessaire.

A l'issue de ce délai, il Vous est soumis le choix, soit :

- de poursuivre la tentative de résolution amiable,
- de transmettre le dossier à l'avocat de votre choix pour engager les démarches judiciaires utiles,
- d'abandonner le recours.

La prise en charge des frais et honoraires des auxiliaires de justice sera effectué au plus tard dix (10) jours après réception de la facture acquittée et interviendra toutes taxes comprises.

6/9 LES MONTANTS CONTRACTUELS GARANTIS :

Les montants de prise en charge :

BAREME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCAT & D'EXPERT	En € TTC
Consultation d'expert	390
Démarches amiables : ▪ Intervention amiable ▪ Protocole de transaction	 110 335
Assistance préalable à procédure pénale Assistance à une instruction Assistance à une expertise judiciaire	390
Expertise amiable	1 120
Démarche au parquet (forfait) Démarche auprès du SARVI (forfait)	130
Médiation conventionnelle Médiation judiciaire Arbitrage	560
Assistance à garde à vue : ▪ Entretien seul en début de garde à vue ▪ Les premières 24 heures : 1 entretien & 1 audition/confrontation Audition/confrontation supplémentaire ▪ Prolongation de 24 heures	 150 500 300 600
Médiation pénale Composition pénale	300
Tribunal de police	560
Tribunal correctionnel	900
Commission paritaire disciplinaire Défenseur des droits Commissions diverses (y compris CIVI)	560
Tribunal d'instance	840
Tribunal de grande instance Tribunal administratif Cour des comptes Cour de discipline budgétaire et financière Autres juridictions du 1er degré	1 120
Référé, y compris d'heure à heure Incidents d'instance et demandes incidentes	670
Ordonnance sur requête (forfait)	450
Cour ou juridiction d'appel	1 820
Recours devant le premier Président de la Cour d'appel	560
Cour de cassation Conseil d'Etat Cour d'assises	2 100
Juridictions de l'Union Européenne Juridictions monégasques ou andorranes	1 120
Juge de l'exécution Juge de l'exéquatur	670
PLAFONDS, FRANCHISE & SEUIL D'INTERVENTION	**En € TTC**
Plafond de prise en charge par Sinistre : ***(France, Andorre, Monaco)*** **Dont plafond pour : Démarches amiables** **Expertise judiciaire**	**25 000** **550** **5 500**
Plafond de prise en charge par Sinistre : ***(hors France, Andorre, Monaco)***	**5 000**
Franchise :	**0**
Seuil d'intervention :	**0**

Les modalités de prise en charge :

Les montants indiqués ci-dessus sont cumulables et représentent le maximum des engagements par intervention ou juridiction.

Cfdp
Cfdp Assurances :
SA au Capital de 1 692 240 €
RCS Lyon 958 506 156 B
Entreprise régie
par le Code des Assurances
Siège social :
62 rue de Bonnel,
Immeuble l'Europe - 69003 LYON
www.cfdp.fr

Ces montants comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation…) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocat.

Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée.

La subrogation :

Les indemnités qui pourraient Vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L761-1 du Code de Justice Administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure Vous bénéficient par priorité pour les dépenses dûment justifiées restées à votre charge, et subsidiairement à l'Assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

ARTICLE 7
LA DECLARATION DE SINISTRE

Pour déclarer votre Sinistre, Vous devez adresser à l'Assureur :

- la description de la nature et des circonstances de votre Litige avec la plus grande précision et sincérité,
- les éléments établissant la réalité du préjudice que Vous alléguez,
- les coordonnées de votre adversaire,
- et toutes les pièces et informations utiles à l'instruction de votre dossier telles qu'avis, lettres, convocations, actes d'huissier, assignations…

En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part sur la cause, les circonstances ou encore les conséquences du Litige, Vous pouvez être déchu de vos droits à garantie, voire encourir des sanctions pénales.

Vous devez déclarer votre Sinistre dès que Vous en avez connaissance, sauf cas de force majeure ; néanmoins, l'Assureur ne Vous opposera pas de déchéance de garantie pour déclaration tardive sauf s'il prouve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

La déclaration de Sinistre doit être faite auprès des services de l'Assureur entre la prise d'effet des garanties et l'expiration de votre adhésion au Contrat.

Dans votre propre intérêt, Vous devez éviter de prendre une initiative sans concertation préalable avec l'Assureur : si Vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou sachant, avant d'en avoir avisé l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés resteront à votre charge.

Néanmoins, si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, l'Assureur Vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés, sans avoir obtenu son accord préalable.

COMMENT CONTACTER VOTRE ASSUREUR ?

