

CYBELE SOLIDARITE est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Siren 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 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.

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 :

- **invalidité Permanente**
- **capital Perte de Retraite en cas d'invalidité Permanente**

Ces garanties sont des garanties supplémentaires Optionnelles :

- à la garantie Incapacité Temporaire de Travail de Base assurée par la mutuelle dans le cadre de son règlement mutualiste Cybélia Prévoyance.

Elles ne peuvent pas être souscrites séparément de la garantie Incapacité Temporaire de Travail de base.

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 ainsi qu'à la garantie Incapacité temporaire de travail prévue au règlement mutualiste Cybélia prévoyance.

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.

Invalidité permanente : est considéré comme atteint d'invalidité permanente tout assuré reconnu définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit, dont le taux global d'invalidité est au moins égal ou supérieur à 66 %, ou reconnu par le Régime général de la Sécurité sociale comme étant atteint d'une invalidité non imputable au service classé en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.

CHAPITRE I. ADHESION - MUTATIONS

ARTICLE 4. : ADHESION

4.1. – Modalités d'adhésion

L'adhésion au présent contrat est facultative et conditionnée à l'adhésion à la garantie Incapacité Temporaire de Travail de Base assurée par la mutuelle dans le cadre de son règlement mutualiste Cybélia Prévoyance.

Les membres participants doivent être âgés de moins de 57 ans lors de l'adhésion à la garantie Prévoyance Invalidité et capital perte de retraite pour invalidité.

L'âge de référence pris en compte est l'âge du membre participant défini par la différence entre le millésime de l'année d'adhésion et le millésime de l'année de naissance

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.

Ensuite, chaque personne candidate, après acceptation par sa signature du devis joint en annexe complète la Demande d'Adhésion et la signe. 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.

À la demande d'Adhésion doit être jointe la déclaration d'état de santé si le candidat à l'adhésion peut répondre positivement à l'ensemble des points figurant sur la déclaration d'état de santé et la valider par sa signature.

À défaut de pouvoir valider l'attestation d'état de santé le candidat complète le questionnaire de santé et le valide par sa signature, il est soumis à l'accord préalable du service médical de la mutuelle qui statue au vu du questionnaire de santé, complété s'il y a lieu, par une visite médicale auprès d'un médecin désigné par elle.

À la Demande d'Adhésion doit être jointe pour les membres participants n'optant pas pour le prélèvement, la cotisation des trois premiers mois.

La durée de validité d'un questionnaire de santé est de 3 mois à compter de la date de signature.

La décision de la mutuelle de l'acceptation de la demande d'adhésion est valable 6 mois à compter de la date de notification au candidat à l'adhésion.

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 et de l'attestation d'état de santé et le cas échéant le questionnaire médical le tout dûment complété et signé, accompagné du dernier bulletin de salaire, 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 aux personnels actifs quel que soient leurs statuts y compris les stagiaires en formation et les élèves des écoles relevant de :

- la fonction publique d'État,
- la fonction publique territoriale,
- la fonction publique hospitalière,
- 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 aux garanties ne prendra effet que dans les conditions suivantes :

- les personnes bénéficiant d'un mi-temps 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 mi-temps 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

81 Boulevard Carnot

CS 76945

31069 TOULOUSE CEDEX

, 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 Cybéla Prévoyance invalidité et capital retraite pour invalidité 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. : RÉSILIATION

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 retrouve 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 1^{er} 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

À titre dérogatoire, il peut être mis fin à l'adhésion dans les cas suivants :

- 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.

7.5. – Résiliations automatiques des garanties

La résiliation automatique met un terme à l'ensemble des garanties Prévoyance invalidité optionnelle et capital perte de retraite souscrites et intervient :

- lorsque l'assuré perd la qualité de membre participant de la mutuelle ;
- en cas de cessation d'activité pour les assurés :
 - placés en position de disponibilité au sens de l'article 72 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 et des articles 18 à 26 du décret n° 86-68 du 13 janvier 1986 ou en cas de congé postnatal, admis à faire valoir leurs droits à la retraite ;
- au plus tard au 62^{ème} anniversaire du membre participant ;
- au décès du membre participant.

La résiliation des garanties est de convention expresse fixée au jour de l'événement, la cotisation étant due jusqu'à la fin du mois en cours.

