



**REMPART**  
MUTUELLE

**Protéger, au sens fort**

## NOTICE D'INFORMATION

RELATIVE À LA CONVENTION DE PARTICIPATION EN PRÉVOYANCE  
FACULTATIVE SOUSCRITE PAR LE CENTRE DE GESTION (CDG) DES  
PYRENEES ORIENTALES (66)

**- 2025 -**

Convention de participation régie par les dispositions du Décret 2011-1474 du 8 novembre 2011 relative à la participation des employeurs territoriaux au financement de la protection sociale de leurs agents et du Décret 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.

## SOMMAIRE

1.	Dispositions générales.....	3
2.	Assurés .....	3
3.	Conditions d'adhésion.....	4
4.	Délai de stage.....	4
5.	Situation des agents quittant la collectivité.....	5
6.	Résiliation de l'adhésion.....	5
7.	Assiette de cotisation .....	6
8.	Les garanties (obligatoires et facultatives) .....	7
9.	Evolution des garanties facultatives souscrites .....	7
10.	Détail de la garantie incapacité temporaire de travail.....	8
10.1	Objet de la garantie.....	8
10.2	Base de l'assurance .....	9
10.3	Période indemnisée et droits retablis .....	10
10.4	Justificatifs à fournir .....	11
11.	Détail de la garantie invalidité permanente : .....	12
11.1	Objet de la garantie : .....	12
11.2	Base de l'assurance .....	12
11.3	Justificatifs à fournir .....	13
12.	Garantie perte de retraite .....	14
12.1	Définition .....	14
12.2	Période indemnisée .....	14
12.3	Justificatifs à fournir .....	14
13.	Garantie décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).....	15
13.1	Définition .....	15
13.2	Bénéficiaires.....	15
13.3	Justificatifs à fournir .....	15
14.	Exclusions .....	16
15.	Contrôle médical .....	16
16.	Déchéance.....	16
17.	Prescription .....	16
18.	Omission, fraude et fausse déclaration .....	16
18.1	Omission .....	16
18.2	Fraude et Fausse déclaration .....	17
19.	Protection des données personnelles .....	17
20.	Réclamation et médiation .....	19
21.	Territorialité .....	19
22.	Autorité de contrôle .....	19
23.	Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme .....	19

La Mutuelle du Rempart est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Siren 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. (ci-après désignée « la Mutuelle »). Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès.

L'adhérent doit adresser toutes les correspondances destinées à la Mutuelle à l'adresse suivante :

Rempart Mutuelle, Service Prévoyance  
1 rue d'Austerlitz - CS 27 261 - 31072 TOULOUSE cedex 6

## 1. DISPOSITIONS GENERALES

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025 (date d'effet de la convention de participation), le Centre de Gestion des Pyrénées-Orientales met en place (en application des dispositions du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et du décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement) une convention de participation pour la couverture complémentaire de prévoyance des agents présents à l'effectif de la Collectivité ou l'Établissement adhérent à la convention du CDG 66 tels que définis à l'article 2 ci-dessous.

La convention de participation est souscrite sous la forme d'un contrat groupe ouvert à adhésion facultative.

La garantie souscrite comprend à titre obligatoire :

- Le maintien de salaire (traitement et primes) en cas d'Incapacité Temporaire de Travail (ITT) ;
- Une rente en cas d'invalidité permanente ;

La garantie souscrite comprend à titre optionnelle :

- Un complément de retraite à la suite d'une invalidité ;
- Une garantie décès toutes causes et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

## 2. ASSURES

L'adhésion est individuelle et facultative.

L'adhésion des agents ne peut être conditionnée par leur âge ou leur état de santé.

Les agents concernés sont les agents des souscripteurs de la convention de participation adhérents au contrat, en position d'activité au jour de la prise d'effet du contrat ou au cours de son exécution et faisant l'objet d'une rémunération versée par la Collectivité ou le CDG 66 :

- Fonctionnaires (titulaires et stagiaires) en position d'activité,
- Agents non titulaires de droit public (en contrat continu d'une durée minimale de 12 mois),
- Apprentissage, alternances (en contrat continu d'une durée minimum de 12 mois),
- Agents de droit privé – contrats aidés par l'Etat d'une durée minimum de 12 mois,
- Agents fonctionnaires titulaires et contractuels en CDI de la collectivité ou de l'établissement mis à disposition,
- Agents en détachement au sein de la collectivité, de l'établissement (pour une durée minimum de 12 mois).

Les agents considérés doivent travailler à temps complet, partiel ou non complet.

### 3. CONDITIONS D'ADHESION

Dans tous les cas prévus aux paragraphes ci-dessous, l'adhésion s'effectue sans contrôle médical ni limite d'âge.

#### Adhésion à la date d'effet de la convention de participation :

Tous les agents mentionnés à l'article 2 ci-dessus demandant leur adhésion et étant régulièrement inscrits sur les listes du personnel des collectivités territoriales et des établissements publics affiliés et non affiliés au CDG 66, bénéficient des garanties du contrat suivant la formule souscrite. Ils doivent pour ce faire formuler une demande d'adhésion dans les 6 (six) mois à compter de la prise d'effet du contrat collectif.

Les agents en congé maternité, paternité et adoption sont assimilés à des agents en activité.

Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet de la convention de participation ainsi que les agents en temps partiel thérapeutique, précédemment garanti par un contrat présentant les mêmes garanties et qui demanderaient à adhérer à la convention de participation, dans les 6 (six) mois suivant sa mise en place, bénéficient des garanties du contrat, le jour de la reprise effective de leur activité. Le paiement de la cotisation ne s'effectue, dans ce cas, qu'à partir de la date de bénéfice de l'assurance.

