



Prévoyance complémentaire

GUIDE PRATIQUE À L'USAGE DU SUPER HÉROS



PREVERE

www.ccas.fr

SOMMAIRE

INFORMATIONS GÉNÉRALES	3
1.1 Historique et contexte des contrats IDCP	3
1.2 Pourquoi souscrire un contrat IDCP N ?	3
1.3 Qu'est ce que l'invalidité ?	4
1.4 Qu'est-ce que l'infirmité ?	4
COMPRENDRE MON CONTRAT IDCP N	5
2.1 Quelles sont mes garanties ?	5
2.1.1 Garanties « Toutes Causes »	5
2.1.2 Garanties « Accidentelles »	8
2.2 Quelles sont les différences entre les garanties en rente et les garanties en capital ? Ai-je le choix entre les garanties en capital ou en rente ?	10
2.3 Quelle est la différence avec le régime obligatoire ?	10
2.4 Comment je répartis entre les garanties « Décès Accidentel » et « Infirmité Accidentelle » ?	11
COMBIEN ÇA COÛTE ?	12
3.1 Quand je suis actif ?	12
3.2 Quand je suis inactif ?	12
3.3 En cas d'adhésion famille ?	12
3.3 Comment payer ma cotisation ?	16
3.4 Comment ma cotisation est-elle annuellement réajustée ?	16
3.5 Simulateur IDCP	16
3.6 Exemples de calcul de cotisation	16
QUESTIONS	19
4.1 Sur les formalités d'adhésion à IDCP	19
4.1.1 Comment puis-je adhérer ?	19
4.1.2 Ma famille peut-elle également adhérer ?	19
4.1.3 Les veufs et veuves CCAS peuvent-ils adhérer ?	19
4.1.4 Jusqu'à quand puis-je adhérer ?	19
4.1.5 Quand dois-je remplir un questionnaire de santé ?	21
4.1.6 Quelles formules dois-je choisir si nous sommes deux agents en couple ?	21
4.1.7 Que m'apporte IDCP si j'ai d'autres contrats d'assurance de personnes à la CCAS ?	21
4.1.8 Quand mes garanties prennent-elles effet ?	21
4.1.9 Que dois-je faire en cas de modification de ma situation personnelle ?	21
4.2 Sur la vie du contrat	22
4.2.1 Comment modifier mes garanties ?	22
4.2.2 Comment assurer un prêt avec IDCP ?	22
4.3 Sur la survenance d'un sinistre	22
4.3.1 Quelles sont les formalités à accomplir en cas d'accident ?	22
4.3.2 Les prestations sont-elles imposables ?	22
DOCUMENTS À RENVOYER	23
QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ	24
QUESTIONNAIRE DE SANTÉ COMPLET	25
MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA	33
LEXIQUE	35

INFORMATIONS GÉNÉRALES

1.1 Historique et contexte des contrats IDCP

Depuis 1948 et jusqu'en 2009, la CCAS a mis à votre disposition les contrats de prévoyance suivants :

- IDCP M, couvrant le décès et l'invalidité quelle qu'en soit la cause ;
- IDCP A, couvrant le décès et l'infirmité pour cause accidentelle ;
- IDCP F, couvrant la famille au titre du décès et de l'infirmité pour cause accidentelle.

En 2009, la branche des Industries Électrique et Gazière a mis en place une couverture de prévoyance obligatoire, engendrant ainsi des cotisations supplémentaires à votre charge. Il convient de préciser que ce régime peut être cumulé avec un contrat IDCP, vous permettant ainsi de disposer de garanties (cumulatives) communes et/ou complémentaires. Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2009, les contrats IDCP A et IDCP M ont été réunis pour former une nouvelle offre : le contrat IDCP N. Celui-ci est composé de deux types de garanties :

- garanties « Toutes Causes », reprenant en partie le contrat IDCP M ;
- garanties « Accidentelles », reprenant le contrat IDCP A.

Les garanties « Toutes Causes » ont été complétées par les garanties suivantes :

- rente viagère de conjoint ;
- rente temporaire d'éducation ;
- rente viagère en cas de survenance d'un handicap chez l'enfant.



Les deux premières garanties sont activées lors du décès de l'assuré, la troisième est activée en cas de survenance d'un handicap pour l'enfant de l'assuré.

1.2 Pourquoi souscrire un contrat IDCP N ?

La CCAS, au travers du contrat IDCP N, vous permet de vous protéger en complément du régime obligatoire par la souscription de garanties non proposées par celui-ci ou par l'augmentation des garanties déjà proposées par celui-ci. Vous pouvez choisir les garanties que vous souhaitez dans un large choix d'options (accidentelles ou toutes causes, en capital ou en rente, etc.).

De plus, contrairement au régime obligatoire, IDCP N ne disparaît pas au moment de la mise en inactivité et vous permet d'être couvert pendant une partie de cette dernière (possibilité d'aller jusqu'à 79 ans inclus).

En fonction des garanties souscrites, en cas de décès ou d'infirmité, vous ou vos proches pourrez toucher une somme pouvant atteindre 8 fois votre salaire annuel brut.