Par courrier à : **Cfdp Assurances – 29/31 rue Saint Augustin – 75002 PARIS**

Par télécopie au : **01 45 23 42 57**

Par mail à : **cybele-solidarite@cfdp.fr**

ARTICLE 8
L'APPLICATION DES GARANTIES

8/1 L'APPLICATION DANS LE TEMPS :

La durée des garanties :

Sous réserve du paiement de la prime, les garanties sont dues sans délai de carence pour tout Sinistre survenu entre la prise d'effet et l'expiration de votre adhésion au Contrat à condition :

- que Vous n'ayez pas eu connaissance du Litige avant l'adhésion,
- et que le Sinistre ait été déclaré avant l'expiration de votre adhésion au Contrat.

Les garanties sont dues pour toute la durée de votre adhésion au Contrat, sauf pendant les périodes de suspension de votre adhésion auprès du Souscripteur.

La prescription :

La prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un délai défini par la loi.

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L114-1 du Code des Assurances). Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,
- ou en cas de Sinistre, que du jour où les Bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Bénéficiaire contre l'Assureur a pour cause le recours d'un Tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce Tiers a exercé une action en justice contre le Bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un Sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée :

- par l'Assureur ou par l'Intermédiaire à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime,
- et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L114-2 du Code des Assurances).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- la demande en justice,
- l'acte d'exécution forcée,
- et la reconnaissance du droit par le débiteur.

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

8/2 L'APPLICATION DANS L'ESPACE :

Les garanties s'exercent conformément aux modalités prévues à l'article 6 en France ainsi qu'en Principautés d'Andorre de Monaco.

Dans les autres pays, l'intervention de l'Assureur se limite au remboursement sur justificatifs des frais et honoraires de procédure à hauteur du plafond de prise en charge spécifique pour les pays autres que la France et les Principautés d'Andorre de Monaco.

ARTICLE 9
LA PROTECTION DE VOS INTERETS

9/1 LE SECRET PROFESSIONNEL (article L127-7 du Code des Assurances) **:**

Les personnes qui ont à connaître des informations que Vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du Contrat, sont tenues au secret professionnel.

9/2 L'OBLIGATION A DESISTEMENT :

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

9/3 L'EXAMEN DE VOS RECLAMATIONS :

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel : une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation concernant le Contrat, sa distribution ou le traitement d'un Litige, peut être formulée soit auprès de votre interlocuteur habituel, soit auprès du *Service Relation Client* de l'Assureur :

- par courrier à Cfdp Assurances – Service Relation Client – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON,
- ou par mail à relationclient@cfdp.fr.

A compter de la réception de la réclamation, l'Assureur s'engage :

- à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables,
- et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

Si aucune solution n'a pu être trouvée dans le cadre de la réclamation, Vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance :

- par Internet à l'adresse suivante : http://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur/,
- ou par courrier à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS cedex 09.

L'Assureur s'engage par avance à accepter la position qui sera prise par le Médiateur de l'Assurance.

9/4 LE DESACCORD OU L'ARBITRAGE (article L127-4 du Code des Assurances) **:**

En cas de désaccord entre Vous et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un Litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque Vous mettez en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenu une solution plus favorable que celle qui Vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur Vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

9/5 LE CONFLIT D'INTERETS (article L127-5 du Code des Assurances) **:**

En cas de conflit d'intérêts entre Vous et l'Assureur ou de désaccord quant au règlement du Litige, Vous bénéficiez :

- du libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre,
- et de la possibilité de recourir à la procédure de désaccord et d'arbitrage.

9/6 LA PROTECTION DES DONNEES :

Aux termes du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, l'Assureur Vous garantit plus de contrôle et de transparence sur l'utilisation de vos données personnelles en Vous expliquant quelles données sont collectées, dans quelle finalité, mais également comment elles sont protégées et quels sont vos droits à leur égard.

Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles :

Les données à caractère personnel sont collectées indirectement pour le compte de l'Assureur par l'Intermédiaire.

Elles sont liées aux informations d'identification et de contact (nom, prénom, adresse postale, numéro d'identification unique, dates d'effet et de fin d'adhésion au Contrat).

Les données collectées directement par l'Assureur en qualité de responsable de traitement sont des données strictement nécessaires :

- à l'exécution du Contrat et la gestion des Sinistres (situation familiale ; informations relatives à la formation et à l'emploi ; données de santé lorsque cela est nécessaire ; données relatives aux infractions, aux condamnations pénales et aux mesures de sûreté connexes lorsque cela est nécessaire),
- à l'utilisation des services en ligne de l'Assureur (données d'identification et d'authentification, logs techniques, traces informatiques, informations sur la sécurité et l'utilisation du terminal, adresse IP).