Pour les agents placés en disponibilité (hors disponibilité pour raison de santé et disponibilité pour raison de santé à titre conservatoire), le contrat est suspendu. Lors de leur réintégration, ils retrouvent les conditions de garantie définies lors de leur adhésion.

#### Adhésion après le délai de 6 (six) mois de souscription de la convention de participation :

Les agents peuvent adhérer à la convention de participation postérieurement à sa date d'effet.

- Agents bénéficiant d'une garantie de même nature :

Postérieurement au délai de six (6) mois de souscription de la convention de participation par les collectivités, établissements ou le CDG 66, les agents faisant partie du personnel à la souscription peuvent adhérer à la convention de participation sans aucune condition d'examen médical pour autant qu'ils fournissent une attestation de leur précédent organisme d'assurance, stipulant qu'ils bénéficiaient d'une garantie de même nature que celle du présent contrat.

- Agents ne bénéficiant pas d'une garantie de même nature :

Dans le cas où les agents ne bénéficiaient pas antérieurement à leur adhésion au présent contrat, d'une garantie de même nature que celle objet du présent contrat, un délai de carence de 6 (six) mois sera observé avant la prise d'effet de ladite garantie.

Les agents en CDD à la prise d'effet de la convention de participation qui sont devenus stagiaires ou titulaires ou en CDI peuvent adhérer dans un délai de 6 (six) mois suivant leur changement de situation administrative, sans questionnaire médical ni délai de carence.

Les agents en congé parental ou en disponibilité pour convenances personnelles peuvent adhérer au contrat dans les conditions suivantes :

- Sans condition particulière, si la demande d'adhésion est faite dans les 6 (six) mois suivant leur reprise d'activité. Ce délai prend effet au 1er jour du mois qui suit la reprise d'activité ;
- Au-delà d'un délai de 6 (six) mois, un délai de carence de 6 (six) mois sera observé avant la prise d'effet de ladite garantie.

- Agents embauchés postérieurement à l'entrée en vigueur de la convention de participation :

Les agents embauchés postérieurement à l'entrée en vigueur de la convention de participation peuvent adhérer au contrat, sans condition particulière, si l'adhésion s'effectue dans les 6 (six) mois qui suivent leur date d'embauche.

### 4. DELAI DE STAGE

Un délai de stage de six (6) mois est appliqué aux garanties à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat, dès lors que l'adhésion prend effet après les périodes d'adhésion sans condition telles que définies ci-avant. La cotisation est due pendant toute la durée du délai de stage.

Toute incapacité de travail ouvrant droit à un congé de maladie ou à un temps partiel pour raison thérapeutique qui survient au cours de ce délai de six (6) mois ainsi que toute invalidité faisant suite à cette incapacité ou survenant au cours de ce délai n'ouvrent pas droit au versement des prestations.

Les agents replacés en position de congés de longue maladie (CLM), de longue durée (CLD) ou de grave maladie survenue au cours du délai de stage n'ouvrent pas droit au versement des prestations.

Toutefois ce délai n'est pas appliqué en cas d'incapacité ou d'invalidité consécutive à un accident.

L'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure.

## 5. SITUATION DES AGENTS QUITTANT LA COLLECTIVITE

L'agent qui change d'employeur public, bénéficie de la portabilité de son contrat.

Les garanties de la convention de participation cessent de produire leurs effets :

- À la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la convention de participation ;
- En cas de non-paiement de la cotisation si l'assuré ne régularise pas sa situation après une mise en demeure de la Mutuelle notifiée en recommandé avec accusé de réception ;
- En cas de cessation d'activité pour les assurés admis à faire valoir leurs droits à la retraite (sauf pour les agents ayant souscrit l'option rente viagère) ;
- À l'âge limite de départ à la retraite pour les garanties invalidité permanente, perte de retraite consécutive à une invalidité permanente et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) ;
- À l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein pour les garanties baisse du traitement consécutif à une incapacité temporaire totale de travail ;
- Au décès de l'assuré ;
- À la date d'effet de la radiation de l'assuré des effectifs de la Collectivité, de l'établissement adhérent ou du CDG 66 ;
- À la date d'effet de la résiliation du contrat et jusqu'à extinction du risque, pour les personnes en cours d'indemnisation.

Chaque agent bénéficiaire des garanties, conserve la faculté de demander la résiliation de son adhésion à la date d'échéance annuelle, sous réserve du respect d'un délai de préavis de 2 mois.  
La radiation de l'adhésion des agents intervient d'office à la résiliation du contrat.

## 6. RESILIATION DE L'ADHESION

Chaque agent bénéficiaire des garanties conserve la faculté de demander la résiliation de son adhésion à la date d'échéance annuelle (1<sup>er</sup> janvier de chaque exercice) sous réserve du respect du délai de préavis de 2 mois. Par ailleurs, chaque agent bénéficiaire des garanties peut demander la résiliation de son adhésion en application des dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité (Loi Chatel).

L'agent souhaitant résilier son adhésion adresse à la Mutuelle une notification par lettre, tout support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code la mutualité.

Les garanties de l'adhésion cessent de produire leurs effets en cas de survenance d'un des évènements suivants :

- À la date de résiliation ou de la renonciation de l'adhésion par l'assuré ;
- À la date de résiliation ou du non-renouvellement du contrat collectif à adhésion facultative ;
- À la date où l'assuré perd la qualité d'agent (démission, licenciement, décès) ;
- À l'âge maximal de départ à la retraite de l'assuré pour les garanties « incapacité » et « décès » ;
- À l'âge minimal de départ à la retraite de l'assuré pour les garanties « invalidité », « perte de retraite consécutive à une invalidité », et « perte totale et irréversible d'autonomie » ;
- En cas de résiliation du contrat à l'initiative de la Mutuelle (fausse déclaration de l'assuré, non-paiement des cotisations).