Par ailleurs, contrairement à la prévoyance obligatoire, le contrat IDCP N vous permet de couvrir votre conjoint, vos enfants et ceux de votre conjoint, définis tels que ci-dessous :

- conjoint : personne mariée, pacsée ou en concubinage avec l'agent ;
- enfants : enfants de moins de 21 ans ou bien de moins de 26 ans poursuivant leurs études et fiscalement à charge et enfants handicapés sans limite d'âge.

De plus, la couverture s'est enrichie avec la mise en place des trois garanties en rente citées au 1.1.

1.3 Qu'est ce que l'invalidité ?

Il existe trois types d'invalidité au sens du contrat :

- l'invalidité statutaire (ou conventionnelle) : l'assureur verse le capital garanti si, au plus tard la veille de la liquidation de votre pension vieillesse, vous êtes à l'issue d'une période d'arrêt total et continu de travail de 2 ans au minimum :
 - mis en situation statutaire d'invalidité (vous êtes agent statutaire) ;
 - classé par la Sécurité sociale en 2^e ou 3^e catégorie d'invalidité dont le taux est au moins égal à 66 % à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie d'origine professionnelle.
- l'invalidité permanente handicap (IPH) : cela concerne les agents assurés handicapés poursuivant une activité au sein des IEG, avec un taux d'invalidité au moins égal à 80 % ;
- l'invalidité absolue et définitive : l'assureur verse le

capital garanti si, au plus tard la veille de la liquidation de votre pension vieillesse, vous êtes avant le terme d'une période d'arrêt total et continu de travail de 2 ans, reconnu par le médecin-conseil de la CCAS, agissant en accord avec le médecin-conseil de l'assureur, en état d'invalidité absolue et définitive consécutivement à une maladie ou à un accident vous mettant dans l'impossibilité totale d'exercer une activité professionnelle quelconque et :

- mis en retraite d'office (vous êtes agent statutaire) ;
- classé par la Sécurité sociale en 2^e ou 3^e catégorie d'invalidité ou reconnu par cet organisme atteint d'une invalidité dont le taux est au moins égal à 66 % à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie d'origine professionnelle (vous êtes agent non statuaire, c'est à dire conventionné ou médecin).

1.4 Qu'est-ce que l'infirmité ?

L'infirmité correspond à une perte totale ou partielle de la mobilité d'une partie du corps. Celle-ci doit être permanente pour être indemnisée par le contrat. Le taux d'infirmité est fixé par le médecin-conseil de la CCAS agissant en accord avec le médecin-conseil de l'assureur après consolidation de l'état de santé. Ce taux ne dépend ni de l'âge ni de la profession, la cause de l'infirmité peut être professionnelle ou relative à la vie privée. Un barème, présent en annexe à la Notice d'information, est utilisé pour fixer votre taux d'infirmité.



Par exemple, si vous avez entre 55 et 59 ans à la date de souscription, vous pouvez choisir un capital entre 50% et 400% de votre salaire annuel brut. En cas de décès avant vos 65 ans, votre bénéficiaire désigné percevra un capital allant de 0,5 année à 2 années de votre salaire brut ou de votre pension.

En cas de décès de 65 à 70 ans, le capital versé est minoré de 50 %, sauf en cas d'enfant à charge.

COMPRENDRE mon contrat IDCP N

2.1 Quelles sont mes garanties ?

IDCP N vous propose de nombreuses garanties. Avant de les lister, il est nécessaire de vous familiariser avec les définitions suivantes :

- **ouvrant droit** : c'est en règle générale un agent des IEG, un médecin du travail, un médecin-conseil chez EDF-GDF ou un agent de la CCAS. Un ouvrant droit peut être un veuf ou une veuve non remarié(e) d'agent, ou un conjoint divorcé non remarié ayant eu 3 enfants avec l'agent. Pour ouvrir un contrat IDCP, ce statut est indispensable ;
- **assurés** : c'est l'ensemble des personnes pour lesquelles un BIA (Bulletin Individuel d'Affiliation) peut être rempli.

Comme indiqué précédemment, dans cette population peuvent être présents les agents eux-mêmes ainsi que leurs ayants droit : leur conjoint, leurs enfants ou ceux de leur conjoint ;

- **bénéficiaires** : ce sont les personnes qui vont toucher l'argent (capital et/ou rente) en cas de décès. Chaque assuré désigne ses bénéficiaires sur le BIA, ceux-ci pouvant n'avoir aucun lien avec l'assuré. En cas de non-désignation, la clause bénéficiaire type sera appliquée.

2.1.1 Garanties « Toutes Causes »

2.1.1.1 Capital Décès et Invalidité (agent en activité uniquement)

Cette garantie prend la forme d'un capital versé :

- aux bénéficiaires dans le cas du décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause, y compris le suicide après un an d'affiliation ;
- à l'assuré (qui ne peut être que l'agent) dans le cas de son invalidité statutaire/conventionnelle, dans le cas de son invalidité absolue et définitive, ou dans le cas de son invalidité permanente handicap.

Le montant de ce capital est exprimé en pourcentage du salaire annuel brut de l'ouvrant droit et dépend du type d'assuré ainsi que de son âge.

