

IPECA

NOTICE D'INFORMATION

Ensemble du personnel

Garanties en vigueur au 01/10/2022

PREVOYANCE

Décès - Incapacité - Invalidité

AIRBUS

AIRBUS SAS / CONTRAT N° 2221/800

PRÉ AM BU LE

**IPECA est l'Institution de prévoyance du monde
aéronautique et aérospatial civil et militaire.**

Elle protège les femmes et les hommes de ce secteur
dans tous les domaines de la protection sociale
complémentaire, collective ou individuelle,
en santé comme en prévoyance.

IPECA PRÉVOYANCE / 5 rue Paul Barruel / 75740 Paris cedex 15

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, relevant de l'Autorité de Contrôle Prudentiel
et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 15.

SOMMAIRE³

#1

DISPOSITIONS SPECIFIQUES

4

Préambule

5

Définitions

5

Les bénéficiaires du capital décès

6

Calcul du salaire de référence

8

#2

PRESTATIONS

9

Définitions des garanties décès

10

Prestations décès

12

Définition de la garantie arrêt de travail : Incapacité - Invalidité

15

Cumul des prestations : Incapacité - Invalidité

17

Prestations arrêt de travail : Incapacité - Invalidité

18

Garanties présentant un Degré Elevé de Solidarité

18

#3

PIÈCES À FOURNIR

20

En cas d'arrêt de travail : Incapacité - Invalidité

21

En cas de décès

22

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD)

23

#4

DISPOSITIONS GENERALES

25

Exclusions

26

Revalorisations

27

Cessation des garanties

28

Suspension du contrat de travail

28

Maintien des prestations incapacité temporaire de travail et invalidité en cours de service

31

Maintien des garanties décès en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité

31

Maintien des garanties dans le cadre de la portabilité

32

Prescription

33

Contrôle médical

34

Réclamation et médiation

35

Loi informatique et libertés

35

Subrogation

37

#1

DISPOSITIONS SPECIFIQUES



Préambule

AIRBUS SAS a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire garantissant les risques décès, incapacité et invalidité pour l'ensemble de son personnel.

La société AIRBUS SAS agit tant pour son compte que pour celui des entités juridiques listées au contrat d'assurance.

Chaque salarié est affilié de manière obligatoire auprès d'IPECA PRÉVOYANCE à la date d'effet du contrat souscrit par la société AIRBUS SAS ou dès son embauche.

Toute personne remplissant les conditions d'affiliation est dénommée ci-après le « *Participant* ».

Ce contrat est assuré par IPECA PRÉVOYANCE.

Définitions

DÉFINITION DU CONJOINT

Au sens du contrat, par « *Conjoint* », il faut entendre :

- > **L'époux ou l'épouse** du Participant non séparé(e) de corps judiciairement au jour du décès tel que défini dans le Code civil et non séparé(e) à l'amiable (la séparation à l'amiable est retranscrite sur l'acte d'état civil) ;
- > Le **partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de Solidarité en vigueur**, tel que défini dans le Code civil ;
- > Le **concubin** tel que défini dans le Code civil et sous réserve de ne pas être engagé par les liens du mariage ou d'un PACS et sur présentation d'un justificatif de vie commune et d'une déclaration sur l'honneur de la vie maritale.

DÉFINITION DES ENFANTS À CHARGE

Au sens du contrat, par « *Enfant à charge* », il faut entendre :

Les enfants du Participant et de son Conjoint, légitimes, reconnus, adoptés, recueillis*, y compris les enfants pupilles de la Nation dont le Participant est le tuteur.

* Les enfants recueillis sont les enfants du Participant ou de son Conjoint, à leur charge effective d'entretien et d'éducation. Sont également considérés comme enfants recueillis, ceux de l'ex-conjoint et dont leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Ces enfants doivent vivre sous le même toit que le Participant et son Conjoint ou être à la charge au sens de la législation fiscale, du Participant ou de son Conjoint (ou pour lesquels il est versé une pension déductible des revenus imposables) jusqu'au jour du décès du Participant.

Ces enfants doivent également remplir les conditions d'âge suivantes :

- > **Être âgé de moins de 21 ans ;**
- > **Être âgé de 21 ans et jusqu'à la veille de leur 27^{ème} anniversaire à condition de :**
 - poursuivre des études,
 - ou être sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - ou être inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo demandeur d'emploi,
 - ou avoir suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation.
- > **Quel que soit leur âge :**
 - les enfants handicapés du Participant ou de son Conjoint sous réserve qu'ils perçoivent l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou l'allocation d'adulte handicapé prévue au Code de la sécurité sociale,
 - les enfants du Participant ou de son Conjoint reconnus invalides de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale.

Les enfants du Participant ou de son Conjoint qui naissent dans les 300 jours suivant le décès du Participant s'ils naissent vivant et viables, sous réserve d'une déclaration de grossesse à l'Institution dans les 3 mois après ce décès.

En tout état de cause, la qualité « *Enfant à charge* » telle que définie ci-avant, s'apprécie au jour du décès du Participant ou au jour du décès du Conjoint survivant pour la garantie double effet.

Les bénéficiaires du capital décès

Le contrat prévoit une clause contractuelle définie ci-dessous, selon laquelle le capital décès sera versé par principe sous réserve de l'absence d'une désignation particulière faite par le Participant.

CLAUSE CONTRACTUELLE

En l'absence de désignation particulière valable et exécutable faite par le Participant ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité défini ci-après :

Le capital de base sera versé comme suit :

- > Au Conjoint du Participant défini ci-avant ;
- > À défaut, aux Enfants du Participant nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- > À défaut, aux descendants du Participant, par parts égales entre eux ;
- > À défaut, par parts égales entre eux, aux ascendants directs du Participant, et en cas de décès de l'un d'eux, aux survivants part parts égales entre eux ou à l'unique survivant, pour la totalité ;
- > À défaut, aux héritiers dans l'ordre successoral, par parts égales entre eux.

DÉSIGNATION PARTICULIÈRE

Le Participant a la faculté de désigner tout bénéficiaire de son choix, à l'exclusion d'un établissement bancaire ou assimilé. Le capital est incessible et ne peut donc venir en garantie d'un prêt quelconque.

Cette désignation peut être effectuée :

- À l'aide de l'imprimé « *Désignation des bénéficiaires en cas de décès* » délivré à cet effet par l'Institution ;
- Sur papier libre, écrite, datée et signée par le Participant ;
- Par acte sous seing privé ;
- Par acte authentique.

Cette désignation particulière doit avoir été réceptionnée avant le décès du Participant pour être opposable à l'Institution.

Cette désignation peut être modifiée à tout moment. Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation de celle-ci par le bénéficiaire. Dans ce cas, le Participant ne pourra plus revenir sur les termes de cette désignation sans l'accord dudit (ou desdits) bénéficiaire(s).

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital leur revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital sera attribué suivant l'ordre de priorité défini à la clause contractuelle mentionnée ci-avant.

DISPOSITIONS COMMUNES À TOUS LES BÉNÉFICIAIRES QU'ILS RELÈVENT D'UNE DÉSIGNATION PARTICULIÈRE OU DE LA CLAUSE CONTRACTUELLE :

- > Lorsque le Conjoint est désigné comme bénéficiaire du capital décès de base et qu'il décède des suites du même événement que le Participant dans un délai d'un an avant que ledit capital n'ait pu lui être versé, le capital décès de base sera versé au(x) bénéficiaire(e) de rang suivant, dans l'ordre défini soit dans la désignation particulière, soit dans la clause contractuelle ci-dessus en fonction du choix du Participant.
- > Lorsque le décès du Participant est dû au fait volontaire d'un ou plusieurs bénéficiaires, l'attribution en faveur de ce ou de ces bénéficiaires est caduque. La part de celui-ci ou de ceux-ci sera versée selon les dispositions prises par le Participant, à défaut, selon l'ordre de la clause contractuelle ci-dessus.

Calcul du salaire de référence

Le salaire de référence est divisé en deux tranches de rémunération :

- > **Tranche 1** : fraction de salaire limitée au Plafond Annuel de la Sécurité sociale.
- > **Tranche 2** : fraction de salaire comprise entre une fois et huit fois le Plafond Annuel de la Sécurité sociale.

Ce dernier comprend l'ensemble des salaires bruts du Participant soumis à cotisations et contributions sociales, déclaré à l'URSSAF.