En cas de résiliation, les agents assurés du Souscripteur demeurent garantis jusqu'à épuisement des droits pour les sinistres dont la date de survenance sera antérieure à la date de rupture du contrat et à condition qu'ils aient donné lieu régulièrement au paiement des cotisations pendant la période précédente, que toutes les formalités prévues au contrat aient été remplies dans les délais prescrits et que les droits à prestations des intéressés aient été régulièrement ouverts. En ce cas, les rentes d'invalidité sont maintenues à la valeur atteinte à la date d'effet de la résiliation.

Seules les clauses d'ordre public de résiliation sont applicables au contrat.  
En tout état de cause, le délai de préavis ne pourra être inférieur à 6 mois. Cette disposition s'applique également aux co-assureurs.

## 7. ASSIETTE DE COTISATION

Le salaire de référence, qui est l'assiette des cotisations (brut) et des prestations (net), est composé :

- Pour les agents fonctionnaires et contractuels de droit public :
    - Du traitement indiciaire brut (TIB) ;
    - De la nouvelle bonification indiciaire (NBI) ;
    - Du régime indemnitaire (RI), composé de l'ensemble des primes, indemnités, gratifications brutes résultant de dispositions législatives ou réglementaires ci-après :
      - La Prime de responsabilité des emplois administratifs de direction ;
      - Les Indemnités Forfaitaires pour Travaux Supplémentaires (IFTS) ;
      - L'Indemnité Spécifique de Service (ISS) ;
      - L'Indemnité d'Administration et de Technicité (IAT) ;
      - L'Indemnité d'Exercice des Missions (IEMP) ;
      - La Prime de Service et de Rendement (PSR) ;
      - La prime de technicité forfaitaire des personnels de bibliothèque,
      - La prime de service de la filière sanitaire et sociale,
      - La prime forfaitaire mensuelle des personnels de bibliothèque,
      - L'indemnité spéciale mensuelle de fonction des agents et chefs de police municipale,
      - L'Indemnité de Fonction, de Sujétion et d'Expertise (IFSE).

(Liste non exhaustive, doivent être incluses toutes primes ou indemnités prévues par les textes et délibérées par les collectivités ou établissements ou CDG66 ou qui s'imposent à elles).
  - Sont exclues les remboursements de frais et des indemnités accessoires rattachées à l'exercice des fonctions et primes suivantes :
    - L'Indemnité Horaire pour Travaux Supplémentaires (IHTS),
    - Le Supplément Familial de Traitement (SFT),
    - La Prime annuelle (13<sup>ème</sup> mois) ou Prime de fin d'année,
    - Le Complément de rémunération (remboursement mutuelle),
    - Le Complément Indemnitaire Annuel (CIA).
  - Du complément de traitement indiciaire (CTI).
- Pour les agents contractuels de droit privé :
  - Du salaire brut soumis à cotisations des organismes de Sécurité sociale et des prélèvements sociaux.

## 8. LES GARANTIES (OBLIGATOIRES ET FACULTATIVES)

Au socle de base obligatoire « Incapacité Temporaire de Travail – Invalidité » souscrit les garanties optionnelles suivantes sont proposées au choix de l'agent.

Assiette de cotisation / Indemnisation		Sur TBI + NBI + RI + CTI		
Garanties de Base obligatoires		Taux d'indemnisation		
Incapacité Temporaire Totale de Travail : Invalidité RI au premier jour de CLM / CLD 40% RI à compter du 91 <sup>ème</sup> jour de CMO		90% (40% pour le RI)		
Garanties Optionnelles Facultatives		Classique*	Renfort*	Sérénité*
Incapacité Temporaire Totale de Travail : Invalidité RI au premier jour de CLM / CLD et CMO/TPT		90%	95 %	100 %
Perte de retraite	Rente viagère mensuelle <b>OU</b> Capital	90%	95 %	100 %
Décès toutes causes - PTIA	Capital	100% Rémunération annuelle nette		

\* Un seul choix de formule est admis pour l'ensemble des options proposées (Classique **OU** Renfort **OU** Sérénité)

## 9. EVOLUTION DES GARANTIES FACULTATIVES SOUSCRITES

Le choix des garanties optionnelles appartient à l'agent.

Le changement de garantie ou de taux de couverture peut s'effectuer sur demande de l'adhérent selon les modalités suivantes :

- A la baisse : un adhérent peut basculer vers un taux de couverture inférieur et/ou supprimer une garantie en cours d'année en respectant un préavis de 3 mois. Ce changement ne peut avoir lieu qu'une fois par an.
- A la hausse : un adhérent peut basculer vers un taux de couverture supérieur et/ou bénéficier d'une garantie supplémentaire en respectant un préavis de 3 mois. Ce changement ne peut avoir lieu qu'une fois par an.

En tout état de cause, le changement de garantie et/ou de taux de couverture est limité à 4 par adhérent sur la durée de la convention de participation.