Garanties « Toutes Causes »

- capital en cas de décès (et d'invalidité pour l'agent en activité)
- âge de l'assuré à la souscription ou à la modification de la garantie
- agent et/ou conjoint ou ouvrant droit "conjoint" d'un agent décédé

Souscription avant 54 ans inclus	Capital en pourcentage du salaire ou de la pension de l'agent*				
Jusqu'à 59 ans inclus	50%	100%	150%	200%	400%
De 60 à 67 ans inclus si pas d'enfant à charge	50%	100%	150%	200%	
De 60 à 71 ans inclus tant qu'il y a au moins un enfant à charge	50%	100%	150%	200%	400%
Souscription à compter de 55 ans inclus	Capital en pourcentage du salaire ou de la pension de l'agent*				
Jusqu'à 67 ans inclus ou 71 ans inclus tant qu'il y a au moins un enfant à charge	50%	100%	150%	200%	

* Capital en pourcentage de la pension de réversion ou de 60% du PASS pour l'ouvrant droit « conjoint » d'un agent décédé.

À compter de 60 ans ou de la liquidation de la pension vieillesse, les modifications se font uniquement à la baisse.

Garanties « Toutes Causes » (suite)

Enfant à charge	Capital en pourcentage du PASS
De 12 ans jusqu'à 21 ans ou 26 ans si études ou apprentissage ou sans limite d'âge pour l'enfant handicapé	100%
Si l'assuré est un enfant, le capital à verser au bénéficiaire dépend du plafond annuel de la Sécurité sociale.	

2.1.1.2 Rente viagère de conjoint en cas de décès

Cette garantie prend la forme d'une rente à vie, versée au conjoint à la suite du décès de l'assuré :

- la rente vous sera versée si votre conjoint(e) est

l'assuré(e) et qu'il a souscrit cette garantie ;

- la rente sera versée à votre conjoint(e) si vous êtes l'assuré(e) et que vous avez souscrit cette garantie.

Le montant de cette rente décroît en fonction de l'âge de

l'assuré au décès, c'est-à-dire que plus l'assuré décèdera tard, plus la rente versée au conjoint sera faible. Son montant dépend par ailleurs du salaire annuel brut de l'ouvrant droit.

Vous trouverez ci-dessous les quatre options existantes pour la Rente viagère de conjoint en cas de décès de l'assuré :

Rente viagère de conjoint en cas de décès					
Âge de l'assuré à la souscription ou à la modification de la garantie	Rente viagère selon l'âge de l'assuré au décès	En pourcentage du salaire de l'agent			
		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
Jusqu'à 49 ans inclus	Jusqu'à 40 ans inclus	7,5%	15%	22,5%	30%
	De 41 à 50 ans inclus	5%	10%	15%	20%
	De 51 à 59 ans inclus	2,5%	5%	7,5%	10%

Il est à noter que cette garantie ne peut être souscrite que par les agents et/ou les conjoints de moins de 50 ans. De plus, la rente ne sera versée que si le décès de l'assuré intervient avant sa mise en inactivité et au plus tard avant son 60^e anniversaire.

2.1.1.3 Rente temporaire d'éducation en cas de décès

Cette garantie prend la forme d'une rente temporaire versée à vos enfants dans le cas de votre décès, ou aux enfants de votre conjoint en cas de décès de celui-ci s'il est l'assuré. Cette

rente sera versée à chacun de vos enfants âgés de moins de 21 ans ou de 26 ans s'ils poursuivent des études. Le montant de cette rente est fonction de votre salaire et croît avec l'âge de l'enfant.

Vous avez le choix entre deux options de niveau de rente, décrites dans le tableau ci-dessous :

Rente temporaire d'éducation en cas de décès			
Âge de l'assuré à la souscription ou à la modification de la garantie	Rente en fonction de l'âge de l'enfant durant la période de versement	En pourcentage du salaire de l'agent	
		OPTION A	OPTION B
Jusqu'à l'âge de départ en retraite + 12 mois	Rente temporaire versée jusqu'à 10 ans inclus	5%	10%
	Rente temporaire versée de 11 à 17 ans inclus	7,5%	15%
	Rente temporaire versée de 18 ans jusqu'à 21 ou 26 ans si études ou apprentissage	10%	20%
	Rente viagère pour l'enfant handicapé, quel que soit son âge	10%	20%

Dans tous les cas, le montant de la rente est doublé si l'enfant est orphelin de père et de mère.

Il est à noter que cette garantie ne peut être souscrite que par les agents et/ou les conjoints jusqu'à leur départ à la retraite + 12 mois.

2.1.1.4 Rente viagère en cas de survenance d'un handicap atteignant un enfant

Cette garantie prend la forme d'une rente viagère versée à

vos enfants dans le cas de la survenance d'un handicap pour cet enfant avant 21 ans ou avant 26 ans s'il poursuit des études. Le montant de cette rente est fonction de votre salaire.

Attention, seul vous ou votre conjoint avez besoin d'y souscrire pour assurer tous les enfants de la famille nés ou à naître !