La monétisation du compte épargne temps (CET) est exclu du salaire de référence.

Par principe, le salaire de référence est limité aux tranches de rémunération définies ci-dessus, que le Participant a perçu pendant les 12 derniers mois civils d'activité ayant précédés le décès ou l'arrêt de travail, ouvrant droit aux prestations

❖ **Cas particulier du Participant n'ayant pas 12 mois civils d'activité au moment de l'événement ouvrant droit aux prestations**

Dans le cas où l'événement ouvrant droit aux prestations survient avant que le Participant ait 12 mois civils d'activité, son salaire de référence est recalculé, sur une base annuelle et limité aux tranches de rémunération définies ci-dessus, en tenant compte :

- Du salaire mensuel d'embauche ou promotion du Participant ;
- Des primes éventuelles perçues sur la période ;

Il en est de même lorsqu'un Participant n'a pas 12 mois d'activité entre deux événements indemnisés par l'Institution (hors cas de rechute). Le salaire de référence est alors déterminé sur la base du salaire mensuel précédent le nouvel arrêt de travail, augmenté des primes éventuellement perçues sur la période entre les deux événements indemnisés.

L'ensemble est recalculé sur une base annuelle.

❖ **Cas particulier du Participant dont la suspension du contrat est indemnisée :**

Pour le Participant en suspension du contrat de travail indemnisée par un revenu de remplacement versé par l'employeur (activité partielle, activité partielle de longue durée, congé de remplacement, congé de mobilité), l'assiette des cotisations et des prestations, pour les garanties décès, incapacité de travail et invalidité, est la rémunération des 12 mois qui précèdent la suspension indemnisée du Participant.

Le salaire de référence applicable est par conséquent, l'ensemble des salaires bruts du Participant soumis à cotisations et contributions sociales, dans la limite de la Tranche 2, déclarés à l'URSSAF, que le Participant a perçu pendant les 12 derniers mois civils d'activité précédant la suspension du contrat de travail indemnisée.

#2

PRESTATIONS



Définitions des garanties décès

Les prestations sont dues quel que soit le lieu où se produit le fait générateur de la garantie sous réserve des dispositions figurant au paragraphe « *Exclusions* » du titre « *Dispositions générales* » de la présente notice et à condition que le Participant soit affilié au régime obligatoire d'Assurance Maladie ou au régime local défini à l'article L.325-1 du Code de la Sécurité sociale.

CAPITAL DECES DE BASE

En cas de décès, un capital de base calculé en fonction du salaire de référence du Participant, est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), suivant les conditions du paragraphe « *Les bénéficiaires du capital décès* » ci-dessus.

CAPITAL SUPPLEMENTAIRE EN CAS DE DECES PAR ACCIDENT

Lorsque le décès du Participant est imputable à un accident, un capital supplémentaire est versé au(x) bénéficiaire(s) du capital décès de base, suivant les conditions du paragraphe « *Les bénéficiaires du capital décès* » ci-dessus.

Par accident, il faut entendre toute action soudaine et violente atteignant le Participant dans son intégrité physique par le fait d'un événement subit qui lui est extérieur.

Le décès doit intervenir au plus tard 1 an après la date de l'accident. La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire des prestations et toute décision d'un autre organisme et notamment de la Sécurité sociale ne saurait être opposable à l'Institution.

DOUBLE EFFET

Lorsque le Participant décède en laissant à son Conjoint un ou plusieurs Enfants à charge, l'Institution délivre à son Conjoint un certificat de garantie temporaire.

Ce certificat atteste que le Conjoint est lui-même couvert en cas de décès, par le versement d'un capital au bénéfice des Enfants à charge.

Lorsque le Conjoint décède pendant la durée de cette garantie temporaire, ce capital sera versé si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- Le décès du Conjoint doit intervenir dans un délai d'1 an à compter de la date du décès du Participant ;
- Au moins l'un des enfants qui étaient à la charge du Participant au jour de son décès, doit demeurer à la charge de son Conjoint, au jour du décès de ce dernier.

Si le décès du Participant et de son Conjoint survient au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le Conjoint sera présumé avoir survécu afin que la présente garantie soit appliquée.

Le capital sera versé :

- À la personne ayant la charge effective des enfants si ces derniers sont mineurs (critère du foyer principal) après le décès du Participant ;
- Aux enfants eux-mêmes s'ils sont majeurs ;
- En cas de tutelle ou curatelle, à la personne assurant la tutelle ou la curatelle de l'Enfant à charge, après le décès du Participant.

La prestation sera attribuée par parts égales entre les Enfants à charge du Participant au jour de son décès et toujours à la charge du Conjoint au jour de son décès.

RENTE ANNUELLE D'EDUCATION

En cas de décès du Participant, une rente est versée au bénéfice de chacun des Enfants à charge au jour de son décès. Elle prend effet le premier jour du mois suivant au cours duquel survient le décès du Participant. Elle est payable mensuellement, à terme échu sans prorata au décès de l'enfant bénéficiaire.

Les mensualités sont attribuées :

- À la personne ayant la charge effective des enfants si ces derniers sont mineurs (critère du foyer principal) après le décès du Participant ;
- Aux enfants eux-mêmes s'ils sont majeurs ;
- En cas de tutelle ou curatelle, à la personne assurant la tutelle ou la curatelle de l'Enfant à charge, après le décès du Participant.

Le versement de la rente éducation cesse lorsque l'enfant ne répond plus à la définition d'Enfant à charge.

La dernière mensualité versée est celle dont la date de paiement suit immédiatement la date à laquelle la rente cesse d'être due.

INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

Est reconnu atteint d'une Invalidité Absolue et Définitive, le Participant, qui par suite d'une maladie ou d'un accident, remplit les conditions cumulatives suivantes :

- Être classé par le régime obligatoire d'Assurance Maladie en 3^{ème} catégorie d'invalidité ou reconnu par cet organisme être atteint d'un taux d'incapacité permanente égal à 100 % consécutivement à un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- Être dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une profession quelconque,
- Être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante.

Le capital est versé directement au Participant ou à son représentant légal en cas de tutelle ou de curatelle.

Le versement des capitaux au titre de la garantie « *Invalidité Absolue et Définitive* » (I.A.D) met un terme aux garanties décès ci-dessus, à l'exception de la garantie « *Double Effet* » qui pourra être versée lors du décès du Participant si celui-ci intervient avant la liquidation de sa pension servie par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV).

La rente éducation destinée aux Enfants à charge est versée par anticipation au moment de la reconnaissance par l'Institution de l'état d'invalidité absolue et définitive du Participant, selon les modalités évoquées précédemment.

Lorsque le contrat prévoit plusieurs options, le capital IAD sera versé selon l'option choisie. Toutefois, si le Participant a des Enfants à charge au jour de sa demande de reconnaissance par l'Institution de son état d'invalidité absolue et définitive, le capital IAD sera calculé suivant l'option « *Capital de base et rente éducation* ».

Le Participant doit alors formuler expressément à l'Institution une demande de reconnaissance de son état afin de procéder au versement du capital décès de base par anticipation.

INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE PAR ACCIDENT

Lorsque l'Invalidité Absolue et Définitive du Participant est consécutive à un accident, à condition toutefois que la reconnaissance de son état survienne au plus tard un an après la date de l'accident, un capital supplémentaire lui est versé ou à son représentant légal.

Le capital additionnel supplémentaire du fait de l'Invalidité Absolue et Définitive accidentelle du Participant sera versé aux Enfants à charge dans les conditions définies au paragraphe « *Capital Additionnel en cas d'Enfants à charge* » ci-dessus.

Il faut entendre par accident, toute action soudaine et violente atteignant le Participant dans son intégrité physique par le fait d'un événement subit qui lui est extérieur. La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire des prestations et toute décision d'un autre organisme et notamment de la Sécurité sociale ne saurait être opposable à l'Institution.

Prestations décès

Le Participant est couvert en cas de décès.

Le service du personnel de l'Entreprise adhérente mettra à disposition du Participant les documents relatifs à la couverture décès.

Le contrat prévoit deux options :

- **Option « *Capital de base et rente éducation* »** à condition d'avoir des Enfant(s) à charge au jour du décès,
- **Option « *Capital de base majoré* ».**

Le Participant a la possibilité de choisir entre ces deux options décès.