## 10. DETAIL DE LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

### 10.1 OBJET DE LA GARANTIE

#### Définition :

La garantie a pour objet le paiement aux agents, d'une indemnité journalière complémentaire pendant les périodes de congés, correspondants aux risques énoncés ci-après :

- Incapacité de travail et notamment :
  - congé de maladie ordinaire (CMO)
  - congé de longue maladie (CLM)
  - congé de longue durée (CLD)
  - congé de grave maladie
  - disponibilité d'office pour raison de santé
  - maintien à demi-traitement dans l'attente d'un avis (Conseil médical unique, conseil médical supérieur, CNRACL) disponibilité d'office pour raison de santé à titre conservatoire
  - congé sans traitement pour raisons de santé
- Accident du travail - Maladie professionnelle
- Fonctionnaires stagiaires avec maintien du demi-traitement
- Temps partiel thérapeutique
- Et toute absence pour incapacité de travail reconnue comme telle par le statut ou le régime général de la Sécurité sociale.

La Mutuelle garantit le versement au bénéficiaire d'indemnités journalières en cas de baisse du traitement consécutive à une incapacité temporaire totale ou partielle de travail, dont le fait générateur est survenu en cours d'assurance.

Est considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail tout assuré en activité, qui est dans l'obligation de cesser toute activité professionnelle, à la suite d'une maladie non professionnelle ou d'un accident de la vie privée, ou d'un accident ou d'une maladie professionnelle,

ET

- Perçoit, à ce titre, des prestations des collectivités territoriales, des établissements publics affiliés ou non affiliés au CDG 66, ou du CDG 66 en application du statut de la Fonction Publique Territoriale dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie de la Sécurité Sociale,

OU

- Ne perçoit aucune rémunération ou indemnité.

La garantie est due si l'assuré :

- Est reconnu comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail,

ET

- Ne perçoit plus l'intégralité de sa rémunération avant la date de radiation de la collectivité ou de l'établissement ou de résiliation de la convention de participation.

Est considéré comme atteint d'incapacité temporaire partielle de travail tout assuré en activité, qui est dans l'obligation de cesser en partie son activité professionnelle, à la suite d'une maladie non professionnelle ou d'un accident de la vie privée, ou d'un accident ou d'une maladie professionnelle,

ET

- Perçoit, à ce titre, des prestations des collectivités territoriales, des établissements publics affiliés ou non affiliés au CDG 66, ou du CDG 66 en application du statut de la Fonction Publique Territoriale dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie de la Sécurité Sociale,

OU

- Ne perçoit qu'une partie de sa rémunération ou indemnité.

La garantie est due si l'assuré :

- Est reconnu comme atteint d'incapacité temporaire partielle de travail,

ET

- ➤ Ne perçoit plus l'intégralité de sa rémunération avant la date de radiation de la collectivité ou de l'établissement ou de résiliation de la convention de participation.



## 10.2 BASE DE L'ASSURANCE

### **Garanties minimales pour les agents affiliés à la CNRACL (article 3 du décret n°2022-581 du 20 avril 2022)**

1° Indemnités journalières complémentaires, garantissant une rémunération nette équivalente à 90 % du traitement indiciaire, de la nouvelle bonification indiciaire, du complément de traitement indiciaire et 40 % du régime indemnitaire nets, déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versés par l'employeur, à compter du passage à demi-traitement et jusqu'à épuisement des droits à congés de maladie ordinaire sous réserve du remboursement des sommes versées par les organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises d'assurance) en cas de rétablissement rétroactif à plein traitement par l'employeur.

A noter qu'en cas de congés de longue maladie ou de longue durée, si le RI n'est plus maintenu par la Collectivité, l'établissement ou le CDG 66, la Mutuelle prévoit une prise en charge de 40% de ce RI, dès le 1<sup>er</sup> jour d'arrêt.

La Mutuelle prend en charge le pourcentage optionnel choisi par l'agent, à 90%, 95% ou 100% de ce RI, dès le 1<sup>er</sup> jour d'arrêt en cas de congé de maladie ordinaire et de temps partiel thérapeutique.

2° Indemnités journalières complémentaires, garantissant une rémunération nette équivalente à 90 % du traitement indiciaire, de la nouvelle bonification indiciaire, du Complément de Traitement Indiciaire et 40 % du régime indemnitaire nets, déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versés par l'employeur, en cas de mise en disponibilité d'office pour raison de santé ou à titre conservatoire (ou congé sans traitement pour les agents stagiaires) ou de maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical unique, du conseil médical supérieur ou de la CNRACL, sous réserve du remboursement des sommes versées par les organismes complémentaires en cas de placement rétroactif dans une autre position statutaire.

### **Garanties minimales pour les agents assurés au régime général (article 4 du décret n°2022-581 du 20 avril 2022)**

1°(fonctionnaires IRCANTEC) Indemnités journalières complémentaires, garantissant une rémunération nette équivalente à 90 % du traitement indiciaire, de la nouvelle bonification indiciaire, du Complément de Traitement Indiciaire et 40 % du régime indemnitaire nets, déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versés par l'employeur et des indemnités journalières de sécurité sociale perçues, à compter du passage à demi-traitement et jusqu'à épuisement des droits à congés de maladie ordinaire et de grave maladie, sous réserve du remboursement des sommes versées par les organismes complémentaires en cas de rétablissement rétroactif à plein traitement par l'employeur.

(Contractuels de droit public) La rémunération nette garantie mentionnée au précédent alinéa équivaut à 90 % du traitement indiciaire et 40 % du régime indemnitaire nets pour les agents contractuels de droit public bénéficiant d'un congé de maladie ordinaire, d'un congé de grave maladie, et d'un congé sans traitement pour raison de santé.

(Contractuels de droit privé) La rémunération garantie mentionnée au troisième alinéa du présent article équivaut à 90 % de la rémunération nette que les agents contractuels de droit privé auraient perçu pendant la période d'exercice effectif de leurs fonctions.

