



**Votre agence**

GROUPAMA COLL VOUVRAY  
60 BD DUHAMEL DU MONCEAU  
45166 OLIVET CEDEX  
Tél. : 0969365300

COMMUNE DE ROCHECORBON  
M LE MAIRE  
MAIRIE  
PLACE DU 8 MAI 1945  
37210 ROCHECORBON

**Vos références**

Numéro client / identifiant internet : 01282738  
Numéro du souscripteur : 01024949D



**ASSURANCE DES COLLECTIVITES - APPELS D'OFFRE**  
**CONDITIONS PERSONNELLES**

**CE CONTRAT EST ETABLI ENTRE**

La Caisse Locale de  
CL VOUVRAY

et COMMUNE DE ROCHECORBON  
M LE MAIRE  
MAIRIE  
PLACE DU 8 MAI 1945  
37210 ROCHECORBON

**REFERENCES**

Numéro du souscripteur : 01024949D  
Numéro de contrat : 2009  
Date de prise d'effet des garanties : 01/01/2025  
Date d'échéance : 0101  
Date de fin des garanties : 31/12/2028  
Fractionnement de paiement : Trimestriel TIP  
Préavis de résiliation : 2 mois

3  
9  
6/  
155 7  
281421



N° souscripteur : 01024949D

**SOMMAIRE**

L'ENTITE ASSUREE .....	3
DEFENSE DES DROITS ET INTERETS .....	4
LES DISPOSITIONS PARTICULIERES .....	4
LE DETAIL DE LA COTISATION .....	4
LES INFORMATIONS CLIENT .....	5
LES MENTIONS LEGALES .....	5
LA REMISE DES DOCUMENTS CONTRACTUELS .....	6
LA SIGNATURE DES PARTIES .....	7

**Groupama Paris Val de Loire**

Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles Paris Val de Loire - 60 bd Duhamel du Morceau - CS 10609 - 45166 Olivet Cedex.

Siège social : 1 bis avenue du Docteur Ténine - CS 90064 - 92184 Antony Cedex - 382 285 260 RCS Nanterre.

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 Place de Budapest CS 32459 75436 Paris Cedex 09.





N° souscripteur : 01024949D

### L'ENTITE ASSUREE

**COMMUNE DE ROCHECORBON**

Représentée par : Le Maire

Nature juridique : COMMUNES

### DONNEES GENERALES

Budget de fonctionnement : 3 524 750 €

Masse salariale : 1 811 840 €

Nombre d'habitants : 3 193 habitants



3

9

7/

157 7

281421



#### Groupama Paris Val de Loire

Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles Paris Val de Loire - 60 bd Dunamel du Morceau - CS 10609 - 45166 Olivet Cedex.

Siège social : 1 bis avenue du Docteur Tenne - CS 90064 - 92184 Antony Cedex - 382 285 260 RCS Nanterre.

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution située 4 Place de Budapest CS 32459 75436 Paris Cedex 09.



N° souscripteur : 01024949D

## DEFENSE DES DROITS ET INTERETS

### LES INFORMATIONS QUE VOUS NOUS AVEZ DECLAREES :

Les compétences et activités que vous avez déclarées au titre de la garantie RESPONSABILITE GENERALE ci-avant.

### LES GARANTIES QUE VOUS AVEZ CHOISIES :

A l'indice FFB de 1163,6 au 2ème trimestre 2023		
GARANTIES	Garanties choisies	Limites de garanties
DEFENSE PENALE ET RECOURS AGENTS - ELUS		
INFORMATIONS JURIDIQUES AGENTS - ELUS	OUI	(1)
DEFENSE PENALE ET RECOURS AGENTS - ELUS	OUI	BAREME 2 (1)

(1) Se reporter au Tableau des Montants de Garanties et des Franchises

## LES DISPOSITIONS PARTICULIERES

### DEFENSE DES DROITS ET INTERETS

#### Clause 72 - Protection Fonctionnelle des Agents et des Elus

Vous bénéficiez d'une prestation Protection Fonctionnelle des Agents et des Elus assurée par un service spécialisé de la Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles, distinct des services qui gèrent les sinistres des autres branches d'assurance.

La Caisse Régionale a, au titre de cette prestation, la qualité d'assureur.

Vos demandes d'information ou de prestation pouvant être formulées du **lundi au vendredi de 9H00 à 12H30 et de 13H30 à 18H00 :**

- soit par téléphone : 03.44.06.83.13

- soit par courrier électronique : [Sinistres-ProtectionJuridique@groupama-pvl.fr](mailto:Sinistres-ProtectionJuridique@groupama-pvl.fr)

Le champ d'application des garanties, les conditions de mise en œuvre ainsi que le cadre de notre intervention sont précisées dans vos conditions générales.