Lorsque que le Participant n'a pas formulé de choix d'option décès, les dispositions suivantes seront appliquées :

- Si le Participant a des Enfant(s) à charge au jour de son décès, c'est l'option « *Capital de base + rente éducation* » qui sera appliquée.
- Si le Participant n'a pas d'Enfant à charge au jour de son décès, c'est l'option « *Capital de base majoré* » qui sera appliquée.
- En tout état de cause, si postérieurement au choix d'option effectué par le Participant, celui-ci a des Enfant(s) à charge au jour de son décès, c'est l'option « *Capital de base + rente éducation* » qui sera appliquée. A contrario, s'il n'a plus d'Enfant à charge au jour de son décès, c'est l'option « *Capital majoré* » qui s'appliquera.

En cas de modification du choix d'option décès, cette dernière prendra effet à la date de signature du document, sous réserve que celui-ci ait été réceptionné par l'Institution avant le décès du Participant.

En cas d'invalidité absolue et définitive, le capital IAD sera versé selon l'option choisie. Toutefois, si le Participant a des Enfants à charge au jour de sa demande de reconnaissance par l'Institution de son état d'invalidité absolue et définitive, le capital IAD sera calculé suivant l'option « *Capital de base et rente éducation* ».

Important :

Au jour du décès du Participant, l'Institution informe le ou les bénéficiaires, de leur qualité de bénéficiaire des capitaux décès.

En présence d'Enfant(s) à charge au jour du décès du Participant et si ces derniers sont bénéficiaires du capital décès, quel que soit le choix d'option effectué par le Participant, ou en l'absence de choix effectué par celui-ci, le ou les enfants bénéficiaires auront la possibilité de revenir sur l'exercice du choix d'option décès, dans les conditions suivantes :

- Dans un délai de 3 mois suivant la confirmation qui lui a été faite par l'Institution de sa qualité de bénéficiaire, celui-ci pourra, par courrier écrit, informer l'Institution de l'option qu'il souhaite retenir. Ce choix est définitif.
- En cas de pluralité de bénéficiaires, le choix d'option décès devra s'effectuer par le biais d'un accord unanime, adressé individuellement par courrier manuscrit, à l'Institution dans un délai de 3 mois suivant la confirmation par celle-ci de leur qualité de bénéficiaire. Le choix exprimé par chaque bénéficiaire est définitif.
- À défaut d'accord entre les bénéficiaires dans un délai de 3 mois suivant la confirmation qui leur aura été faite par l'Institution de leur qualité de bénéficiaire, c'est l'option « *Capital de base + rente éducation* » qui sera appliquée.

GARANTIES	TAUX EN % DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE Tranches 1 et 2	
	OPTION « Capital de base et rente éducation »	OPTION « Capital de base majoré »
DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD) *		
Capital de base égal à :	225 %	325 %
DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD) * PAR ACCIDENT		
Capital supplémentaire égal à :	325 %	325 %
DOUBLE EFFET		
Capital égal à :	325 %	325 %
RENTE ANNUELLE D'ÉDUCATION ** EN CAS DE DÉCÈS OU D'IAD *		
Jusqu'à la veille du 12 ^{ème} anniversaire :	6 %	Néant
Du 12 ^{ème} jusqu'à la veille du 18 ^{ème} anniversaire :	8 %	Néant
Du 18 ^{ème} jusqu'à la veille du 21 ^{ème} anniversaire :	10 %	Néant
Du 21 ^{ème} jusqu'à la veille du 27 ^{ème} anniversaire (dans les conditions définies ci-avant à la définition d'Enfant à charge) :	10 %	Néant
Cas Particulier en cas de décès des deux parents : En cas de décès successifs ou simultanés du Participant et de son Conjoint, les montants de la rente éducation ci-dessus mentionnés, seront doublés. <i>Sont qualifiés de décès successifs du Participant et de son Conjoint ceux qui interviennent dans un intervalle inférieur ou égal à 12 mois.</i> <i>Sont qualifiés de décès simultanés du Participant ou de son Conjoint ceux qui interviennent au cours du même évènement.</i>		

*** Le versement des capitaux au titre de la garanties « IAD » met un terme aux garanties « Décès » à l'exception de la garantie « Double effet »**

**** Exprimée en pourcentage du salaire de référence et au moins égal au Plafond annuel de la Sécurité sociale**

Définition de la garantie arrêt de travail : Incapacité - Invalidité

INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL : INDEMNITE QUOTIDIENNE

Une indemnité quotidienne est versée par l'Institution, pour le Participant qui se trouve dans l'incapacité temporaire d'exercer son activité professionnelle, sous réserve qu'il soit indemnisé par le régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Le congé de maternité et le congé de paternité, indemnisés par le régime obligatoire de l'Assurance Maladie, n'ouvrent pas le droit au bénéfice de la garantie.

Les prestations sont payées tant que dure l'incapacité donnant lieu au versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale. Sont exclues les périodes indemnisées par la Sécurité sociale au titre des cures thermales.

Si une période de franchise est prévue au contrat, la prestation de l'Institution interviendra au terme de la période de franchise.

❖ Cas particulier de la rechute pour une même pathologie :

En cas de reprise d'activité, puis de rechute consécutive à la même pathologie dans un délai de 12 mois, le nouvel arrêt sera indemnisé sur les mêmes bases que la première période d'indemnisation sans application d'une nouvelle franchise.

Un certificat médical de même affection doit être fourni à l'Institution.

On entend par la notion de rechute, un nouvel arrêt de travail, pour une même pathologie, faisant suite à un précédent arrêt de travail ayant été indemnisé par l'Institution.

Le versement de la prestation cesse pour le Participant :

- Le jour où il cesse de bénéficier des indemnités journalières versées par le régime obligatoire d'Assurance Maladie ;
- Le jour de sa date de reprise d'activité professionnelle à temps plein ;
- À la date d'attribution de la rente mensuelle d'invalidité définie à la Section II du présent chapitre;
- À la date de la liquidation de sa pension d'assurance vieillesse servie par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse ;
- À la suite d'un éventuel contrôle médical ayant conclu à un arrêt de travail non justifié ;
- Et en tout état de cause, le jour du décès du Participant.

❖ Garantie indemnité temporaire inaptitude

En cas d'inaptitude au travail déclarée par le médecin du travail à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une indemnité temporaire d'inaptitude peut être versée au Participant inapte, par la Sécurité sociale, dans l'attente de la décision de reclassement ou de licenciement prise par l'employeur, tel que prévu dans le Code de la Sécurité sociale.

Une indemnité, complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale, est attribuée au Participant bénéficiaire de la garantie temporaire d'inaptitude. Le versement de cette indemnité complémentaire cesse dès que le versement de l'indemnité temporaire d'inaptitude cesse.

Cette indemnité complémentaire est assimilable à la garantie incapacité temporaire de travail. Elle est calculée en complément de l'indemnité temporaire d'inaptitude qui se substitue ainsi, dans le calcul de la prestation visée au présent article, à l'indemnité journalière de Sécurité sociale.

INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL : RENTE D'INVALIDITE

La garantie a pour objet le paiement d'une rente lorsqu'un Participant est en invalidité ou incapacité permanente de travail indemnisé par le régime obligatoire d'Assurance Maladie.

- Est considéré en invalidité, le Participant classé par le régime obligatoire d'Assurance Maladie dans l'une des trois catégories suivantes :
 - 1^{ère} catégorie : invalide capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée ;
 - 2^{ème} catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque ;
 - 3^{ème} catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et qui est dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.
- Est considéré en incapacité permanente, le Participant qui bénéficie d'une rente par le régime obligatoire d'Assurance Maladie, suite à un accident du travail ou maladie professionnelle :
 - Lorsque le taux d'incapacité, défini par le régime obligatoire, est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 % ;
Ce taux d'incapacité permanente est assimilé à une invalidité de 1^{ère} catégorie tel que définit ci-avant
 - Lorsque le taux d'incapacité, défini par le régime obligatoire, est égal ou supérieur à 66 % ;
Ce taux d'incapacité permanente est assimilé à une invalidité de 2^{ème} catégorie tel que définit ci-avant
 - Lorsque le taux d'incapacité, défini par le régime obligatoire, est égal ou supérieur à 66 % et que l'allocation de tierce personne est attribuée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie.
Ce taux d'incapacité permanente, complété par le versement de l'allocation de tierce personne, est assimilé à une invalidité de 3^{ème} catégorie tel que définit ci-avant.

La rente est payée par l'Institution mensuellement à terme échu.