Le traitement de ces données personnelles a pour principale finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du Contrat. Les données collectées sont également susceptibles, en tout ou partie, d'être utilisées par les responsables de traitement :

- dans le cadre de contentieux éventuel (judiciaire ou arbitral),
- pour la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT),
- pour le traitement des réclamations clients,
- plus largement, afin de permettre aux responsables de traitement de se conformer à une réglementation applicable,
- ou encore afin d'améliorer, le cas échéant, le Contrat, d'évaluer son adéquation à vos besoins d'assurance, d'évaluer la qualité des produits ou services fournis (enquête qualité et de satisfaction).

Le responsable de traitement dans le cadre de l'adhésion au Contrat, de la gestion du Contrat et de la relation avec Vous est l'Intermédiaire.

Le responsable de traitement dans le cadre de l'exécution du Contrat et de la gestion des Sinistres est l'Assureur.

La base juridique du traitement de vos données est fondée :

- soit sur la gestion et l'exécution de votre adhésion au Contrat,
- soit sur le respect des obligations légales et règlementaires.

Pour les finalités indiquées précédemment, tout ou partie de ces données pourront être utilisées par différents services de l'Assureur et pourront le cas échéant être transmises aux parties intervenantes au Contrat telles que, notamment :

- les intermédiaires en assurance,
- les gestionnaires des souscripteurs,
- les prestataires mandatés (experts, avocats, médecins, officiers ministériels…),
- les organismes professionnels,
- les organismes d'assurance des personnes impliquées,
- et les organismes et autorités publics.

Localisation de vos données personnelles :

Les données personnelles collectées par l'Assureur sont hébergées en Union Européenne.

A ce jour, l'Assureur, en qualité de responsable de traitement, ne transfère aucune donnée personnelle en dehors de l'Union Européenne.

Si un tel transfert hors de l'Union Européenne des données personnelles collectées et traitées devait être réalisé, des garanties seraient alors prises pour l'encadrer juridiquement et assurer un bon niveau de protection de ces données.

Durée de conservation de vos données personnelles :

Ces données sont conservées durant une période maximale correspondant au temps nécessaire aux différentes opérations

Cfdp Assurances :
SA au Capital de 1 692 240 €
RCS Lyon 958 506 156 B
Entreprise régie par le Code des Assurances

Siège social :
62 rue de Bonnel,
Immeuble l'Europe - 69003 LYON
www.cfdp.fr

ci-dessus listées ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou encore par la loi (prescriptions légales).

Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire pour satisfaire ces finalités.

Droits à la protection :

Conformément à la loi sur la protection des données personnelles, Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'opposition et de suppression des données Vous concernant en adressant une demande :

- par courrier à : Cfdp Assurances – Délégué à la Protection des Données – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON,
- ou par mail à : dpd@cfdp.fr.

Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité).

Pour exercer l'un quelconque de vos droits, Vous devez préciser vos nom, prénom et mail et joindre une copie recto-verso d'un justificatif d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport).

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à votre demande si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du Contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Le délégué à la protection des données de l'Assureur traitera votre demande dans les meilleurs délais. En cas de désaccord persistant en lien avec la gestion de vos données personnelles, Vous avez la possibilité de saisir la CNIL :

- par téléphone au : 01 53 73 22 22,
- par courrier à : Commission Nationale Informatique et Libertés - 03 place de Fontenoy - 75007 PARIS,
- ou par Internet à l'adresse suivante : https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil.

Sécurité :

L'Assureur accorde la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité de vos données personnelles et s'engage à les traiter en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et organisationnel.

(Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits sur ces données, Vous pouvez consulter la page « Données Personnelles » de l'Assureur par Internet à l'adresse suivante : http://www.cfdp.fr).

9/7 L'OPPOSITION AU DEMARCHAGE :

Conformément à la loi n°2014-344 du 17 mars 2014, si Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel Vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, Vous pouvez Vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :

- par Internet à l'adresse suivante : http://www.bloctel.gouv.fr/,
- ou par courrier à : OPPOSETEL - Service Bloctel - 06 rue Nicolas Siret - 10000 TROYES.

9/8 L'AUTORITE DE CONTROLE :

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

Cfdp Assurances :
SA au Capital de 1 692 240 €
RCS Lyon 958 506 156 B
Entreprise régie
par le Code des Assurances

Siège social :
62 rue de Bonnel,
Immeuble l'Europe - 69003 LYON
www.cfdp.fr