Vous avez le choix entre trois options de niveau de rente, décrites dans le tableau ci-dessous :

Rente viagère en cas de survenance d'un handicap atteignant un enfant			
Âge de l'assuré à la souscription ou à la modification de la garantie	En pourcentage du salaire de l'agent		
	OPTION 15	OPTION 20	OPTION 30
Jusqu'à 21 ans ou 26 ans si études ou apprentissage	15%	20%	30%

Dans tous les cas, le montant de la rente est doublé si l'enfant est orphelin de père et de mère.

Cette garantie est une garantie Famille, c'est-à-dire que son adhésion par l'ouvrant droit ou son conjoint permet de couvrir l'ensemble des enfants. Il est à noter qu'une adhésion simultanée de l'ouvrant droit et de son conjoint n'entraînera pas le doublement de la rente versée à l'enfant.

2.1.2 Garanties « Accidentelles »

2.1.2.1 Garanties « Décès et Infirmité accidentelles »

Cette garantie prend la forme d'un capital versé en cas d'accident de la vie impliquant un décès ou une infirmité. Par définition, un accident correspond à toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle et provoquée par l'action soudaine, brutale, directe et exclusive d'une cause extérieure étrangère à la volonté de l'assuré.

En d'autres termes, cette garantie couvre ainsi les sinistres suivants :

- décès par accident ;
- Infirmité Permanente Partielle (IPP) à la suite d'un accident ;
- Infirmité Permanente Totale (IPT) à la suite d'un accident.

Pour que l'infirmité soit indemnisable, elle doit être permanente, c'est-à-dire que le versement du capital garanti aura lieu à la consolidation de l'état de santé de l'assuré. Le taux d'infirmité fixé par la commission médicale est définitif.

La consolidation implique qu'il ne peut pas y avoir d'amélioration de l'état ni de détérioration de celui-ci sans nouvel accident. Ces garanties accidentelles vous concernent que vous soyez ouvrant droit, conjoint ou enfant. Elles prennent la forme d'un capital versé :

- aux bénéficiaires désignés en cas de décès ;
- à vous-même en cas d'infirmité permanente.

Le montant de ce capital est exprimé en pourcentage du

salaires annuels bruts de l'ouvrant droit et dépend du type d'assuré ainsi que de son âge.

En cas d'infirmité, un taux d'infirmité vous est attribué dès la reconnaissance de celle-ci. Le capital qui vous sera versé correspond alors à votre taux d'infirmité multiplié par le capital souscrit pour le risque Infirmité.

Pour cette garantie, il convient de choisir une répartition du capital global entre les risques Décès et Infirmité. C'est à l'assuré de décider s'il souhaite avoir un taux de capital identique ou différent pour le décès et l'infirmité. À noter que pour les enfants de moins de 12 ans, le capital global doit obligatoirement se porter sur le risque infirmité (il n'est plus possible de souscrire un capital décès pour les enfants de moins de 12 ans).



Par exemple, si votre taux d'infirmité est de 5 % et que le taux que vous avez souscrit pour cette garantie est de 400 %, le montant du capital sera de $5 \% \times 400 \% = 20 \%$ de votre salaire annuel brut.

Vous trouverez les montants du capital versé en cas de sinistre dans le tableau ci-dessous :

Garanties « Accidentelles »*					
<i>- capital en cas de décès et/ou d'infirmité permanente, partielle ou totale</i>					
<i>- âge de l'assuré à la souscription ou à la modification de la garantie</i>					
Agent et/ou conjoint	Capital en pourcentage du salaire ou de la pension de l'agent				
Jusqu'à 64 ans inclus (75 ans en cas de modification)	100%	200%	400%	600%	800%
Ouvrant droit « conjoint » d'un agent décédé	Capital en pourcentage de la pension de réversion ou de 60 % du PASS				
Jusqu'à 64 ans inclus (75 ans en cas de modification)	100%	200%	400%	600%	800%
Enfant à charge	Capital en pourcentage du PASS				
Jusqu'à 11 inclus (infirmité uniquement)	100%				
De 12 ans jusqu'à 21 ans ou 26 ans si études ou apprentissage ou sans limite d'âge pour l'enfant handicapé	100%				
* Pour les Garanties « Accidentelles », vous devez également choisir une répartition du capital garanti entre les risques Décès et Infirmité.					

Si l'assuré est un enfant ou un ascendant à charge, le capital à verser au bénéficiaire dépend du plafond annuel de la Sécurité sociale.

2.1.2.2 Invalidité consécutive à un accident du travail

Dans le cas d'une invalidité entraînant l'impossibilité totale d'exercer une activité professionnelle quelconque, survenue avant la date de liquidation de votre pension vieillesse, l'assureur verse le capital garanti en cas d'infirmité permanente accidentelle.

2.1.2.3 Garanties complémentaires

Deux garanties sont proposées en complément des garanties « Toutes Causes » et « Accidentelles » :

- la garantie « Assistance Famille » en cas d'accident : cette garantie permet de bénéficier d'un grand nombre de prestations d'assistance et est systématiquement accordée à titre gratuit à chaque assuré et aux membres de sa famille (conjoint, partenaire ou concubin et enfant) ;
- la garantie « Individuelle Hospitalisation » par suite d'accident : cette garantie permet le versement à l'assuré d'une indemnité forfaitaire en cas d'hospitalisation de plus de 48 h à la suite d'un accident, dans la limite de 15 jours. Elle est systématiquement accordée à l'ouvrant droit assuré et peut être souscrite individuellement par chacun des ayants droit.