Les prestations sont payées aussi longtemps que dure l'invalidité donnant lieu au versement de la pension ou de la rente de la Sécurité sociale, et au plus tard, jusqu'à la date de la liquidation de la pension servie par la Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse.

Le versement de la prestation cesse pour le Participant :

- Le jour où il ne remplit plus les conditions requises pour bénéficier des prestations en espèces du régime obligatoire d'Assurance Maladie ;
- Le jour où le taux corrigé de la rente d'incapacité permanente devient inférieur à 33 % ;
- Le jour où le Participant reprend une activité professionnelle à temps plein, quelle que soit la nature de cette activité ;
- À la suite d'un éventuel contrôle médical ayant conclu à un arrêt de travail non justifié ;
- Au jour où la pension d'invalidité du Participant est remplacée par la pension vieillesse pour inaptitude au travail. Le service des rentes cesse à la fin du mois en cours ;
- À la date de liquidation de la pension du Participant servie par un régime obligatoire de Sécurité sociale. Le service des rentes cesse à la fin du mois en cours.
- Et en tout état de cause, le jour du décès du Participant.

Cas de cumuls et d'évolution de la quotité de temps travaillé :

Le cumul de cette rente d'invalidité complémentaire (nette de CSG, de CRDS et de CASA) avec la rente d'invalidité ou toute autre prestation versée par la Sécurité sociale ayant le même objet (nettes de CSG, de CRDS et de CASA) ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue le Participant s'il avait continué à travailler.

En cas de cumul d'une pension d'invalidité et d'une activité exercée à temps partiel, le montant de la pension n'est pas affecté par une revalorisation salariale, sous réserve que la quotité de temps de travail reste inchangée. Il en va de même du droit à revalorisation annuelle.

Dans cette hypothèse, l'Institution, chargé de verser des prestations, intervient sous déduction de la rémunération résiduelle et de la rente Sécurité sociale versées aux Participants. La rémunération résiduelle s'entend sans intégration des revalorisations salariales visées ci-dessus.

En cas de modification de la quotité de temps de travail, la pension d'invalidité est recalculée sur la base du salaire de référence ayant servi au calcul initial de la pension d'invalidité, auquel sont appliquées la nouvelle quotité de temps travaillée, ainsi que, le cas échéant, les revalorisations au 1^{er} janvier de chaque année sur la base de l'indice de revalorisation.

Cumul des prestations : Incapacité - Invalidité

Il ne peut y avoir cumul entre les indemnités quotidiennes et les rentes d'invalidité de 1^{ère}, de 2^{ème} et de 3^{ème} catégories ou Incapacité Permanente Partielle supérieure ou égale à 66 % versées par l'Institution pour une même affection.

Le cumul des prestations de l'Institution avec les prestations versées par la Sécurité sociale, les prestations de tout autre régime de prévoyance dont pourrait bénéficier le Participant ainsi que le cas échéant de toutes sommes versées en rémunération d'un travail ou correspondant à un revenu de substitution, ne peut excéder 100 % du salaire de référence à la veille de son arrêt de travail et éventuellement revalorisé.

En tout état de cause, un Participant ne pourra pas percevoir pendant ces périodes de cessation d'activité plus que son salaire net d'activité éventuellement revalorisé.

Prestations arrêt de travail : Incapacité – Invalidité

GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL	TAUX EN % DE LA 360 ^{ème} PARTIE DU SALAIRE DE RÉFÉRENCE Tranches 1 et 2
Sous déduction des prestations de la Sécurité sociale et, le cas échéant, des fractions de traitement payées par l'entreprise ou du montant de l'allocation d'assurance chômage versée par le Pôle Emploi.	
INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL : INDEMNITÉ QUOTIDIENNE	
À compter du jour où l'employeur cesse de payer au Participant un salaire supérieur ou égal à celui qui résulterait de l'application du présent contrat, en fonction d'une convention collective, d'un accord d'entreprise, d'un contrat de travail individuel et au plus tôt au 76^{ème} jour d'arrêt de travail (cumulés sur une période de 12 mois consécutifs), versement d'une indemnité quotidienne égale à :	100 % Limité à 100 % du salaire net imposable jusqu'aux 180 premiers jours d'arrêt de travail à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail entièrement non travaillé
	80 % Limité à 100 % du salaire net imposable, du 181^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'à expiration des droits
Le décompte des indemnités quotidiennes versées à 100 % par l'Institution pendant les 180 premiers jours, puis à 80 % du 181 ^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'à l'expiration des droits, s'apprécie pour chaque arrêt de travail entièrement non travaillé dont le fait générateur est distinct et hors cas de rechute.	
INVALIDITÉ PERMANENTE : RENTE D'INVALIDITÉ	
Invalidité résultant d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle	
1 ^{ère} catégorie :	48 %
2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégories :	80 %
Majoration pour tierce personne	6 %
Invalidité résultant d'une maladie ou d'un accident d'origine professionnelle	
Taux d'incapacité « N » ≥ 66 %	80 %
Taux d'incapacité « N » compris entre 33 % et 66 %	N/66 ^{ème} de la rente ci-dessus sans pouvoir être inférieur à 48 %
Taux d'incapacité « N » < 33 %	Néant

Garanties présentant un Degré Elevé de Solidarité (DES)

La Convention collective de la Métallurgie signée en date du 7 février 2022 introduit au sein de son annexe 9 un socle minimal de garanties en frais de santé et en prévoyance pour l'ensemble de salariés.

En application de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux de la branche ont décidé de mettre en place des garanties présentant un Degré Elevé de Solidarité.

Les Participants peuvent ainsi bénéficier de garanties présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif pouvant notamment prendre la forme :

- D'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés (bas salaire, salariés en alternance ou en apprentissage notamment) ;
- D'une politique de prévention à plusieurs niveaux ;
- Ou de prestations d'action sociale.

Il pourra également être prévu la mise en place de service ou garanties pour des populations plus spécifiques ciblées comme :

- les salariés « *aidants* » (notamment pour les salariés aidants leur senior) ;
- les salariés en désinsertion professionnelle ;
- favoriser le « *bien être complet* » du salarié, à savoir le bien être mental, physique et social du salarié ;
- accompagner les familles par des prestations d'assistance sociale, notamment en cas de décès ;
- aider les salariés reconnus inaptes par la Sécurité sociale, par le biais de prestations en espèce pour ceux ne bénéficiant pas de l'indemnité temporaire d'incapacité prévue par l'article 17F de l'annexe 9, et de prestations en nature.

L'ensemble de ces garanties s'effectueront en complément des actions susceptibles d'être développées par ailleurs, en particulier en fonction des axes mis en place par les différentes branches de la Sécurité sociale.

Le financement de ces actions et prestations de solidarité est prévu soit en application des dispositions prévues par la Convention collective de la Métallurgie, ou en fonction des dispositions prises au sein de chaque entreprise en ce sens.

L'Institution rappelle que les mesures collectives ou individuelles précitées ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent paragraphe est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le Participant, le cas échéant, auprès de l'Institution.



#3

PIÈCES À FOURNIR

EN TOUT ÉTAT DE CAUSE, L'INSTITUTION SE RÉSERVE LE DROIT DE DEMANDER TOUTES AUTRES PIÈCES QUI SE RÉVÉLERAIENT NÉCESSAIRES.

En cas d'arrêt de travail : Incapacité - Invalidité

Tous les arrêts de travail entraînant ou pouvant entraîner le service des prestations d'incapacité temporaire ou d'invalidité, doivent être déclarés par l'Entreprise Adhérente dans les 60 jours suivant le début du sinistre et au plus tard 60 jours après l'expiration du délai de franchise.

En cas de déclaration tardive, les prestations ne sont dues qu'à compter du jour de déclaration à l'Institution.

L'Entreprise Adhérente doit également communiquer à l'Institution la date de reprise d'activité d'un Participant en arrêt de travail dans les 15 jours suivant cette reprise.