## LE DETAIL DE LA COTISATION

La cotisation annuelle est de 983,22 € HT, soit 1 114,97 € TTC

### Détail de votre cotisation prévisionnelle :

	Cotisation HT (euros)	Cotisation TTC (euros)
Défense des droits et intérêts	983,22 €	1 114,97 €





N° souscripteur : 01024949D

Tenant compte de la modulation pour fractionnement de paiement : Trimestriel TIP

*Cette cotisation sera exigible intégralement à l'échéance du contrat et payable par fraction selon l'échéancier convenu. Le fractionnement prendra fin de plein droit en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à la date fixée.*

## LES INFORMATIONS CLIENT

### Protection des données personnelles

Les données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont traitées par l'Assureur dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, à la gestion de nos relations commerciales et contractuelles, à la lutte contre la fraude, ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur.

Elles sont destinées à votre conseiller et aux services de l'Assureur de chacune de vos garanties (Assurance, Banque et services) selon finalités et dispositions prévues aux conditions générales de votre contrat.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition à ces informations en vous adressant par courrier à votre Assureur (voir adresse ci-après) ou par le biais de notre site internet [www.groupama.fr](http://www.groupama.fr)



## LES MENTIONS LEGALES

La Caisse Locale d'Assurances Mutuelles Agricoles ayant souscrit un traité de Réassurance emportant substitution auprès de la Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles elle-même réassurée auprès de :

**Caisse Nationale de réassurance mutuelle agricole Groupama**  
Siège social : 8-10, rue d'Astorg  
75383 PARIS Cedex 08  
343.115.135 RCS PARIS.

**Entreprises régies par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).**

Substitution du réassureur :

Conformément à l'article R322.132 du Code des assurances, la Caisse Régionale se substitue à votre Caisse Locale réassurée pour la constitution des garanties prévues par la réglementation des entreprises d'assurance et l'exécution des engagements d'assurance pris par votre Caisse Locale.

3  
9  
8/  
159 7  
281421



N° souscripteur : 01024949D

## LA REMISE DES DOCUMENTS CONTRACTUELS

Le présent contrat est élaboré sur la base des informations déclarées par le souscripteur à assurer.

Ce contrat est complété par les documents indiqués ci-dessous, qui y sont joints :

- Dispositions Générales - Référence : 3350-233404 - modèle NOCP06 - édition janvier 2024
- Fascicule « Responsabilité Générale COMMUNES » - Référence : 3350-233411 modèle : NOCP03 édition mars 2024
- Fascicule « La défense des droits et des intérêts » - Référence : 3350-233410 - modèle NOCP02 - édition janvier 2024
- Fiche d'information relative au fonctionnement des garanties « Responsabilité Civile » dans le temps - Référence : 3350-216063 édition juillet 2018
- Tableau des montants des garanties et des franchises - Référence : 3350-233415 - modèle TNOCP06 - édition janvier 2024
- Annexe « Cybersécurité » - Référence 3350-93501 - édition mars 2023

Vous reconnaissez avoir reçu, pris connaissance et accepté préalablement à la signature du présent contrat un exemplaire de l'ensemble des documents contractuels listés ci-dessus du contrat VILLASSUR, plan d'assurance des Collectivités Publiques, ainsi que des statuts de votre Caisse Locale



### Groupama Paris Val de Loire

Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles Paris Val de Loire - 60 bd Dunamel du Morceau - CS 10609 - 45166 Olivet Cedex.  
Siège social : 1 bis avenue du Docteur Fénine - CS 90064 - 92184 Antony Cedex - 382 285 260 RCS Nanterre.

Entrez se régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.





N° souscripteur : 01024949D

**LA SIGNATURE DES PARTIES**

Vous certifiez que les réponses aux questions qui vous ont été posées dans le formulaire de déclaration de risques pour l'établissement du présent document et pour servir de base au contrat, sont sincères, exactes et complètes.

Nous attirons votre attention sur le fait que, en cas de conclusion du contrat toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part peut entraîner la nullité du contrat (article L113-8 du Code des assurances),

- toute omission ou déclaration inexacte vous expose à une augmentation de cotisation ou à une résiliation du contrat et, le cas échéant, à supporter la charge d'une partie des indemnités (article L113-9 du Code des assurances),

- vous devez déclarer en cours de contrat les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur (article L113-2 du Code des assurances),

- la résiliation ou la suspension d'un contrat affecté d'au moins un sinistre survenu au cours des 24 derniers mois (avec responsabilité ou en cas de vol) ou pour manquement à ses obligations contractuelles (non-paiement exact de la cotisation, fausse déclaration) peut être enregistrée dans un fichier central professionnel.

Le contrat sera conclu à compter du 01/01/2025 au 31/12/2028. Le délai de dénonciation sera de 2 mois au moins avant la date d'échéance annuelle, le cachet de la poste faisant foi.

**Fait en double exemplaire à Antony**

Le 28/01/2025

Pour la Caisse Régionale et par délégation de la  
Caisse Locale, le Directeur Général

Pour le Souscripteur : Emmanuel  
DODENIL, le Maire  
(nom, prénom et signature du représentant  
légal)

Date : 04 février 2025.



281421 161 7 9/ 9 3

