

Règlement Mutualiste

CYBELIA PREVOYANCE PRIMES ET INDEMNITES

Le Règlement mutualiste CYBELIA Prévoyance Primes et Indemnités est assuré par la Mutuelle du Rempart, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro Siren n°776 950 537 dont le siège social est situé 1 rue d'Austerlitz - CS 27 261 – 31072 TOULOUSE cedex 6. Elle est affiliée à la Fédération Nationale de l'Innovation Mutualiste (FNIM).

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1. : NATURE ET OBJET DU REGLEMENT

Le présent règlement mutualiste est régi par le Code de la mutualité.

Il a pour objet, en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 5 des Statuts de la Mutuelle, de définir les droits et obligations réciproques existant entre les membres participants de la Mutuelle et la Mutuelle, dans le cadre de la garantie des risques suivants :

- Incapacité Temporaire de Travail

Cette garantie est une garantie supplémentaire optionnelle :

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

Elle ne peut pas être souscrite 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 et à jour du paiement des cotisations, ainsi qu'à la garantie Incapacité temporaire de travail prévue au règlement mutualiste Cybéla 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, du Règlement mutualiste « Cybéla prévoyance » 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.

TITRE II – ADHESION, MUTATIONS, RESILIATION

CHAPITRE I. ADHESION – MUTATIONS

ARTICLE 4. : ADHESION

4.1. – Modalités d'adhésion

Chaque personne candidate à l'adhésion se voit remettre avant la signature de la Demande d'Adhésion, les Statuts de la Mutuelle et le présent Règlement mutualiste.

Ensuite, chaque personne candidate, après acceptation par sa signature du devis joint en annexe complète la Demande d'Adhésion notamment du niveau de garantie dans le respect des limites minimales et maximales indiquées à ladite demande. Puis elle la signe et la transmet à la Mutuelle accompagnée de son dernier bulletin de salaire ou d'une attestation de l'employeur faisant apparaître le montant brut des primes et indemnités à garantir.

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.

4.2. – Date d'effet de l'adhésion

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

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois civil suivant la réception du dossier complet comprenant nécessairement la Demande d'Adhésion dûment complétée et signée, accompagnée du dernier bulletin de salaire ou d'une attestation de l'employeur du membre participant faisant apparaître le montant brute des primes et indemnités à garantir, de la première cotisation et, le cas échéant, du certificat de radiation du précédent organisme assureur, le mandat de prélèvement SEPA des cotisations sur compte bancaire ou postal accompagné d'un RIB.

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

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

4.3. – Durée de l'adhésion

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

4.4. – Modification de l'adhésion

Le membre participant doit informer la mutuelle de

- tout changement d'activité professionnelle telle que le membre participant ne remplit plus les conditions fixées à l'article « CONDITIONS D'ADHESION »
- toute modification des conditions d'exercice de sa profession
- toute cessation temporaire ou définitive de son activité
- tout changement de son état civil
- tout changement de son adresse
- tout changement dans le montant de ses primes et indemnités annuel brut
- tout changement concernant le RIB

ARTICLE 5. : CONDITIONS D'ADHESION

5.1. – Conditions liées à l'activité professionnelle

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

- la fonction publique 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 suivantes : la personne candidate à l'adhésion ne soit ni en arrêt de travail, ni en mi-temps thérapeutique, ni en disponibilité d'office, ni suspendu de ses fonctions, au moment de la demande d'adhésion et n'ait pas été en arrêt de travail dans les deux mois précédant ladite demande.

L'adhésion à la garantie prendra effet 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, ladite demande ne sera pas prise en considération, elle devra être renouvelée après leur reprise d'activité à temps complet.

- Les personnes réintégréées 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 prévues au présent Règlement mutualiste.