La cotisation de la garantie « Assistance Famille » est prise en charge par la CCAS pour l'intégralité des assurés. La cotisation pour l'hospitalisation est prise en charge par la CCAS uniquement dans le cas de l'ouvrant droit.

2.2 Quelles sont les différences entre les garanties en rente et les garanties en capital ? Ai-je le choix entre les garanties en capital ou en rente ?

Il existe deux types de garanties en rente : les rentes viagères et les rentes temporaires.

- la rente temporaire se traduit par le versement d'un montant fixe (bien que revalorisé tous les ans selon l'évolution du SNB) tous les trimestres, pendant une durée limitée ;

- la rente viagère se traduit par le versement d'un montant fixe (pareillement revalorisé) tous les trimestres, sans limitation de durée.

Les garanties en capital vous permettent de toucher l'ensemble du montant garanti en une fois. Le capital vous est versé dans le cas d'une invalidité ou d'une infirmité et il est versé au(x) bénéficiaire(s) dans le cas d'un décès.

Vous pouvez souscrire à une garantie du contrat ou à plusieurs à votre convenance, et ainsi prendre des garanties en capital et/ou en rente selon vos souhaits.

2.3 Quelle est la différence avec le régime obligatoire ?

Comme énoncé en introduction, les agents statutaires bénéficient d'un régime obligatoire de prévoyance, couvrant les mêmes risques que certaines garanties du contrat IDCP. Pour mémoire, le régime obligatoire s'arrête à la mise en inactivité, contrairement à IDCP qui peut aller jusqu'à 79 ans inclus pour certaines garanties. Par ailleurs, le régime obligatoire ne couvre pas votre famille, mais uniquement l'ouvrant droit statutaire.

Vous trouverez, ci-dessous, un comparatif du régime obligatoire et du contrat IDCP :

Garanties RO accidentelles / IDCP accidentelles		OD statuaire	OD conventionné	Conjoint	Enfant
Décès accidentel	RO ⁽¹⁾	300% min.	0%	0%	0%
	IDCP ⁽²⁾	de 100 à 800%	de 100 à 800%	de 100 à 800%	100% ⁽³⁾
Infirmité	RO ⁽¹⁾	0%	0%	0%	0%
	IDCP ⁽²⁾	de 100 à 800%	de 100 à 800%	de 100 à 800%	100%

⁽¹⁾ RO (jusqu'à la mise en inactivité et au plus tard 65 ans).
⁽²⁾ IDCP (jusqu'à 79 ans inclus).
⁽³⁾ Seulement à partir de l'âge de 12 ans.

Garanties RO non accidentelles/IDCP toutes causes

		OD statuaire	OD conventionné	Conjoint	Enfant
Décès toutes causes	RO ⁽¹⁾	200% min.	0%	0%	0%
	IDCP ⁽²⁾	de 50 à 400%	de 50 à 400%	de 50 à 400%	100% ⁽³⁾
Invalidité	RO ⁽¹⁾	200% min.	0%	0%	0%
	IDCP ⁽²⁾	de 50 à 400%	de 50 à 400%	0%	0%
Rente de conjoint	RO ⁽¹⁾	0%	0%	0%	SO ⁽⁴⁾
	IDCP ⁽²⁾	de 2,5 à 30%	de 2,5 à 30%	de 2,5 à 30%	SO ⁽⁴⁾
Rente éducation	RO ⁽¹⁾	de 15 à 20%	0%	0%	SO ⁽⁴⁾
	IDCP ⁽²⁾	de 5 à 20%	de 5 à 20%	de 5 à 20%	SO ⁽⁴⁾
Rente survenance handicap	RO ⁽¹⁾	SO ⁽⁴⁾	SO ⁽⁴⁾	SO ⁽⁴⁾	SO ⁽⁴⁾
	IDCP ⁽²⁾	SO ⁽⁴⁾	SO ⁽⁴⁾	SO ⁽⁴⁾	de 15 à 30%

⁽¹⁾ RO (jusqu'à la mise en inactivité et au plus tard 60 ans).

⁽²⁾ IDCP (jusqu'à 70 ans inclus ou 72 ans inclus si enfant à charge).

⁽³⁾ Seulement à partir de l'âge de 12 ans.

⁽⁴⁾ SO (Sans Objet).

Vous pouvez ainsi remarquer que le panel des garanties proposées par IDCP vous permet un large choix afin que vous puissiez personnaliser votre couverture prévoyance en fonction de vos besoins et de votre situation. Vous pouvez bien sûr cumuler les garanties du régime obligatoire et les garanties IDCP.

2.4 Comment je répartis entre les garanties « Décès Accidentel » et « Infirmité Accidentelle » ?

Si vous souscrivez aux garanties « Accidentelles », il vous sera demandé de choisir la répartition entre les risques Décès et Infirmité. Pour mémoire, le régime obligatoire couvre l'agent en activité au titre du décès accidentel.