1/ PIÈCES À FOURNIR PAR L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

- > Une attestation des salaires soumis à cotisations et à contributions sociales, déclarés à l'URSSAF, des 12 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail ;
- > Si l'incapacité de travail ou l'invalidité intervient au cours d'une période d'arrêt de travail indemnisée par l'employeur, il convient de fournir à l'Institution une attestation des salaires des 12 derniers mois précédant la suspension du contrat de travail indemnisée ;
- > Le certificat initial d'arrêt de travail et les pièces portant prolongation de l'arrêt de travail ;
- > Le certificat médical de même affection en cas de rechute dans les 12 mois suivant la reprise de travail (adressé sous pli confidentiel à l'Institution) ;
- > L'attestation des périodes de maintien de salaires indiquant le montant des salaires partiels correspondants ;
- > L'attestation des salaires partiels perçus dans le cadre du temps partiel thérapeutique ainsi que le taux d'activité ;
- > Les justificatifs de versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

2/ PIÈCES À FOURNIR PAR LE PARTICIPANT

- > Un justificatif de domicile de moins de 3 mois pour les personnes résidant hors de France ;
- > Les photocopies de la notification délivrée par la Sécurité sociale ainsi que les justificatifs de versement des prestations en espèce de la Sécurité sociale ;
- > Le dernier avis d'imposition du Participant ;
- > Les justificatifs de tout autre revenu (salaire, allocation chômage, pré-retraite amiante...). A défaut, une attestation sur l'honneur déclarant que le Participant ne perçoit pas d'autre revenu et dans tous les cas, un engagement sur l'honneur déclarant qu'il s'engage à signaler tout changement de situation ;
- > Un relevé de coordonnées bancaires ;
- > Les photocopies de la notification délivrée par la Sécurité sociale ainsi que les justificatifs de versement des indemnités temporaires d'inaptitude de la Sécurité sociale.

En cas de décès

Le décès doit être déclaré par tout moyen à l'Institution dès qu'il est connu par l'Entreprise Adhérente.

1/ PIÈCES À FOURNIR PAR LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL DÉCÈS

- > Un extrait d'acte de naissance du Participant, daté de moins de 3 mois, avec mentions marginales ;
- > Un acte de notoriété du décédé mentionnant l'ordre des héritiers ;
- > Un extrait d'acte de décès du Participant ;
- > Un certificat médical précisant les circonstances du décès, sous pli confidentiel adressé à l'Institution ;
- > Dans le cas où un enfant mineur est bénéficiaire de tout ou partie du capital de base en cas de décès, il convient de fournir :
 - Un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois de l'enfant mineur,
 - Un relevé de coordonnées bancaires d'un compte ouvert au nom de l'enfant mineur,
 - Une attestation sur l'honneur de la personne se présentant comme possédant l'autorité parentale sur l'enfant mineur avec copie de la pièce d'identité,
 - Un extrait d'acte de naissance datant de moins de trois mois du tuteur ;
- > Un extrait d'acte de naissance, de moins de 3 mois, avec mentions marginales, pour chaque bénéficiaire ;
- > Une photocopie du Pacte Civil de Solidarité si le bénéficiaire désigné est le cosignataire du PACS ;
 - > Si le bénéficiaire désigné est le concubin, les justificatifs suivants :
 - le dernier avis d'imposition de chacun des concubins mentionnant un domicile commun, ou les quittances EDF au deux nom,
 - une déclaration sur l'honneur par laquelle le concubin bénéficiaire du capital décès atteste qu'il vivait en concubinage avec le Participant,
 - justificatifs établissant que le concubinage est notoire et continu depuis au moins 2 ans à la date du décès du Participant.La cessation de l'état de concubinage doit être déclarée par écrit par le Participant ;
- > Un relevé de coordonnées bancaires du ou des bénéficiaire(s).

2/ PIÈCES À FOURNIR PAR L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

- > Une attestation des salaires soumis à cotisations et contributions sociales, déclarés à l'URSSAF, des 12 derniers mois civils précédant le décès,
- > Si le décès intervient au cours d'une période d'arrêt de travail indemnisée par l'employeur, il convient de fournir à l'Institution une attestation des salaires des 12 derniers mois précédant la suspension du contrat de travail indemnisée.

3/ PIÈCES À FOURNIR DANS LE CAS OÙ LA GARANTIE « RENTE ÉDUCATION » EST APPLICABLE

- > La photocopie du dernier avis d'imposition ou toute autre pièce justificative attestant que le ou les enfants étaient à la charge fiscale du Participant au jour de son décès ;
- > Un extrait d'acte de naissance, daté de moins de 3 mois, avec mentions marginales, pour chacune des enfants bénéficiaires ;
- > Un Relevé de Coordonnées Bancaires des personnes majeures ;
- > Un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ;
- > Un Relevé de coordonnées bancaires du représentant légal de l'enfant mineur ;
- > Pour chaque enfant handicapé bénéficiaire de la rente, chaque année pour le 31 octobre, tout document justifiant de sa situation ;
- > Pour chaque enfant reconnu invalide de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale, tout document justifiant de sa situation ;
- > Un acte de naissance du représentant légal de l'enfant mineur.

4/ PIÈCES SUPPLÉMENTAIRES À FOURNIR DANS LE CAS OÙ LA GARANTIE « CAPITAL SUPPLÉMENTAIRE EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT » S'APPLIQUE :

- > Le rapport de police ou de gendarmerie.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD)

L'Invalidité Absolue et Définitive doit être déclarée à l'Institution au plus tard dans les deux mois suivant la liquidation de la pension de retraite du Participant par lui-même ou son représentant légal.

1/ PIÈCES À FOURNIR PAR L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

- > Une attestation des salaires soumis à cotisations et à contributions sociales, déclarés à l'URSSAF, des 12 derniers mois civils précédant la date de reconnaissance de l'Invalidité Absolue et Définitive (IAD), sauf si cette I.A.D. intervient au cours d'une période d'arrêt de travail indemnisée par l'Institution.
- > Si l'invalidité absolue et définitive intervient au cours d'une période d'arrêt de travail indemnisée par l'employeur, il convient de fournir à l'Institution une attestation des salaires des 12 derniers mois précédant la suspension du contrat de travail indemnisée.

2/ PIÈCES À FOURNIR PAR LE PARTICIPANT

- > Une demande de versement du capital invalidité absolue et définitive, datée et signée par le Participant ou par son représentant légal ;
- > La notification d'attribution, par les Assurances Sociales, d'une pension de 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale avec majoration pour assistance d'une tierce personne, ou d'une rente d'incapacité de travail au taux de 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne ;
- > Un extrait de l'acte de naissance du Participant de moins de 3 mois, avec mentions marginales ;
- > Un justificatif de domicile de moins de 3 mois pour les personnes résidant hors de France ;
- > Un relevé de coordonnées bancaires ;
- > Un certificat médical précisant la pathologie sous pli confidentiel adressé à l'Institution.

3/ PIÈCES SUPPLEMENTAIRES A FOURNIR DANS LE CAS OU LA GARANTIE « CAPITAL SUPPLEMENTAIRE EN CAS D'INCAPACITE ABSOLUE ET DEFINITIVE PAR ACCIDENT » S'APPLIQUE :

- > Le rapport de police ou de gendarmerie.



#4

DISPOSITIONS GENERALES

Exclusions

Garanties décès - Rente éducation

Les prestations ne seront pas versées si le décès résulte de l'un des cas ci-après visés :

> **Risque de guerre *** :

- Dans le cas d'une guerre mettant en cause l'État Français.
- Dans le cas d'une guerre civile ou étrangère d'émeutes, de manifestations populaires, de rixes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme dès lors que le Participant y prend une part active. Toutefois, les prestations seront versées si le Participant se trouve dans l'un des cas suivants : légitime défense, assistance à personne en danger, accomplissement du devoir professionnel ou en cas de force majeure. Il appartient au bénéficiaire d'apporter la preuve de ces circonstances ;

* à l'exception du Participant en période de réserve militaire ou policière.

- > **Suicide** : la garantie n'est acquise, en cas de suicide, que s'il se produit au moins un an après l'affiliation du Participant ;
- > **Meurtre commis sur la personne du Participant** : dont le bénéficiaire est l'auteur ou le complice et a été condamné de ce fait par une décision de justice devenue définitive ;

Invalidité absolue et définitive

Le capital ne sera pas versé si l'état d'invalidité absolue et définitive résulte de l'un des cas énumérés ci-dessus ou des conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire du Participant, notamment en cas de tentative de suicide ou de mutilation.