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 adresser sa demande de renonciation à

Mutuelle du Rempart – Service Prévoyance
1 rue d'Austerlitz
CS 27 261
31072 TOULOUSE CEDEX 6

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

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

La lettre de renonciation pourra être rédigée en ces termes :

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

CHAPITRE II. RESILIATION

ARTICLE 7. : RESILIATION

7.1. – Résiliation par le membre participant

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

Mutuelle du Rempart – Service Prévoyance
1 rue d'Austerlitz - CS 27 261
31072 TOULOUSE CEDEX 6

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

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

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

7.2. – Résiliations exceptionnelles

Conformément à l'article L.221-17 du Code de la mutualité, lorsque le membre participant ne remplit plus les conditions nécessaires pour demeurer dans sa garantie ou en cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession, ou de départ en retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des

parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

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 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 mise en demeure.

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

7.4. – Résiliations dérogatoires

A titre dérogatoire, il peut être mis fin à l'adhésion dans 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.

ARTICLE 8. : CONSEQUENCES DE LA RESILIATION

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

En cas de résiliation de l'adhésion, le service des prestations Incapacité Temporaire de Travail Supplémentaire 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 Incapacité Temporaire Totale de Travail Supplémentaire optionnelle.

TITRE III – LES GARANTIES

CHAPITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES

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 première année de l'adhésion,
- Du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'assuré, des lors que ce bénéficiaire a été condamné,
- De faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante,
- De guerre civile ou étrangère, d'attentat, 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, des lors que l'assuré y prend une part active,
- Du fait intentionnellement causé ou provoqué par l'assuré ou le bénéficiaire,

- De mutilation volontaire, du refus de se soigner au sens du code de la sécurité sociale, blessures ou maladies.
- Des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome,
- De démonstrations, raids, acrobaties, compétitions, matches, paris, tentatives de records,
- De vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- De vols sur ailes volantes, Ulm, parapente, rallyes, courses motocyclistes et automobiles, sauts à l'élastique,
- D'activités sportives ou de loisirs pratiquées dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudence élémentaire ou pratiquées au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait ou pratiquées à titre professionnel,
- De cataclysmes, catastrophes naturelles, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée,
- D'usage de stupéfiants, drogues, produits toxiques,
- D'ingestion de médicaments non prescrits ou absorbés abusivement,
- D'accidents dont est victime l'assuré alors qu'il se trouve en état d'alcoolémie ou d'ivresse manifeste, lorsque sa responsabilité est engagée.

CHAPITRE II. GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE SUPPLEMENTAIRE OPTIONNELLE

ARTICLE 11. : BASE DE LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE SUPPLEMENTAIRE OPTIONNELLE

11.1. – Montant de la base de garantie

Le montant de la base de garantie figure sur le Certificat d'Adhésion du membre participant.

Il peut excéder le montant annuel brut des primes et indemnités, perçus par le membre participant dans la limite d'une tranche supplémentaire et qui ne sont pas garantis dans le cadre de la garantie Incapacité Temporaire de Travail de base.

Le montant de la base de garantie ne couvre pas :

- les heures supplémentaires, les heures surcompensées, jours fériés, dimanches et nuits hormis l'indemnité horaire de nuit instituées par le décret n° 81-959 du 21 octobre 1981.
- la rémunération des astreintes,
- les primes de vacances,
- les primes des régisseurs.

11.2. – Modification de la base de garantie

Le membre participant peut modifier le montant de la base de garantie au cours de l'adhésion.

S'il souhaite l'augmenter, il devra justifier auprès de la mutuelle qu'il n'est pas dans l'une des situations suivantes :

- en arrêt de travail,
- en reprise à temps partiel dans un cadre thérapeutique,
- en disponibilité d'office ou suspendu de ses fonctions,
- et n'ai pas été en arrêt de travail dans les deux mois précédant la demande de modification de garantie.

Il devra par ailleurs être à jour du paiement des cotisations dues à la mutuelle.

Il complète une Demande de Modification de Garanties, la signe et la transmet à la mutuelle accompagnée de son dernier bulletin de salaire ou d'une attestation de l'employeur faisant apparaître le montant brut des primes et indemnités à garantir.