2° (fonctionnaire IRCANTEC) Indemnités journalières complémentaires, garantissant une rémunération nette équivalente à 90 % du traitement indiciaire, de la nouvelle bonification indiciaire, du Complément de Traitement Indiciaire et 40 % du régime indemnitaire nets, déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versés par l'employeur et des indemnités journalières de sécurité sociale perçues, en cas de mise en disponibilité d'office pour raison de santé ou à titre conservatoire ou de maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical, ou du conseil médical supérieur sous réserve du remboursement des sommes versées par les organismes complémentaires en cas de rétablissement rétroactif à plein traitement par l'employeur.

3° Les indemnités journalières complémentaires, garantissant une rémunération équivalente à 90 % du traitement net avant l'octroi du temps partiel pour motif thérapeutique, déduction faite des montants correspondant aux garanties statutaires versés par l'employeur et des indemnités journalières de sécurité sociale perçues.

#### Agents à temps partiel :

Le montant de la prestation est au plus égal à 90 % de 1/360<sup>ème</sup> du traitement indiciaire, de la Nouvelle Bonification Indiciaire, et du Complément de Traitement Indiciaire défini ci-dessus correspondant au pourcentage de temps de travail effectué, évalué à la date de prise en charge de l'incapacité de travail par la Mutuelle au titre de la présente garantie. A compter du 91<sup>ème</sup> jour de CMO, l'agent en incapacité totale temporaire de travail pourra bénéficier de 40% du régime indemnitaire perçu et correspondant au prorata de son temps de travail.

A l'issue de la période de temps partiel autorisé, si l'assuré demeure en congé maladie, il recouvre les mêmes droits que les agents exerçant leur activité à temps plein.

Pour les agents à temps partiel pour raison médicale ou pour des raisons thérapeutiques :

Si un assuré est amené à travailler à temps partiel pour des raisons médicales, la Mutuelle prend en charge la baisse du traitement consécutive à ce temps partiel dans la limite d'une rémunération nette fixée à 90 % du traitement indiciaire, de la Nouvelle Bonification Indiciaire, et du Complément de Traitement Indiciaire.

*Attention : aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par la Mutuelle au titre de la garantie « Baisse de traitement et le cas échéant de la NBI et /ou des indemnités accessoires consécutives à une Incapacité de Travail », sauf si ces modifications sont dues avec effet rétroactif sur la paye de l'agent concerné, ne sera pris en considération ; le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés à cette date.*

### **Règles de cumul :**

Le montant de l'indemnité journalière versée par la Mutuelle augmenté des prestations versées par l'employeur ou de toute autre indemnité ne peut excéder le produit de :

- 1/360ème de la totalité de la fraction de la base annuelle des garanties définie dans le présent contrat, pris en compte par la Mutuelle au titre de la présente garantie,
- Par le pourcentage du plafond d'indemnisation précisé dans la formule choisie et revalorisé dans les conditions définies dans le présent contrat.

*Toutefois, la prise en charge par la Mutuelle de la perte de la NBI et/ou des indemnités accessoires cesse dès que cet avantage sort du cadre d'une quelconque obligation par les collectivités territoriales, les établissements publics affiliés ou non affiliés au CDG 66, ou le CDG 66 de maintien partiel ou total de ceux - ci en application du statut de la Fonction Publique Territoriale.*

En cas de dépassement de la limite de 90%, ou 95% ou 100% du traitement selon l'option retenue, les indemnités versées par la Mutuelle sont réduites, afin de ne pas dépasser cette limite.

### **10.3 PERIODE INDEMNISEE ET DROITS RETABLIS**

La prestation est servie mensuellement à terme échu.

#### Agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'état :

- En cas de maladie ordinaire, dès que l'agent se trouve en demi - traitement jusqu'au 365ème jour.
- En cas de congé de longue maladie, à partir du 1er jour et jusqu'à la fin du droit à congé.
- En cas de congé de longue durée, à partir du 1er jour et jusqu'à la fin du droit à congé.
- En cas de mise en disponibilité d'office pour raison de santé pour les agents titulaires suite à épuisement des droits statutaires à congé pour raison de santé (CMO, CLM, CLD)
- En cas de mise en congé sans traitement pour les agents stagiaires suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie.
- En cas de maintien à demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical unique, du conseil médical supérieur, de la CNRACL. (disponibilité d'office pour raison de santé à titre conservatoire)
- En cas de temps partiel thérapeutique

#### Agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général de la Sécurité Sociale et à l'Ircantec :

- En cas de maladie ordinaire, dès que l'agent se trouve en demi - traitement jusqu'au 365ème jour.
- En cas de congé de grave maladie, à partir du 1er jour et jusqu'à la fin du droit à congé.
- En cas de mise en disponibilité d'office pour raison de santé pour les agents titulaires suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie pour raison de santé (CMO, CGM)
- En cas de mise en congé sans traitement pour les agents stagiaires suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie.
- En cas de maintien à demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical unique, du conseil médical supérieur. (disponibilité d'office pour raison de santé à titre conservatoire)
- En cas de temps partiel thérapeutique.

#### Agents non titulaires affiliés au régime général de la Sécurité Sociale et à l'Ircantec :

- En cas de maladie ordinaire :
  - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à compter du 31ème jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque l'assuré subit une perte de salaire.
  - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 et 3 ans : à compter du 61ème jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
  - pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : dès que l'agent se trouve en demi - traitement.
- En cas de congé grave maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à partir du début du 1er jour et jusqu'à la fin du droit à congé.
- En cas de mise en congé sans traitement pour les agents suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie
- En cas de congé sans traitement
- En cas de maintien à demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical unique, du conseil médical supérieur.
- En cas de temps partiel thérapeutique

### **Durée de la prestation :**

Sauf pour les agents contractuels, les indemnités journalières versées au titre de ladite convention de participation ne comportent aucune durée maximale de versement des prestations autres que celles prévues dans le présent cahier.