ARTICLE 8. : CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION

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 **Invalidité Permanente** Optionnelle en cours est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation et ceci jusqu'au terme prévu par la garantie **Invalidité Permanente** Optionnelle en aucun cas le versement du **Capital Perte de Retraite en cas d'invalidité Permanente** Optionnelle peut avoir lieu.

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.

ARTICLE 11. : DÉCHÉANCE

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'invalidité permanente et est amené à subir une perte de traitement du fait de son Invalidité Permanente. 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 12. : CONTRÔLE MÉDICAL

12.1. – Visite médicale et enquête

La mutuelle se réserve le droit de 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.

12.2. – 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 13. : FRAUDE ET 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 II. GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE

ARTICLE 14. : BASE DE LA GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE SUPPLEMENTAIRE OPTIONNELLE

14.1. – 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 l'ISSP ou la Prime de rendement ou la Prime de feu à l'exclusion de toutes autres indemnités, primes, rappels et heures supplémentaires.**

ISSP : indemnité de sujétion spéciale de police

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

NBI : nouvelle bonification indiciaire

VP : représentant la valeur du point indice au 1er juillet de l'année N-1.

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 est égale à 100 % du traitement indiciaire annuel brut augmenté, le cas échéant, de la N.B.I, de l'ISSP, de la Prime de FEU, de la prime de rendement 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 est égale à 100 % du traitement indiciaire annuel brut augmenté, le cas échéant, de la N.B.I, de l'ISSP, de la Prime de FEU, de la prime de rendement 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 est égale à la fraction du traitement indiciaire annuel brut augmenté, le cas échéant, de la N.B.I, de l'ISSP, de la Prime de FEU, de la prime de rendement 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 est égale à 100 % du traitement annuel brut perçu durant l'année N-1 à l'exclusion de toutes indemnités, primes, rappels et heures supplémentaires.

14.2. – 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.

À 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.

ARTICLE 15. : DÉFINITION DE LA GARANTIE

La mutuelle garantit le versement, au membre participant, d'indemnités journalières supplémentaires optionnelles en cas d'invalidité permanente survenant au cours de la période d'assurance et avant 62 ans.

Est considéré comme atteint d'invalidité Permanente tout membre participant, qui :

- pour les membres participants relevant du statut de la Fonction Publique Territoriale, a été mis à la retraite pour une invalidité réduisant sa capacité de travail d'au moins de 66 %,

Ou

- pour les membres participants relevant du Régime général de la Sécurité sociale, est atteint d'une invalidité non imputable au service classé en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie,

et, quel que soit le statut ou le régime dont dépend le membre participant, la garantie n'est due que si ce dernier :

- est reconnu par le médecin conseil de la mutuelle comme atteint d'Invalidité Permanente ;
- et qu'il ne perçoit plus son plein traitement avant la date de résiliation de l'adhésion.

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

ARTICLE 16. : MONTANT DES INDEMNITES JOURNALIERES SUPPLEMENTAIRES OPTIONNELLES

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

- le salaire ou le traitement indiciaire net évalué au jour de la constatation de l'invalidité permanente du membre participant, **et**
- la pension d'invalidité servie par la CNRACL, la Sécurité Sociale ou tout autre organisme que perçoit le membre participant.

On entend par traitement indiciaire net le traitement indiciaire brut 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 sociale 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'invalidité permanente à indemniser.

En tout état de cause **le montant de la prestation est limité à 50 % de la 360^{ème} partie de la base de garantie** définie à l'article « BASE DE LA GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE SUPPLEMENTAIRE OPTIONNELLE ».

L'indemnité journalière supplémentaire optionnelle est calculée en 30^{ème} 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 Invalidité permanente, il recouvre les mêmes droits que les membres participants exerçant leur activité à temps plein.

ARTICLE 17. : POINT DE DÉPART, FRANCHISE ET DURÉE DU SERVICE DES INDEMNITES JOURNALIERES SUPPLEMENTAIRES OPTIONNELLES.