Pour avoir une couverture sur les garanties « Accidentelles », vous pouvez, par exemple, utiliser le régime obligatoire sur le décès et souscrire à IDCP pour l'infirmité, qui est une garantie sans équivalent sur le marché. Quoi qu'il en soit, le régime obligatoire et IDCP étant cumulables, si vous souscrivez à la garantie « Décès » sur IDCP et que vous êtes en activité, vous toucherez votre capital garanti au titre du régime obligatoire et au titre d'IDCP.

Les agents proches de la mise en inactivité sont toujours couverts par le régime obligatoire, mais celui-ci disparaîtra au moment de leur départ et ils ne seront alors plus couverts sur le décès accidentel. Il est donc important de rééquilibrer le risque entre le décès et l'infirmité.

Par ailleurs, n'attendez pas de passer en inactivité pour souscrire à IDCP, car l'adhésion ne pourra être réalisée après un an d'inactivité.

Pour les personnes n'ayant pas de bénéficiaires à qui verser le capital, il est plus intéressant d'être couvert contre le risque pour lequel le capital revient à l'agent lui-même, c'est-à-dire l'infirmité.

Pour les conjoints et enfants, le décès n'est pas non plus couvert par le régime obligatoire. Si vous souhaitez une couverture contre ce risque pour ces personnes, pensez à bien répartir une partie sur le décès (pour les enfants, uniquement s'ils ont plus de 12 ans, en dessous, seul l'infirmité est permise).

COMBIEN ça coûte ?

3.1 Quand je suis actif ?

Lorsque l'ouvrant droit, est en activité, chaque garantie est calculée en pourcentage du salaire de l'agent (ou du PASS pour les enfants à charge).

La base de calcul des cotisations utilisée pour un versement en capital ou un versement en rente est exactement la même.

3.2 Quand je suis inactif ?

Lorsque l'ouvrant droit est en inactivité, chaque garantie est calculée en pourcentage de la pension de l'agent (ou du PASS pour les enfants à charge).

3.3 En cas d'adhésion famille ?

Dans le cadre de l'adhésion

de plusieurs membres de la famille à IDCP N, une seule personne paye les cotisations pour l'ensemble des assurés dépendant du même ouvrant droit.

Le prélèvement sur compte bancaire s'effectue maintenant une fois par mois durant l'année, le montant de la cotisation représente donc 1/12^e de la cotisation IDCP annuelle.

Vous trouverez ci-dessous le pourcentage de cotisation correspondant aux différentes garanties proposées par IDCP :

Garanties « Toutes Causes »							
Capital en cas de décès de l'assuré (y compris le capital en cas d'invalidité pour l'agent en activité)							
Assuré agent actif ou inactif	En pourcentage du salaire ou de la pension de l'agent						
Capital souscrit	50%	100%	150%	200%	400%		
Taux de cotisation assuré de moins de 40 ans	0,293	0,587	0,880	1,173	2,346		
Taux de cotisation assuré de 40 ans et plus	0,345	0,690	1,035	1,380	2,760		
Assuré « conjoint »	En pourcentage du salaire ou de la pension de l'agent						
Capital souscrit	50%	100%	150%	200%	250%	300%	400%
Taux de cotisation assuré de moins de 40 ans	0,030	0,060	0,090	0,120	0,150	0,180	0,240
Taux de cotisation assuré de 40 ans et plus	0,122	0,244	0,366	0,488	0,610	0,732	0,976
Assuré enfant	En pourcentage du PASS						
Capital souscrit	100%						
Taux de cotisation	0,021						

Capital en cas de mise en situation d'invalidité statutaire (ou conventionnelle) ou d'invalidité absolue et définitive de l'agent assuré (uniquement si la garantie capital en cas de décès n'est pas souscrite)

Assuré agent actif ou inactif	En pourcentage du salaire de l'agent				
Capital souscrit	50%	100%	150%	200%	400%
Taux de cotisation assuré de moins de 40 ans	0,112	0,224	0,336	0,447	0,894
Taux de cotisation assuré de 40 ans et plus	0,132	0,263	0,395	0,526	1,052

Rente en cas de décès

Assuré agent ou « conjoint »	En pourcentage du salaire de l'agent			
Rente viagère de conjoint	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
Taux de cotisation assuré de moins de 40 ans	0,25	0,50	0,75	1,00
Taux de cotisation assuré de 40 ans et plus	0,36	0,72	1,08	1,44
Rente temporaire d'éducation	OPTION A		OPTION B	
Taux de cotisation assuré de moins de 40 ans	0,107		0,213	
Taux de cotisation assuré de 40 ans et plus	0,188		0,375	

Rente viagère en cas de survenance d'un handicap

Garantie Rente viagère en cas de survenance d'un handicap atteignant un enfant né ou à naître au sein d'une famille	En pourcentage du salaire de l'agent		
Capital souscrit	OPTION 15	OPTION 20	OPTION 30
Taux de cotisation assuré de moins de 40 ans	0,080	0,106	0,160
Taux de cotisation assuré de 40 ans et plus	0,094	0,125	0,188