Capital supplémentaire en cas de décès ou invalidité absolue et définitive par accident

Les prestations ne seront pas versées dans les cas suivants :

> **Risque de guerre *** :

- Dans le cas d'une guerre mettant en cause l'État Français.
- Dans le cas d'une guerre civile, ou étrangère, d'émeutes, de manifestations populaires, de rixes, d'insurrections, d'actes de terrorisme, dès lors que le Participant y prend une part active. Toutefois, ce capital supplémentaire sera versé si le Participant se trouve dans l'un des cas suivants : légitime défense, assistance à personne en danger, accomplissement du devoir professionnel, ou en cas de force majeure. Il appartient au bénéficiaire d'apporter la preuve de ces circonstances ;

* à l'exception du Participant en période de réserve militaire ou policière.

- > **Accidents, blessures, tentative de suicide, mutilations** : qui sont le fait volontaire du Participant ou du bénéficiaire ;
- > **Pratique sportive non représentée par une fédération sportive** et donc non reconnue par le Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports ;
- > **Ivresse** : accident survenu au Participant en état d'ivresse manifeste, ou s'il est révélé qu'au moment de l'accident, celui-ci avait un taux d'alcoolémie constaté susceptible d'être pénalement sanctionné par la législation française en vigueur applicable pour la conduite d'un véhicule, sauf s'il est établi que le sinistre est sans relation avec cet état ;

- > **Stupéfiants** : accidents consécutifs à l'usage par le Participant de stupéfiants ou de psychotropes non prescrits médicalement ;
- > **Accident de navigation aérienne à titre privé** : le décès consécutif à un accident de navigation aérienne est uniquement garanti si le Participant se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et/ou conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmé, le pilote pouvant être l'assuré lui-même.

Revalorisations

REVALORISATION DES PRESTATIONS

L'indemnité quotidienne, la rente d'invalidité, les rentes d'éducation sont revalorisées au 1^{er} janvier de chaque exercice sur la base d'un pourcentage de revalorisation décidé annuellement par le Conseil d'Administration de l'Institution.

REVALORISATION DU SALAIRE DE REFERENCE

Pour le calcul des prestations en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, lorsque ces événements surviennent au cours d'un arrêt de travail, le salaire de référence pris en considération est celui déterminé pour la prestation arrêt de travail, revalorisé au 1^{er} janvier de chaque exercice entre l'arrêt et le décès ou le passage en I.A.D., sur la base d'un pourcentage de revalorisation décidé annuellement par le Conseil d'Administration de l'Institution.

Pour le calcul des prestations d'invalidité, lorsque cette dernière fait suite à une incapacité temporaire ayant donné lieu au versement d'indemnité quotidienne, le salaire de référence est également revalorisé dans les mêmes conditions que pour le décès ou l'invalidité absolue et définitive entre la date de survenance de l'arrêt de travail et l'invalidité.

REVALORISATION EN CAS DE RESILIATION DE L'ADHESION

En cas de résiliation du présent contrat et / ou de rupture du contrat de travail, les prestations sont maintenues jusqu'à leur échéance normale au niveau atteint. Les revalorisations futures sont maintenues sauf en cas de reprise du contrat d'assurance par un nouvel assureur qui prendra à sa charge les revalorisations futures.

REVALORISATION POST-MORTEM – CAPITAL EN DESHERENCE

À compter de la date de connaissance du décès du Participant par l'Institution, il est accordé, pour chaque année civile, une revalorisation des prestations décès, égale au moins élevé des 2 taux suivants :

- La moyenne sur les 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente ;

La revalorisation est due jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement des prestations décès et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations du montant des prestations décès.

Ces revalorisations sont également applicables postérieurement à la résiliation ou au non-renouvellement du contrat.

Cessation des garanties

En tout état de cause, le Participant cesse de bénéficier des garanties du présent contrat dans les cas suivants :

- A la date de rupture de son contrat de travail ou à la fin de la période de portabilité pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage ;
- Au jour de la suspension de son contrat de travail n'ouvrant droit à aucune indemnisation de la part de son employeur, sous réserve toutefois de l'application des dispositions prévues ci-dessous aux paragraphes « *Suspension du contrat de travail du Participant non indemnisée* » et « *Suspension du contrat de travail en période de réserve militaire ou policière* » ;
- À la date de la liquidation de sa pension de retraite servie par un régime obligatoire de Sécurité sociale, sauf situation de poursuite ou de reprise d'une activité salariée au sein de l'Entreprise Adhérente, autorisée par la réglementation en vigueur ;
- En cas de non-paiement de la cotisation par l'Entreprise Adhérente ;
- En tout état de cause, au jour du décès ;
- À la date de la prise d'effet de la résiliation du contrat par l'Institution ou par l'Entreprise Adhérente.

Ainsi, les évènements dont l'origine se situe après la date de radiation du Participant ne donnent lieu à aucune prestation.

Suspension du contrat de travail

❖ Suspension du contrat de travail du Participant indemnisée

Les garanties du présent contrat sont maintenues, moyennant le paiement des cotisations, en cas de suspension du contrat de travail ouvrant droit, pour le Participant :

- Soit à un maintien de salaire total ou partiel de la part de l'Entreprise Adhérente ;
- Soit au versement des prestations en espèce du régime obligatoire d'Assurance Maladie ;
- Soit à un revenu de remplacement versée par l'Entreprise adhérente. Ce cas concerne notamment les Participants placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'Entreprise adhérente (reclassement, mobilité...).

Ce maintien d'affiliation s'opère par principe dans les mêmes conditions que pour les Participants en activité (mêmes garanties et mêmes taux et assiette de cotisations).

Toutefois :

- **Pour les Participants bénéficiant de prestations en espèce du régime obligatoire d'Assurance Maladie sans indemnisation versée par leur employeur, le maintien des garanties s'opère sans paiement des cotisations ;**

- Pour les Participants en incapacité de travail ou invalidité qui bénéficient des prestations complémentaires « *incapacité de travail* » et « *invalidité* » versées par l'Institution et dont le contrat de travail n'est pas rompu, le maintien des garanties s'opère sans paiement des cotisations ;

Si l'Entreprise Adhérente bénéficie également d'un contrat Frais de santé souscrit auprès de l'Institution, le service des prestations « *frais de santé et de maternité* » est également maintenu au Participant et à ses ayants droit sans contrepartie de cotisation. En tout état de cause ce maintien de garanties « *frais de santé et de maternité* » cesse à la date de rupture du contrat de travail du Participant ou à la date de résiliation du présent contrat.

❖ Suspension du contrat de travail du Participant non indemnisée

Les garanties du présent contrat sont suspendues de plein droit pour le Participant dont le contrat de travail est suspendu, notamment pour des raisons autres que médicales, lorsqu'il ne bénéficie pas d'un maintien de salaire par l'Entreprise Adhérente ou ne bénéficie plus de prestations en espèce du régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Toutefois, pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties sont maintenues au bénéfice du Participant pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors qu'il y aura eu paiement de la cotisation pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Au terme du maintien des garanties dans les conditions mentionnées au précédent paragraphe, le Participant a la possibilité de continuer à bénéficier du maintien des garanties décès uniquement, sous réserve du paiement de la cotisation afférente à la garantie « *décès* » et selon les modalités suivantes :

> Affiliation :

Le Participant doit en faire la demande à l'Institution et doit s'acquitter du paiement intégral de la cotisation afférente (part salariale et part patronale). À cet effet, l'Institution prélèvera la cotisation mensuellement à terme à échoir directement auprès du Participant.

> Renonciation :

À compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet, le Participant dispose d'un délai de 30 jours pour revenir sur sa décision. Dans ce cas, il adresse à l'Institution par tout support durable (lettre simple, lettre recommandée avec avis de réception, mail) la mention suivante : « *Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse) souhaite renoncer au maintien de garantie décès au titre du contrat n° 2221/800 souscrit par mon entreprise (raison sociale)* », datée et signée.

La renonciation entraîne la restitution :

- Par le Participant, du montant des prestations éventuellement versées par l'Institution, dans un délai de 30 jours ;
- Par l'Institution, des cotisations éventuellement acquittées par le Participant, dans un délai de 30 jours.

> Durée du maintien de la garantie et modalité de résiliation

Le maintien de la garantie décès prend effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception de sa demande par l'Institution jusqu'au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Le Participant qui ne souhaite plus bénéficier du maintien de la garantie décès, doit en informer l'Institution au plus tard, le 31 octobre précédant la date d'échéance du contrat.

Le maintien cessera alors au 31 décembre.

La résiliation peut être effectuée au choix du Participant :

- Par lettre (le cachet de la poste faisant foi) ou tout autre support durable ;
- Par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution de prévoyance ;
- Par acte extra-judiciaire.