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

La date d'effet de la modification de garanties est le premier jour du mois civil suivant la réception du dossier complet comprenant nécessairement la Demande de modification de garantie dûment complétée et signée, le dernier bulletin de salaire ou une attestation de l'employeur du membre participant faisant apparaître le montant brut des primes et indemnités à garantir:

Si la mutuelle refuse la Demande de Modification de Garanties, la mutuelle en informe la personne candidate et lui rembourse les cotisations qu'il a versées à ce titre.

ARTICLE 12. : DEFINITION DE LA GARANTIE

La Mutuelle garantit le versement, au membre participant, d'indemnités journalières supplémentaires optionnelles à celles prévues dans le cadre de la garantie Incapacité Temporaire de base, en cas d'incapacité temporaire totale de travail survenant au cours de la période d'assurance.

Est considéré comme atteint d'incapacité temporaire totale de travail tout membre participant,

- qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au cours de l'adhésion est mis dans l'incapacité temporaire totale de travail d'exercer ses fonctions,
- et est placé à ce titre par son employeur en congé de maladie, disponibilité pour raison de santé ou temps partiel pour raison thérapeutique conformément aux statuts de la fonction Publique,
- et / ou perçoit à ce titre des prestations du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale ou d'un régime social obligatoire au titre de l'assurance maladie.

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

ARTICLE 13. : 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 :

- Et
- Les primes et les indemnités nettes que percevrait le membre participant s'il était en activité de service,
 - Les primes et les indemnités nettes que le membre participant continue à percevoir dans son administration, ou pour les non titulaires les primes et les indemnités nettes que le membre participant continue à percevoir de son employeur.

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

En tout état de cause le montant de la prestation est limité au montant de la garantie souscrite par le membre participant telle que figurant sur son Certificat d'Adhésion.

L'indemnité journalière supplémentaire optionnelle est calculée en 30ème de mois (tous les mois étant réputés être de 30 jours conformément aux statuts de la fonction publique.)

Pour les agents à temps partiel, à l'issue de la période de temps partiel autorisé, si le membre participant demeure en Incapacité Temporaire Totale de travail, il recouvre les mêmes droits que les membres participants exerçant leur activité à temps plein.

ARTICLE 14. : POINT DE DEPART, ET DUREE DU SERVICE DES INDEMNITES JOURNALIERES SUPPLEMENTAIRES OPTIONNELLES

La Mutuelle initialise le versement des indemnités journalières supplémentaires optionnelles :

- dès que les primes et indemnités nettes versées par l'employeur en application du Statut de la Fonction Publique, ne garantit plus le maintien des primes et indemnités nettes du membre participant.
- pour les membres participants affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou régime social obligatoire au titre de l'assurance maladie, la prestation de la mutuelle est servie dès que ses primes et ses indemnités nettes ne sont plus garanties du fait de son incapacité de Temporaire Totale de Travail.

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

Toutefois, en ce qui concerne le congé de maladie ordinaire, la garantie ne prend pas en charge les 10 % de différence entre le maintien intégral des primes et le taux de remplacement de 90 %

Les primes et indemnités nettes sont les primes et indemnités brutes soumises à retenue pour pension diminué de l'ensemble des cotisations sociales obligatoires (retraite, IRCANTEC, Sécurité sociale, CSG, CRDS, Contribution de solidarité...).

Que les arrêts de travail ou la reprise d'activité à temps partiel pour des raisons thérapeutiques soient continus ou discontinus, les périodes indemnisées se cumulent dans la limite de 1080 indemnités journalières.

Toutefois en cas de congé de longue durée continu ou discontinu, les périodes indemnisées se cumulent dans la limite de 1800 indemnités journalières incluant la reprise d'activité à temps partiel pour raison de thérapeutique.