La mutuelle initialise le versement des indemnités journalières supplémentaires optionnelles :

- dès épuisement des droits statutaires à congé maladie en application du Statut de la Fonction Publique, et au jour de l'entrée en jouissance de la pension d'invalidité permanente que perçoit le membre participant.
- pour les membres participants affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou régime social obligatoire au titre de l'assurance maladie, dès l'entrée en jouissance d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégories que perçoit le membre participant,

et au plus tard avant le 62^{ème} anniversaire du membre participant qui est la date à laquelle la garantie cesse de produire ses effets

Article 18. : REGLE DE CUMUL

Le cumul des indemnités versées par la mutuelle au titre du présent règlement et :

- les prestations versées au titre d'une pension d'invalidité,
 - les prestations versées par un régime obligatoire,
 - et toute autre indemnité statutaire ou réglementaire ou de même nature,
- ne peut excéder 100 % du salaire ou traitement indiciaire net d'activité évalué au jour de la constatation de l'invalidité permanente.**

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 19. : 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 20. : TERME DU VERSEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES SUPPLEMENTAIRES OPTIONNELLES

La mutuelle cesse le versement de ses prestations indemnité supplémentaire optionnelle dans les cas suivants :

- la reprise d'activité, même partielle du membre participant et dans le cas où l'agent reprend une activité même à temps partiel,
- la fin de l'indemnisation par la CNRACL ou par l'assurance maladie au titre de l'invalidité,
- la liquidation d'une pension de vieillesse par le régime de base du membre participant,
- au décès du membre participant,
- le jour du décès du membre participant,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical effectué par la mutuelle,
- en cas de fausse déclaration et ou de fraude.
- au plus tard au 62^{ème} anniversaire du membre participant.

ARTICLE 21. : DELAI D'ATTENTE

Pour les nouveaux membres participants au présent règlement ou en cas de première adhésion à la garantie Invalidité, 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 invalidité, ne se verra pas appliquer de délai d'attente, s'il justifie d'une attestation émise par cet ancien organisme d'assurance attestant qu'il bénéficiait de la garantie Invalidité de même nature et pour autant que la date d'adhésion du membre participant à la garantie indemnités journalières optionnelles soit concomitante à la date de radiation du précédent organisme.

Article 22. : 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 demande d'indemnisation :

- l'arrêté administratif indiquant notamment la date d'admission à la retraite pour invalidité,
- un extrait de liquidation de la retraite pour invalidité établi par la caisse de retraite dont dépend l'assuré ou la notification d'attribution d'une rente pour invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie Sécurité sociale, un certificat médical mentionnant l'incapacité absolue et définitive,
- le dernier bulletin de salaire indiquant l'indice brut et le montant du plein traitement devant servir de base au calcul des prestations,
- 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,

En début d'année :

- une copie de la carte d'identité ou du livret de famille ou du passeport en cours de validité de l'assuré certifié conforme à l'original par le membre participant,
- et une copie de la carte d'invalidité en cours de validité.

Le membre participant doit informer la mutuelle de tout changement intervenant dans sa situation susceptible d'avoir une incidence sur son 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.

CHAPITRE III. CAPITAL PERTE DE RETRAITE EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE

ARTICLE 23. : DÉFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie est indissociable de la garantie Invalidité Permanente supplémentaire optionnelle. Elle ne peut pas être souscrite séparément à ladite garantie.

Après épuisement de la garantie Invalidité Permanente supplémentaire optionnelle, la mutuelle garantit le versement, au membre participant, d'un capital en cas de perte de retraite en cas d'invalidité permanente survenant au cours de la période d'assurance et au plus tard le 1^{er} jour suivant le 62^{ème} anniversaire du membre participant.

En tout état de cause la garantie cesse de produire ses effets au plus tard au 62^{ème} anniversaire du membre participant.

Est considéré comme atteint d'invalidité Permanente tout membre participant qui :

- pour les membres participants relevant du statut de la Fonction Publique Territoriale, a été mis à la retraite pour une invalidité réduisant sa capacité de travail d'au moins de 66 %,
- ou
- pour les membres participants relevant du Régime général de la Sécurité sociale, est atteint d'une invalidité non imputable au service classé en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie,

et, quel que soit le statut ou le régime dont dépend le membre participant, la garantie n'est due que si ce dernier :

- est reconnu par le médecin conseil de la mutuelle comme atteint d'Invalidité Permanente,
- et qu'il ne perçoit plus son plein traitement avant la date de résiliation de l'adhésion.

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

ARTICLE 24. : MONTANT DU CAPITAL RETRAITE EN CAS D'INVALIDITE

Le capital est versé en une seule fois au membre participant ayant épuisé la garantie Invalidité permanente et est égal au produit d'une rente annuelle théorique multipliée par un coefficient de transformation.