> Salaire de référence applicable pour le calcul des cotisations et des prestations décès :

Le salaire de référence applicable est constitué, pour les prestations des garanties décès, de l'ensemble des salaires bruts du Participant soumis à cotisations et contributions sociales, déclaré à l'URSSAF, que le Participant a perçu pendant les 12 derniers mois civils d'activité précédant la suspension du contrat de travail non indemnisée.

> Cessation du maintien de la garantie décès :

Le Participant cesse de bénéficier du maintien de la garantie décès dans les cas suivants :

- Au jour où le Participant reprend son activité ;
- À la date de rupture de son contrat de travail ;
- À la date de la liquidation de sa pension de retraite servie par un régime obligatoire de Sécurité sociale ;
- En cas de non-paiement des cotisations par le Participant ;
- Au jour de son décès ;
- A la date de prise d'effet de la résiliation du contrat par l'Institution ou par l'Entreprise Adhérente.

> Non-paiement des cotisations :

En cas de défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours suivant la date prévue ci-dessus, l'Institution adresse au Participant, une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure. Le maintien de garanties sera alors suspendu au terme des 30 jours suivant la mise en demeure et résiliée à l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de la mise en demeure, dans l'hypothèse où les cotisations n'ont pas été intégralement réglées dans ce délai.

Dans le cas d'une suspension du maintien des garanties, ce maintien reprendra effet à midi le lendemain du jour où les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement, auront été payés à l'Institution.

❖ Suspension du contrat de travail du Participant en période de réserve militaire ou policière

Les garanties de la présente notice sont obligatoirement maintenues, moyennant le paiement des cotisations, au Participant dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière.

La cotisation salariale finançant les prestations est versée par le Participant auprès de son employeur, pour la part qui lui incombe. L'employeur se chargera de verser sa contribution et celle du Participant directement auprès de l'Institution.

Maintien des prestations incapacité temporaire de travail et invalidité en cours de service

Conformément à l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evin), le Participant en situation d'incapacité de travail ou d'invalidité, au jour de la date d'effet de la résiliation du contrat par l'Entreprise Adhérente ou de la rupture de son contrat de travail, bénéficie du maintien des prestations versées par l'Institution, sans versement de cotisation, tant que dure l'incapacité temporaire de travail ou l'invalidité.

En cas de résiliation du présent contrat ou de rupture du contrat de travail du Participant, les prestations sont maintenues jusqu'à leur échéance normale au niveau atteint, sauf en cas de reprise du contrat d'assurance par un nouvel assureur qui prendra à sa charge ces revalorisations futures

Ce maintien s'applique, sous réserve que le fait générateur de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité trouve son origine pendant la période de validité du présent contrat.

En cas de changement d'organisme assureur, il appartient à l'Entreprise Adhérente d'organiser, les modalités de la poursuite de la revalorisation des prestations au profit des Participants en incapacité ou en invalidité, et des bénéficiaires de rentes éducation et de conjoint.

Le versement de ces prestations prend fin :

- À la date à laquelle le régime obligatoire d'Assurance Maladie cesse d'indemniser le Participant ;
- À la date d'attribution de la pension vieillesse par la Sécurité sociale ;
- À la date de reprise d'activité à temps complet du Participant ;
- À la date du décès du Participant.

Maintien des garanties décès en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité

Conformément à l'article 7-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evin), l'Institution maintient, en cas de résiliation du contrat, les garanties liées au Décès, à tout Participant indemnisé par l'Institution dans le cadre d'une incapacité temporaire de travail ou d'une invalidité.

Le Participant bénéficie du maintien des garanties liées au décès, si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- Le fait générateur de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité se situe pendant la durée de validité du présent contrat de prévoyance.
- et que le décès survienne avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité telle que définie dans la présente notice.

Le maintien des garanties liées au décès est assuré sans versement de cotisations.

La fin du maintien des garanties liées au décès intervient :

- À la date à laquelle la Sécurité sociale cesse d'indemniser le Participant ;
- À la date d'attribution de la pension vieillesse par la Sécurité sociale ;
- À la date de reprise d'activité à temps complet du Participant.

Maintien des garanties dans le cadre de la portabilité

L'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale pose différentes conditions permettant au salarié dont le contrat de travail est rompu de bénéficier d'un maintien des garanties Décès, Incapacité, Invalidité en vigueur dans l'Entreprise Adhérente.

Pour bénéficier d'un tel maintien, le Participant doit remplir les conditions cumulatives suivantes :

- Voir son contrat de travail rompu pour un motif autre que la faute lourde ;
- Disposer de droits à une prise en charge par le régime d'Assurance Chômage ;
- Bénéficier, au jour de la rupture de son contrat de travail de droits ouverts au présent contrat en vigueur dans l'Entreprise Adhérente.

Le maintien des garanties sera effectif dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail du Participant.

La durée de ce maintien est égale à celle du dernier contrat de travail (ou à la durée totale des contrats consécutifs chez le même employeur), appréciée en mois entiers, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur sans pouvoir excéder 12 mois.

Pendant toute la période de portabilité, le Participant bénéficiera des prestations dans les mêmes conditions que les salariés de l'Entreprise Adhérente. Ainsi, toutes modifications ultérieures des garanties prévues aux contrats s'appliquent au salarié actif comme à l'ancien salarié, et à la même date.

Le financement de ce maintien est assuré par un système de mutualisation. Par conséquent, le Participant en bénéficie sans contrepartie de cotisations.

En cas de résiliation du contrat, le bénéficiaire cessera d'être couvert par l'Institution à la date d'effet de la résiliation (sauf maintien au titre de l'article 7 de la loi Evin précité).

Le Participant doit impérativement :

- **Transmettre à l'Institution un relevé de situation du Pôle Emploi, dès réception de ce dernier et plus tard chaque trimestre, sous peine de déchéance de ses droits ;**
- **Informer l'Institution de toutes modifications relatives à son inscription au Pôle Emploi.**

En tout état de cause, le bénéficiaire du maintien des garanties au titre de la portabilité, qui ne répond plus à l'une des conditions ci-dessus, s'engage à rembourser toutes prestations versées indûment.

Toute suspension des allocations chômage du Participant pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité pendant la période de maintien des garanties, l'ancien salarié ne pourra pas percevoir une indemnisation de son arrêt, tout organisme confondu d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Le maintien des garanties cesse :

- À l'issue de la période maximale de maintien ;
- Dès que le bénéficiaire retrouve un emploi ou qu'il n'est plus indemnisé par l'Assurance Chômage ;
- En cas de radiation des listes de Pôle Emploi ;
- En cas de non production des justificatifs à l'Institution ;
- En cas de liquidation de la pension de retraite du bénéficiaire en cours de portabilité ;
- En cas de résiliation du présent contrat en vigueur.

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat collectif obligatoire sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous réserves des dispositions définies à l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale. La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et à dix ans pour les prestations relatives à l'assurance décès lorsque le bénéficiaire n'est pas le Participant.

Conformément aux dispositions de l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Participant, que du jour où l'Institution en a eu connaissance.
- 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 de l'Entreprise Adhérente, du Participant ou du bénéficiaire contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action en justice contre l'Entreprise Adhérente, le Participant, le bénéficiaire ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'Institution du droit du Participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- L'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),

- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés soit à l'Entreprise Adhérente par l'Institution de prévoyance en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par le Participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Contrôle médical

L'Institution se réserve le droit de procéder ou faire procéder à tous contrôles, y compris sur dossier, afin d'apprécier si la nature du sinistre et les circonstances de sa survenance justifient le paiement des prestations.

En cas de refus ou d'entrave, l'Institution suspendra le versement des prestations.

En cas de désaccord entre l'Institution et le Participant, il peut être fait application de la procédure d'arbitrage définie ci-dessous.

Les médecins et experts désignés par l'Institution pourront solliciter le concours du Participant afin de constater son état de santé à tout moment. Ce contrôle s'effectuera soit par analyse du dossier médical soit par consultation.

Le Participant doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toutes expertises ou examens demandés par l'Institution, lesquels auront lieu en France.

Les décisions prises par l'Institution, en fonction des conclusions du Médecin désigné par l'Institution ou de l'expert dûment mandaté par ses soins, sont notifiées au Participant ou au bénéficiaire par courrier recommandé avec avis de réception.