*En cas de rétablissement du plein traitement par l'employeur, à effet rétroactif, pour la période indemnisée au titre de la présente garantie, lorsque le bénéficiaire est placé en congé de longue maladie (CLM) ou en congé de maladie de longue durée (CLD), les indemnités versées par les prestataires doivent lui être remboursées intégralement par le bénéficiaire.*

Afin de ne pas mettre en difficulté le bénéficiaire, le remboursement sera exigible dès versement de l'indemnisation par l'employeur, dont la Mutuelle pourra prendre attache pour disposer des éléments nécessaires au recouvrement. L'employeur peut également se mettre en relation avec la Mutuelle pour le remboursement par subrogation, après accord écrit de l'agent.

Pour les agents contractuels, le versement des indemnités journalières est effectué pendant la durée du contrat de l'agent et cesse à la fin du contrat.

**Terme du versement :**

L'indemnisation cesse dès :

- La reprise d'activité de l'assuré,
- La fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique territoriale ou pour l'assurance maladie,
- La fin du contrat pour les agents contractuels,
- La liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'assuré,
- La liquidation de la pension de retraite,
- L'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein,
- Le décès/IAD de l'assuré,
- En cas de démission ou de radiation des effectifs de la Collectivité, de l'établissement ou du CDG 66.

**Maintien des prestations :**

En cas de résiliation de la présente convention de participation, le service des prestations est maintenu jusqu'au terme prévu dans le contrat souscrit par l'agent.

En tout état de cause, l'indemnité est payable à réception des décomptes transmis par les collectivités, les établissements publics ou le CDG 66 (ou des pièces justifiant l'arrêt de travail) dans un délai maximum de 15 jours à compter de la date d'envoi au prestataire.

**10.4 JUSTIFICATIFS A FOURNIR**

Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide de formulaires de demandes de prestations et les éléments nécessaires au calcul des prestations.

A l'appui de la demande, l'agent ou les bénéficiaires fournissent les pièces suivantes :

- Une attestation ou un arrêté émanant de la collectivité qui indique notamment la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité),
- Les bulletins de paie pour les périodes à demi-traitement et le dernier bulletin de paie à plein traitement,
- Une attestation de la collectivité 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 de l'assuré ainsi qu'un décompte de la sécurité sociale),
- Un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne (RIB - RIP - RICE) de l'agent.

## 11. DETAIL DE LA GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE :

### 11.1 OBJET DE LA GARANTIE :

La garantie a pour objet le paiement aux agents, d'une rente en cas d'invalidité permanente survenue avant l'âge légal de départ à la retraite.

L'invalidité permanente est reconnue lorsque l'assuré remplit les conditions suivantes :

- Après avoir été mis à la retraite pour une invalidité reconnue par les organismes compétents,
- OU
- Être atteint d'une invalidité non-imputable au service classé en 2ème et/ou 3ème catégorie.

### 11.2 BASE DE L'ASSURANCE

#### **Garanties minimales pour les agents affiliés à la CNRACL**

Les fonctionnaires affiliés à la CNRACL perçoivent une rente garantissant une rémunération équivalente à 90 % de leur traitement net de référence, sous réserve :

1° D'avoir été mis à la retraite pour invalidité, après avis du conseil médical unique réuni en formation plénière et après avis de la CNRACL

2° De ne pas avoir atteint l'âge légal d'ouverture des droits à la pension de retraite soit 62 ans et progressivement 64 ans pour les assurés nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1955.

Elle est revalorisée, chaque 1<sup>er</sup> janvier, en fonction de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale. Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à date de prise en charge par la Mutuelle au titre de la garantie « Invalidité Permanente », sauf à effet rétroactif, ne sera pris en considération : le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés à cette date.

#### **Garanties minimales pour les agents affiliés au régime général**

Les agents affiliés au régime général de la sécurité sociale perçoivent une rente garantissant une rémunération équivalente à 90 % du traitement net de référence, sous réserve :

1° Soit de justifier d'une invalidité réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gain avec un classement en 2e ou 3e catégorie ;

2° Soit de justifier d'un taux d'incapacité d'au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Elle est revalorisée, chaque 1<sup>er</sup> janvier, en fonction de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale. Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à date de prise en charge par la Mutuelle au titre de la garantie « Invalidité Permanente », sauf à effet rétroactif, ne sera pris en considération : le grade, l'échelon et l'indice de l'assuré sont figés à cette date.

#### **Règles de cumul :**

Le montant annuel de la rente versé par la Mutuelle, augmenté des prestations servies par la CNRACL, la Sécurité Sociale ou tout autre organisme ne peut excéder 90 % ou 95% ou 100% de la garantie de base nette selon l'option retenue par l'adhérent, définie dans la présente convention, pris en compte par la Mutuelle et revalorisé dans les conditions définies dans la présente convention.

En cas de dépassement de la limite, la rente versée par la Mutuelle est réduite, afin de ne pas dépasser le montant défini ci-dessus.

#### **Service de la prestation :**

La rente est servie mensuellement à terme échu, et après épuisement des droits statutaires maladie et au jour de l'entrée en jouissance de la pension invalidité permanente.

L'agent reconnu en invalidité est exonéré de ses cotisations futures tout en percevant la prestation d'invalidité.

**Terme du versement :**

Le versement de la rente cesse :

- À la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle,
- En cas de décès,
- À l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite,
- À la liquidation de la pension vieillesse de l'assuré.