Le montant de la rente annuelle théorique, servant de base de calcul du montant du capital à verser au titre de la présente garantie, est égal à la différence entre 100% du montant de la retraite théorique à laquelle aurait pu prétendre l'assuré s'il avait exercé son activité au plus tard jusqu'à l'âge de 62 ans, et le montant annuel de la pension de retraite réellement perçue, à l'exception des retraites complémentaires souscrites volontairement par ailleurs par l'assuré.

Le coefficient de transformation de la rente en capital est égal à 10. Le montant du capital versé est égal à 10 fois le montant de la rente annuelle théorique.

Règle de cumul applicable au calcul de la rente annuelle théorique

La somme du montant des pensions et retraites des régimes légaux et de la rente annuelle théorique calculé par l'assureur ne peut excéder le produit de 75 % du traitement indiciaire brut annuel, défini ci-dessus, par le pourcentage du plafond de la rente annuelle théorique, diminué des cotisations sociales obligatoires.

Le montant de la rente annuelle théorique est plafonné à 50 % du traitement indiciaire net ou salaire net.

ARTICLE 25. : VERSEMENT DU CAPITAL ET FRANCHISE

En cas de perte de retraite consécutive à une invalidité permanente, la mutuelle verse au membre participant un capital en cas de survenance du risque perte de retraite consécutive à une Invalidité Permanente.

Cette prestation est exclusivement versée pour la perte de retraite consécutive à une invalidité 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.

Le capital est versé en une seule fois au membre participant après épuisement de la garantie Invalidité permanente ou à la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite pour inaptitude définitive servie par le régime du membre participant.

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.

ARTICLE 26. : DELAI D'ATTENTE

Pour les nouveaux membres participants au présent règlement ou en cas de première adhésion à la garantie Perte de retraite pour Invalidité, 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 invalidité, ne se verra pas appliquer de délai d'attente, s'il justifie d'une attestation émise par cet ancien organisme d'assurance attestant qu'il bénéficiait de la garantie Invalidité de même nature et pour autant que la date d'adhésion du membre participant à la garantie indemnités journalières optionnelles soit concomitante à la date de radiation du précédent organisme.

Article 27. : 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 et des éléments nécessaires au calcul du capital. A l'appui de la demande, le membre participant fournit un titre de pension de retraite.

TITRE IV – LES COTISATIONS

ARTICLE 28. : MONTANT DE LA COTISATION

28.1. – LES GARANTIES INVALIDITE PERMANENTE ET CAPITAL PERTE DE RETRAITE EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE

Elles sont accordées 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 INVALIDITE PERMANENTE SUPPLEMENTAIRES OPTIONNELLE** » à laquelle est appliqué le taux suivant selon la fonction publique d'appartenance du membre participant :

- la Police Nationale :	0,88%
- les Pompiers et le personnel des SDIS :	0,88%
- la Police Municipale et Agent de surveillance de la ville de Paris :	0,88%
- les ouvriers d'État de la gendarmerie nationale :	0,88%
- le personnel d'État relevant des autres Ministère :	0,88%
- les Conseils Régionaux, Généraux, Préfecture :	0,88%
- les Agents Hospitaliers relevant de la fonction publique Hospitalière et cotisant au CGOS :	0,88%
- les Agents Hospitaliers relevant de la fonction publique Hospitalière ne cotisant pas au CGOS :	0,88%
- les Mairies, OPHLM, Communauté des communes, collectivité locale :	0,88%

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 29. : 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.

ARTICLE 30. : 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 au capital 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 31. : 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 fautive 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 32. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

32.1. 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 substituant 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.

32.2. 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 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 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 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

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.

32.3. 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.

32.4. 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 Opossetel – 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>

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation près 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 33. : MODIFICATION DU PRÉSENT RÈGLEMENT

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. 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.

ARTICLE 34. : VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- le présent règlement mutualiste,
- 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 35. : ADHESION À DISTANCE

35.1. – 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.

35.2. – 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.

35.3. – Langue utilisée

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

35.4. – 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 36. : 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 45 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 FNM (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
FNM
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 FNM est sans préjudice sur une éventuelle action ultérieure devant les tribunaux compétents.

ARTICLE 37. : AUTORITE DE CONTRÔLE

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 38. : 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.
- celles nécessaires pour contrôler la destination finale des fonds versées par la mutuelle au titre du règlement des prestations.

À 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 VI – GESTION

Le présent règlement mutualiste 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**