Le droit aux prestations peut ainsi être refusé, interrompu ou réduit, en raison des conclusions des médecins et experts désignés par l'Institution, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

Le Participant peut en contester le bien-fondé dans les dix jours suivant la date de première notification au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée, sous pli confidentiel, au Médecin désigné par l'Institution par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du Participant ou du bénéficiaire, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par le Participant ou le bénéficiaire et le médecin délégué par l'Institution.

Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes ou s'il est décidé de procéder directement à un arbitrage, le Participant ou le bénéficiaire et l'Institution choisissent un médecin arbitre pour les départager. Faute d'entente sur son choix, la désignation est faite par voie judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin, et par moitié, ceux du médecin arbitre.

Réclamation et médiation

RECLAMATION

Pour toute réclamation, l'Entreprise Adhérente ou le Participant peut adresser directement sa réclamation en spécifiant son objet aux adresses suivantes :

- **Via ipeca.fr**, en complétant le formulaire en ligne « *Vous souhaitez nous faire part d'une réclamation* » (accessible à partir de la page Contacts du site internet ipeca.fr).
- **Par courrier :**



IPECA PRÉVOYANCE

À l'attention du service Clients et Réclamations
5 rue Paul Barruel
75740 Paris cedex 15

En tout état de cause, l'Institution :

- Accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi par le Participant à l'Institution, sauf si une réponse est apportée dans ce délai au Participant ou à l'Entreprise Adhérente ;
- Apportera une réponse définitive au client dans un délai de 2 mois à compter de l'envoi de la réclamation par le Participant à l'Institution.

MEDIATION

En cas de désaccord sur la réponse apportée à cette réclamation ou en l'absence de réponse dans un délai de 2 mois à compter de la date d'envoi de la réclamation, l'Entreprise Adhérente ou le Participant a la possibilité de saisir gratuitement le Médiateur de l'Institution sur simple demande, à l'adresse suivante : Le Médiateur de la protection sociale (CTIP) 10, rue Cambacérès 75008 Paris ou via le formulaire sur le site ctip.asso.fr rubrique « *Médiation* ».

Le Médiateur est une personne indépendante qui s'engage à formuler un avis motivé dans les 90 jours suivant la date de la notification au demandeur de la saisine du Médiateur. Ce délai peut être prolongé à tout moment en cas de litige complexe. Son avis n'engage pas les parties concernées qui restent libres de recourir aux juridictions compétentes.

Loi informatique et libertés

Dans le cadre de la mise en œuvre de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel (RGPD), IPECA PRÉVOYANCE, en tant que Responsable de Traitement, informe l'Entreprise Adhérente du traitement des données à caractère personnel des salariés affiliés (les Participants).

IPECA PRÉVOYANCE traite notamment les catégories de données suivantes des Participants :

- Les informations d'identification et de contact, ainsi de celles de leurs éventuels ayants droit (nom, prénom, lieu et date de naissance, adresse postale et électronique, numéro de téléphone, sexe) ;
- Les données d'identification et d'authentification, plus particulièrement lors de la connexion sur l'Espace Privé du site Ipeca.fr ou encore lors de l'utilisation de l'application mobile MyIPECA (adresse IP, logins etc.) ;
- La vie personnelle (situation familiale, etc.) ;
- Les informations relatives à leur emploi (dénomination de l'employeur, rémunération, catégorie socio-professionnelle) ;
- Leurs informations bancaires (Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Mandat de prélèvement SEPA, etc.),
- Leur Numéro de Sécurité sociale (NIR)
- Certaines de leurs données de santé (devis et factures de professionnels de santé, ordonnances médicales, analyses de laboratoires biologiques et radiologiques, décomptes Sécurité sociale, certificats médicaux, certificats d'arrêt de travail, questionnaires médicaux, expertises médicales).

Ces traitements sont nécessaires à :

- La souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance (y compris l'utilisation du NIR du Participant et de ses ayants droit, pour la gestion du contrat précité) ;
- L'exercice des recours à la gestion de demandes d'informations, de réclamations et de contentieux ;
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à :
 - o La lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription du Participant sur une liste de personnes dont des actes pouvant être considérés comportant un risque de fraude,
 - o La lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques ;
- L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses en vue d'assurer la sécurité et la continuité d'activité des services, ainsi que de proposer des produits et services à l'attention des Entreprises Adhérentes et des Participants ;
- L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par les Entreprises Adhérentes et les Participants ;
- Dans le cadre de la poursuite d'un intérêt légitime, la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination des Entreprises Adhérentes et des Participants ;

IPECA PRÉVOYANCE s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des Participants pour d'autres finalités que celles précitées.

Les données de santé du Participant, traitées par notre personnel habilité, ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Les données précitées seront conservées pendant la durée du contrat, ainsi que jusqu'à l'expiration des durées de prescription applicables, sauf dispositions légales imposant une durée plus longue.

Les données collectées sont indispensables aux traitements décrits ci-dessus. En conséquence, IPECA PRÉVOYANCE informe l'Entreprise Adhérente du fait qu'un défaut de réponse de la part d'un Participant ou un défaut d'actualisation de données, pourrait nuire, voir rendre impossible l'exécution du contrat souscrit.

Ces données sont destinées aux services habilités d'IPECA PRÉVOYANCE. Elles sont également susceptibles d'être communiquées à nos prestataires pour assurer la gestion et l'exécution du contrat et notamment les opérateurs de tiers-payant, les réseaux de soins, autres opérateurs de services, les délégataires de gestion, les intermédiaires et les réassureurs. Elles pourront également être adressées aux organismes sociaux, et aux organismes bancaires pour permettre le versement des remboursements.

IPECA PRÉVOYANCE ainsi que les prestataires cités ci-dessus s'engagent à ce que les données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

L'ensemble des données à caractère personnel du Participant sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles adaptées.

En application de la réglementation « RGPD », le Participant dispose de l'ensemble des droits prévus à cet effet et ainsi :

- D'un droit d'accès et de rectification de ses informations,
- D'un droit d'effacement des données le concernant,
- D'un droit de limitation du traitement de ses données,
- D'un droit à la portabilité, afin de transmettre ses données à un tiers,
- D'un droit d'opposition au traitement de ses données personnelles
- D'un droit de définir des directives relatives au sort de ses données en cas de décès.

Le Participant peut exercer l'ensemble de ces droits par le biais du formulaire d'exercice des droits disponible sur l'Espace public du site ipeca.fr dans la rubrique « Contactez-nous », qu'il peut adresser à l'une des adresses suivantes :

- dpd@ipeca.fr
- Délégué à la Protection des Données - 5 rue Paul Barruel - 75740 Paris Cedex 15.

IPECA PRÉVOYANCE apporte la plus grande attention aux données à caractère personnel, néanmoins si les Entreprises Adhérentes ou les Participants considèrent que le traitement de données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, ils disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (« CNIL »), par le biais de son site internet www.cnil.fr.

Enfin l'Entreprise Adhérente et le Participant peut consulter la politique de protection des données à caractère personnel IPECA PRÉVOYANCE par le biais de notre site internet.

Subrogation

Conformément à l'article L931-11 du Code de la sécurité sociale, l'Institution est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire des prestations contre les tiers responsables ou leurs assureurs, pour les prestations à caractère indemnitaire.

Nous vous invitons à **prendre contact
avec nos conseillers**
via **ipecaf.fr** ou **par téléphone 0 977 425 425**
(Appel non surtaxé)

> Contactez-nous par téléphone :

Appelez le 0 977 425 425, appuyez sur la touche * et tapez 5 :

Pour un arrêt travail ou une invalidité tapez 1

Pour le suivi d'un dossier décès ou des informations sur vos garanties prévoyance tapez 2

Pour le prélèvement de vos cotisations tapez 3

Pour toutes modifications d'informations personnelles ou de désignation de bénéficiaire tapez 4

> Pour toute autre question

Nous contacter via votre Espace Privé sur ipecaf.fr ou via l'application mobile MyIpeca depuis la rubrique « Mes démarches » en Prévoyance et posez votre question à un conseiller à l'aide du formulaire proposé.

> Contactez-nous par courrier :

IPECA PRÉVOYANCE, 5 rue Paul Barruel, 75740 Paris cedex 15

Référence : AIRBUS / N° 2221/800 / N° V2 / JUIN 2024

IPECA

IPECA PRÉVOYANCE / 5 rue Paul Barruel / 75740 Paris cedex 15

ipecaf.fr

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale et relevant de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.