**Maintien des prestations :**

En cas de résiliation de la présente convention de participation, le service des prestations est maintenu jusqu'aux termes prévus par ladite convention de participation pour chaque indemnisation.

**11.3 JUSTIFICATIFS A FOURNIR**

Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide de formulaires de demandes de prestations et les éléments nécessaires au calcul des prestations :

- Une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie, à l'ouverture des droits et à chaque début d'année,
- Une attestation établie par la collectivité certifiant que l'agent a épuisé ses droits statutaires à congé de maladie,
- Un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne (RIB - RIP - RICE) de l'agent.

## 12. GARANTIE PERTE DE RETRAITE

### 12.1 DEFINITION

La garantie perte de retraite garantit le versement d'un capital, exprimé en pourcentage de la rémunération N-1 (TBI-NBI-SFT-CTI-RI) de l'agent, hors éléments exceptionnels de rémunération (heures supplémentaires, astreinte et permanence) à l'agent, s'il a été mis en retraite pour invalidité avant d'avoir atteint l'âge légal de la retraite.

#### **Règle de cumul divers**

L'ensemble des pensions et retraites des régimes légaux servi par la Mutuelle ne peut excéder le produit du plafond réglementaire prévu pour une carrière complète par le pourcentage du plafond d'indemnisation, précisé dans le présent document, diminué des cotisations sociales obligatoires.

Toutefois, lorsque l'assuré bénéficie en outre d'une rente d'invalidité, le cumul des pensions retraites, rentes diverses servies par les régimes légaux ainsi que du complément servi par la Mutuelle, peuvent se cumuler dans la limite du produit de 90% ou 95% ou 100% du traitement indiciaire brut annuel défini ci-dessus par le pourcentage d'indemnisation, précisé dans le présent document, diminué des cotisations sociales obligatoires.

En cas de dépassement de la limite, la prestation versée par la Mutuelle est réduite, afin de ne pas dépasser le montant défini ci-dessus.

Les retraites complémentaires souscrites volontairement, les pensions de réversion ou revenus complémentaires (or ceux mentionnés ci-avant) ne sont pas pris en compte dans la règle de cumul.

### 12.2 PERIODE INDEMNISEE

Le versement s'effectue lors de son départ en retraite, sur présentation de sa notification de pension.

La rente mensuelle viagère est servie mensuellement et selon un terme échu à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'agent, et prend fin à la date de décès de l'agent.

### 12.3 JUSTIFICATIFS A FOURNIR

- Une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie, à l'ouverture des droits et à chaque début d'année,
- Une attestation sur l'honneur mentionnant l'ensemble des pensions de retraite perçues,
- Un extrait de liquidation de chaque pension de retraite perçue,
- Le bulletin de paiement de chacune des pensions.

## 13. GARANTIE DECES TOUTES CAUSES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

### 13.1 DEFINITION

La Mutuelle garantit le versement d'un capital en cas de réalisation des risques suivants en période de garantie :

- Décès survenant avant l'âge d'ouverture du droit à la retraite à taux plein,
- PTIA.

Est considéré comme atteint d'une PTIA, l'assuré qui est reconnu par l'organisme médical compétent, être dans l'incapacité définitive de se livrer à une quelconque activité pouvant lui procurer gain ou profit et être obligé de recourir pendant toute son existence à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Le paiement du capital au titre de la PTIA fait cesser la garantie décès.

#### **Montant de la prestation**

Le montant du capital de base garanti est égal à 100 % de la base annuelle résultant de la rémunération nette de l'assuré, évalué à la date du sinistre.

### 13.2 BENEFICIAIRES

#### **Bénéficiaires**

Sont bénéficiaires des prestations :

- En cas de PTIA : l'assuré lui-même,
- En cas de décès, et sauf désignation expresse par l'assuré d'autres bénéficiaires, le conjoint survivant de l'assuré, non divorcé, non séparé de corps judiciairement, à défaut, par parts égales, les enfants nés ou à naître de l'assuré, à défaut par parts égales ses ascendants, à défaut ses héritiers.
- A la souscription, l'assuré peut choisir d'affecter le capital décès- PTIA à la couverture d'un prêt bancaire en désignant l'organisme financier bénéficiaire de tout ou partie du capital assuré.

En cas de déshérence, les capitaux non réglés sont versés à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) à l'issue d'un délai de dix (10) ans à compter de la date de connaissance du décès par la Mutuelle ou de l'échéance du contrat ou de l'adhésion.

#### **Changement de bénéficiaires :**

L'adhérent a le droit de modifier la clause bénéficiaire du capital décès à tout moment lorsqu'il le souhaite, notamment, lorsque sa situation familiale change (mariage, naissance, séparation, divorce, ...)

### 13.3 JUSTIFICATIFS A FOURNIR

Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide de formulaires de demandes de prestations et les éléments nécessaires au calcul des prestations.

#### En cas de décès :

- Un extrait d'acte de décès,
- La dernière désignation de(s) bénéficiaire(s) établie par l'agent,
- Tout document justifiant de la qualité de bénéficiaire,
- Un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne (RIB - RIP -RICE).

#### En cas de PTIA :

- La notification de la Sécurité Sociale d'un classement en 3ème catégorie ou la décision de la CNRACL d'accorder le bénéfice de la majoration tierce personne,
- Un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne (RIB - RIP -RICE) de l'agent.