En cas de mise en disponibilité d'office pour raison de santé, les indemnités journalières sont servies dans la limite de 1080 jours d'interruption de travail incluant les périodes prises en charge par la mutuelle et les périodes prises en charges à 100% par l'employeur ainsi que les périodes de reprise d'activité à temps partiel pour raison thérapeutique.

ARTICLE 15. : REGLE DE CUMUL

Le cumul des indemnités versées par la mutuelle au titre du présent règlement, cumulées à celles relatives au règlement Cybéla prévoyance avec :

- les primes et indemnités versées au titre du maintien de la rémunération par l'Administration,
- et toute autre indemnité statutaire ou réglementaire ou de même nature,

ne peut excéder 100 % du montant de la base de garantie souscrite par le membre participant et dans la limite du montant annuel net des primes et indemnités perçues par le membre participant.

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 lui rétablit le régime indemnitaire pour les périodes indemnisées par la mutuelle.

ARTICLE 16. : REVALORISATION DES INDEMNITES JOURNALIERES

En cours de service, le montant des prestations Indemnités Journalières supplémentaires optionnelles est revalorisé en fonction de l'évolution des primes et indemnités de la Fonction Publique telle que publiée au Journal Officiel et dans la limite de la base de garantie.

ARTICLE 17. : TERME DU VERSEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES SUPPLEMENTAIRES OPTIONNELLES

La mutuelle cesse le versement de ses prestations indemnités supplémentaires optionnelles dans les cas suivants :

- la reprise d'activité, même partielle du membre participant,
- en cas d'aptitude même partielle reconnue par l'administration du membre participant,
- toutefois dans le cas où l'agent reprend son activité à temps partiel pour des raisons thérapeutiques, la mutuelle maintient le versement des Indemnités Journalières en les réduisant proportionnellement au taux d'activité dans la limite d'un an,
- la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,
- la date de prise en charge, par l'organisme liquidateur, au titre de la retraite pour invalidité,
- la liquidation de la pension de retraite, ou l'âge auquel le membre participant peut y prétendre,
- le jour du décès du membre participant,
- l'épuisement des 1080 ou 1800 indemnités journalières dans les conditions visées à l'article « POINT DE DEPART ET DUREE DU SERVICE DES INDEMNITES JOURNALIERES SUPPLEMENTAIRES OPTIONNELLES »,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical effectué par la mutuelle,
- en cas de fausse déclaration et ou de fraude.

ARTICLE 18. : DELAI D'ATTENTE

Pour les nouveaux membres participants au présent règlement, il est instauré un délai d'attente de 6 mois. Aucun sinistre survenant pendant cette période ne sera garanti.

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

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

Lorsque le membre participant demande une augmentation de la base de la garantie, il est instauré un délai d'attente de 6 mois suivant la date d'effet de la modification du niveau de la garantie. En cas de sinistre survenant pendant cette période, la mutuelle indemniserà le membre participant sur la base de garantie qu'il avait précédemment choisie.

Toutefois ce délai d'attente ne s'applique pas lorsque l'augmentation de la base de garantie est consécutive à une évolution professionnelle au sein de l'Administration (passage à un échelon supérieur, promotion, mutation...) et que cette demande est présentée dans un délai de trois mois de ladite évolution. Dans un tel cas, le membre participant devra communiquer à la mutuelle les justificatifs nécessaires.

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

ARTICLE 19. : DECLARATION DES SINISTRES

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

Pour une première demande d'indemnisation :

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

En cas de prolongation de l'arrêt de travail :

- tout document émis par son employeur, (arrêté, décision ou attestation administrative) indiquant notamment la nature du congé (congé de maladie, congé de longue durée, congé de longue maladie etc....) ainsi que les périodes à plein traitement, demi-traitement, sans traitement, ou autre,
- les bulletins de salaire où figurent la perte des primes et indemnités et ou les décomptes émis par la Sécurité sociale et ou les décomptes de prestations servies par tout autre organisme,
- le formulaire de perte de primes et indemnités établi par la mutuelle et dûment complété par l'employeur et le membre participant.