Garanties « Accidentelles »

Assuré agent actif ou inactif	En pourcentage du salaire ou de la pension de l'agent				
Capital souscrit	100%	200%	400%	600%	800%
Taux de cotisation assuré de moins de 40 ans	0,071	0,141	0,282	0,423	0,564
Taux de cotisation assuré de 40 ans et plus	0,083	0,166	0,330	0,498	0,664
Assuré « conjoint »	En pourcentage du salaire ou de la pension de l'agent				
Capital souscrit	100%	200%	400%	600%	800%
Taux de cotisation assuré de moins de 40 ans	0,024	0,048	0,096	0,144	0,192
Taux de cotisation assuré de 40 ans et plus	0,049	0,098	0,196	0,294	0,392
Assuré enfant	En pourcentage du PASS				
Capital souscrit	100%				
Taux de cotisation	0,021				

Garanties complémentaires

Assistance famille	2 € par an et par ouvrant droit quel que soit le nombre d'assurés au titre de l'adhésion. La cotisation est prise en charge par la CCAS.
Hospitalisation (de plus de 48 h)	0,105 % du PMSS par an et par personne assurée. La cotisation de l'agent assuré est prise en charge par la CCAS.

Dans ce cas, vous trouverez ci-dessous le tableau correspondant au montant des cotisations à payer :

Disposition particulière : cotisation de l'agent garanti par le contrat IDCP M et/ou IDCP A au 31/12/2008 et repris par le contrat IDCP sans aucune modification à compter du 01/01/2009

Capital en cas de décès

(y compris le capital en cas d'invalidité pour l'agent en activité et la garantie décès du conjoint ayant pour objet le versement d'un capital égal à 10 % du capital décès garanti sur la tête de l'agent)

Agent actif ou inactif	En pourcentage du salaire ou de la pension de l'agent						
Capital souscrit	50%	100%	150%	200%	250%	300%	400%
Taux de cotisation	0,36	0,72	1,08	1,44	1,80	2,16	2,88

Garantie « Accidentelle »

Agent actif ou inactif	En pourcentage du salaire ou de la pension de l'agent								
Capital souscrit	50%	100%	200%	300%	400%	500%	600%	700%	800%
Taux de cotisation	0,042	0,083	0,166	0,249	0,332	0,514	0,498	0,581	0,664

Si vous étiez déjà adhérent à IDCP A ou IDCP M avant le 31 décembre 2008 et si vous n'aviez pas envoyé de Bulletin Individuel d'Affiliation au moment du changement de contrat, vous gardez les garanties correspondant à IDCP A ou IDCP M.



3.3 Comment payer ma cotisation ?

Au moment de votre adhésion, un RIB et un mandat de prélèvement SEPA vous sont demandés. Vous serez par la suite prélevé mensuellement.

En cas de non-paiement de votre cotisation, la CCAS vous adresse sous 10 jours une lettre recommandée précisant expressément le montant d'assurance impayé. À l'issue d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi, vous serez exclu du contrat et vous ne bénéficierez plus de vos garanties en cas de sinistre.

3.4 Comment ma cotisation est-elle annuellement réajustée ?

Pour les actifs, elle est revalorisée avec le Salaire national de base (SNB) et pour les pensionnés, elle évolue selon l'indice INSEE.

Le réajustement de la cotisation par rapport à vos revenus est effectué à la condition que vous adressiez à la CCAS les modifications d'échelon, de NR ou de majoration résidentielle dont vous faites l'objet. Les capitaux et rentes garantis sont également réajustés en conséquence.

3.5 Simulateur IDCP

La CCAS a mis à votre disposition un simulateur de cotisation en ligne. Il vous permet de calculer vos cotisations au contrat IDCP selon les différentes garanties choisies et les personnes couvertes.

Le simulateur IDCP présente 3 onglets principaux qui sont :

- votre situation personnelle : il convient de renseigner votre date de naissance, votre situation de famille ainsi que vos garanties IDCP M et IDCP A si vous êtes adhérent à ces contrats ;

- vos garanties IDCP à la date d'adhésion : il convient de cocher la liste des garanties choisies afin que le simulateur calcule (et compare) vos cotisations à payer ;
- votre synthèse de simulation : elle permet de récapituler les garanties choisies ainsi que les cotisations correspondantes. Vous pourrez également éditer votre simulation et vos Bulletins Individuels d'Affiliation.

Le simulateur de cotisation est accessible depuis la partie « Assurances » de votre espace Activ', sous la rubrique IDCP.

3.6 Exemples de calcul de cotisation

Les exemples suivants vont vous permettre de comprendre comment fonctionne votre cotisation au contrat IDCP selon les garanties choisies.



Exemple 1

Informations sur l'agent :

M^{me} MARTIN est née le 18/04/1959.

Son conjoint, M. MARTIN, est né le 16/05/1960.

Ils ont un enfant à charge, né le 10/02/2001.