## 14. EXCLUSIONS

La Mutuelle ne prend pas en charge les conséquences des risques résultant :

- De guerres civiles ou étrangères et d'émeutes, sauf si les conditions sont fixées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
- Dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiation provenant d'une transmission du noyau de l'atome, comme la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiation provoqués par l'accélération des particules atomiques, de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite,
- Du suicide ou de la tentative de suicide, dans la première année d'assurance (cette exclusion ne s'applique pas dans le cas où l'assuré était précédemment garanti par un contrat de même nature depuis plus d'un an),
- D'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
- Du fait intentionnellement causé par l'assuré (pour les garanties autres que les garanties décès et PTIA),
- De mutilation volontaire, du refus de se soigner au sens du Code de la Sécurité Sociale,

## 15. CONTROLE MEDICAL

Pour tous les sinistres donnant lieu à la prise en charge partielle ou totale des indemnités versées aux agents en application des obligations statutaires de la collectivité territoriale et de l'établissement public adhérents, soit au titre du régime spécial des fonctionnaires, soit au titre du régime général de la Sécurité Sociale, ou pour les sinistres ne donnant plus lieu à une indemnisation au titre des obligations statutaires de la collectivité territoriale et de l'établissement public adhérents les organismes assureurs s'engagent à respecter les décisions de l'autorité administrative de qualification de l'arrêt de travail.

## 16. DECHEANCE

Toute demande de prestations doit être adressée à la Mutuelle au plus tard six (6) mois après la date à laquelle l'agent en situation d'incapacité temporaire de travail est amené à subir une perte de traitement du fait de son Incapacité Temporaire 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.

## 17. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance, et, en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'agent contre la Mutuelle 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 l'agent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans pour la garantie décès, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'agent décédé.

## 18. OMISSION, FRAUDE ET FAUSSE DECLARATION

### 18.1 OMISSION

Conformément au Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'agent 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 l'agent.

A défaut d'accord, la garantie prend fin dans les conditions visées à l'article L221-15 du Code de la mutualité.

La Mutuelle restitue à l'agent la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

L'agent peut formuler une nouvelle demande d'adhésion dans les conditions définies au présent document.

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.



## 18.2 FRAUDE ET FAUSSE DECLARATION

En cas de fraude ou de fausse déclaration de l'agent ayant entraîné le paiement de prestations, la Mutuelle peut décider de la radiation immédiate et sans préavis du contrat.

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 à l'agent, 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 l'agent 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.

Conformément au Code de la mutualité, 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 à l'agent ou à ses bénéficiaires.

## 19. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre des rapports régis par la présente notice d'information, la Mutuelle, en qualité de responsable de traitement est amenée à traiter des données à caractère personnel (ci-après « Données à caractère personnel », « Données personnelles », ou « Données ») concernant les agents et leurs ayants droit.

A ce titre, la Mutuelle se conforme à la Réglementation 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 « Réglementation applicable ») afin d'assurer le respect du droit à la vie privée de ses Membres.

- Base légale des traitements :

Les traitements opérés sur les données à caractère personnel des agents 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 agents (prospection, offres commerciales),
- L'intérêt légitime du responsable de traitement (démarche qualité, contrôle interne...).

- Finalités des traitements :

La Mutuelle traite principalement les données pour les finalités suivantes :

- Gestion des prospectus (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, ...);
- Gestion des cotisations (appels à cotisations, 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 :

- Données relatives aux soins et à l'état de santé.

- Destinataires des données :

Sont seuls destinataires des données traitées :

- Les services internes de la Mutuelle ;
- Les services habilités et le médecin conseil de Rempart Mutuelle.

Peuvent également accéder aux données, dans la limite de leur besoin d'en connaître 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 Réglementation 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 réglementaires, 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 :

La durée de conservation des données est limitée à la durée strictement nécessaire à la réalisation des finalités du contrat.

- Sécurité des données à caractère personnel :

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

- Droits des personnes concernées

Conformément à la réglementation 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 en écrivant à :

Rempart Mutuelle, Service Prévoyance  
1 rue d'Austerlitz - CS 27 261 - 31072 TOULOUSE cedex 6  
ou par courriel à l'adresse [dpo@rempartmutuelle.fr](mailto:dpo@rempartmutuelle.fr)

En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL au 3 Place de FONTENOY - TSA 80 715 - 75 334 PARIS cedex 07 ou <https://cnil.fr>.

En outre, 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, le droit d'accès s'exerce de manière indirecte auprès de la CNIL, conformément à l'article L. 561-45 du Code Monétaire et Financier.

## 20. RECLAMATION ET MEDIATION

L'agent peut adresser une réclamation par écrit à :

Rempart Mutuelle, Service Réclamation  
1 rue d'Austerlitz - CS 27 261 31072 - TOULOUSE cedex 6

La Mutuelle dispose de dix (10) jours ouvrables pour accuser réception de la réclamation. Cet accusé n'est pas nécessaire si la Mutuelle répond par écrit à la réclamation dans le délai mentionné ci-dessus.

La Mutuelle rend un avis motivé dans un délai maximum de 2 mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Le médiateur de la consommation peut être saisi deux (2) mois après l'envoi d'une première réclamation écrite quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel la réclamation a été formulée:

Service de médiation de la consommation - 39 Avenue Franklin D. Roosevelt - 75008 Paris  
consommation@cmap.fr

## 21. TERRITORIALITE

Les garanties de l'agent 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.

## 22. 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.

## 23. DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires 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 ;
- Les informations 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 1<sup>er</sup> 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 :

- Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
- 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 ;
- 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 ;
- Membre d'une cour des comptes ;
- Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- Ambassadeur ou chargé d'affaires ;
- Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- 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 :

- Le conjoint ou le concubin notoire ;
- Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 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 ;
- Les ascendants au premier degré.

III - Sont considérées comme des personnes étroitement associées aux personnes mentionnées au I :

- 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.