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

ARTICLE 20. : CONTROLE MEDICAL

20.1 – Visite médicale et enquête

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

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

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

20.2 – 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 consultant 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 consultant 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 21. : OMISSION, FRAUDE ET FAUSSE DECLARATION

Omission :

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

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

Fausse déclaration :

En cas de fraude ou de fausse déclaration du membre participant ayant entraîné le paiement de prestations, la mutuelle peut décider de la suspension immédiate et sans préavis du service de la prestation et la nullité de la garantie. Une enquête sera demandée par la mutuelle afin que l'intéressé fournisse toutes explications nécessaires.

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

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle faite par le membre participant entraîne la nullité de la garantie dès lors que cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou diminue l'opinion pour la mutuelle, et ce alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. La mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées au membre participant ou à ses bénéficiaires.

TITRE IV – LES COTISATIONS

ARTICLE 22. : MONTANT DE LA COTISATION

La garantie Incapacité Totale de Travail supplémentaire optionnelle est accordée par la mutuelle au membre participant moyennant le paiement d'une cotisation annuelle calculée par tranche de garantie selon le niveau de la base de garantie choisie par le membre participant tel que figurant sur son Certificat d'Adhésion et suivant la fonction publique d'appartenance du membre participant :

Le montant de ces cotisations est fixé annuellement par le Conseil d'administration de La Mutuelle du Rempart.

ARTICLE 23. : PAIEMENT DE LA COTISATION

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

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

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

TITRE V – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 24. : SUBROGATION

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

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

ARTICLE 25. : 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.

ARTICLE 26. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

26.1. Définitions spécifiques

Dans le cadre des rapports régis par le présent Règlement mutualiste 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.

26.2. Modalités de traitement des données à caractère 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 Protection juridique professionnelle ;
- Les services habilités et le médecin consultant 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.

26.3. Sécurité des données à caractère personnel

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

26.4. Droits des personnes concernées

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 27. : MODIFICATION DU PRESENT REGLEMENT

Conformément à l'article 22 des statuts de la mutuelle, les évolutions du présent règlement, qu'il s'agisse des règles de gestion et des évolutions de montants et taux des cotisations et des prestations, relèvent de la compétence du Conseil d'administration. 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 28. : 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 29. : ADHESION A DISTANCE

29.1. – 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.

29.2. – 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.

29.3. – Langue utilisée

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

29.4. – Fonds de Garanties

Le membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie destinés 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 30. : 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 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.

En l'absence de réponse dans un délai de deux mois après l'envoi de la réclamation ou si l'auteur de la réclamation n'est pas satisfait de la réponse apportée, ce dernier a la possibilité de saisir Le Médiateur.

CMAP
Service Médiation de la consommation
39, avenue F.D. Roosevelt
75008 PARIS
soit via l'adresse mail : consommation@cmap.fr

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

Le médiateur peut être saisi dans un délai maximum d'un an à compter de la date d'envoi de la première réclamation écrite.

Le recours à la médiation est gratuit. Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être obtenues sur demande.

ARTICLE 31. : AUTORITE DE CONTROLE

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

ARTICLE 32. : 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 versés par la mutuelle au titre du règlement des prestations.

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

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

I. – Le membre participant (...), qui est exposé à des risques particuliers en raison de ses fonctions, est une personne résidant dans un pays autre que la France et qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions suivantes :

- 1° chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
- 2° membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;
- 3° membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
- 4° membre d'une cour des comptes ;
- 5° dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- 6° ambassadeur ou chargé d'affaires ;
- 7° officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- 8° membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- 9° directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

II. – Sont considérées comme des personnes connues pour être des membres directs de la famille des personnes mentionnées au I :

1° le conjoint ou le concubin notoire ;

2° le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;

3° les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;

4° Les ascendants au premier degré.

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

1° les personnes physiques qui, conjointement avec la personne mentionnée au I, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger ;

2° les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la personne mentionnée au I ;

3° toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la personne mentionnée au I.