M^{me} MARTIN, dont le salaire mensuel est de 1 737,62 euros, n'était pas adhérente à IDCP A ou IDCP M et choisit les garanties suivantes du nouveau contrat IDCP :

Garanties	
N°1 « Accidentelle » agent 200 % sur l'Infirmité uniquement	N°4 « Toutes Causes » pour conjoint Capital Décès « Toutes Causes » à 200 %
N°2 « Accidentelle » conjoint 200 % répartis à raison de 50 % sur le Décès et 50 % sur l'Infirmité (soit un capital de 100 % en Décès et 100 % en Infirmité)	N°5 « Toutes Causes » pour conjoint Rente temporaire d'éducation option 2
N°3 « Toutes Causes » agent Capital Invalidité statutaire/Invalidité absolue et définitive à 200%	N°6 « Toutes Causes » pour agent Rente viagère en cas de survenance d'un handicap atteignant un enfant option 30 %

Voici comment se décompose la cotisation totale de M^{me} MARTIN pour l'ensemble des garanties qu'elle a choisies :

Information sur l'agent		
Salaire mensuel		1 737,62 €
Salaire pris en compte dans le calcul de la cotisation		1 882,42 €
Âge de M ^{me} Martin		58 ans
Âge de M. Martin		57 ans
Garantie	Taux de cotisation	Montant
Garantie N°1	0,141%	3,12 €
Garantie N°2	0,098%	1,84 €
Garantie N°3	0,526%	9,90 €
Garantie N°4	0,488%	9,19 €
Garantie N°5	0,375%	7,06 €
Garantie N°6	0,188%	3,54 €
Prévoyance obligatoire	0,22%	3,76 €
Total		38,41€

Exemple 2

Informations sur l'agent retraité :

M. GRENIER est né le 8/05/1962.

Sa conjointe, M^{me} GRENIER, est née le 14/09/1960.

Ils ont deux enfants à charge, nés le 14/05/1998.

La pension mensuelle de M. GRENIER est de 1 000 euros. L'agent était adhérent à IDCP A (600 % : Décès à 200 % et Infirmité à 400 %) et IDCP M (200 %).

Il a choisi les garanties suivantes du nouveau contrat IDCP :

Garanties	
N°1 « Accidentelle » agent 600 % répartis à raison de 50 % en Infirmité et à 50 % en Décès (soit un capital de 300 % en Décès et 300 % en Infirmité)	N°5 « Toutes Causes » pour conjoint Rente viagère en cas de survenance d'un handicap atteignant un enfant option 30 %
N°2 « Accidentelle » conjoint 400 % répartis à raison de 50 % pour le Décès et de 50 % pour l'Infirmité (soit un capital de 150 % en Décès et 150 % en Infirmité)	N°6 « Toutes Causes » Rente viagère conjoint option 1
N°3 « Toutes Causes » enfant 100 % du PASS à 100 % en Infirmité	N°7 « Toutes Causes » Rente viagère conjoint option 1
N°4 « Toutes Causes » pour conjoint Capital Décès « Toutes Causes » à 200 %	

Voici comment se décompose la cotisation totale de M. GRENIER pour l'ensemble des garanties qu'il a choisies :

Information sur l'agent		
Pension trimestrielle	3 000 €	
Pension mensuelle	1 000 €	
Pension prise en compte dans le calcul de la cotisation	1 000 €	
Garantie	Taux de cotisation	Montant
Garantie N°1	0,498%	4,98 €
Garantie N°2	0,196%	1,96 €
Garantie N°3	0,021%	0,23 €
Garantie N°4	0,488%	4,88 €
Garantie N°5	0,021%	0,23 €
Garantie N°6	0,188%	3,90 €
Garantie N°7	0,360%	3,60 €
Prévoyance obligatoire	0%	0,00 €
Total		19,78 €

QUESTIONS

4.1 Sur les formalités d'adhésion à IDCP

4.1.1 Comment puis-je adhérer ?

Pour adhérer, il vous suffit de remplir un Bulletin Individuel d’Affiliation (BIA) et de l’adresser complété à la CCAS à l’adresse suivante.

**Immeuble René le Guen
CCAS
Direction Prévoyance
et Assurances
8, rue de Rosny
BP 629 - 93 104 Montreuil Cedex**

Nous vous conseillons d'utiliser l'adhésion en ligne IDCP pour calculer vos cotisations et le montant de vos prestations. Il vous permet également d'éditer un BIA prérempli avec les garanties que vous avez choisies.

Il vous suffit de dater et de signer chaque BIA. N'oubliez pas de remplir un questionnaire de santé en cas de besoin.

Il faut également penser à joindre une autorisation de prélèvement et un RIB. Tout BIA avec des informations manquantes vous sera retourné.

4.1.2 Ma famille peut-elle également adhérer ?

Oui, les enfants à charge (jusqu'à 21 ans ou jusqu'à 26 ans s'ils poursuivent des études) et le conjoint de l'agent peuvent adhérer à IDCP.

4.1.3 Les veufs et veuves CCAS peuvent-ils adhérer ?

Les veufs(ves) CCAS doivent se rapprocher de la CMCAS de laquelle ils dépendent pour obtenir le statut d'ouvrant droit

et souscrire un contrat IDCP à leur nom, à condition d'avoir eu au moins un enfant avec l'agent décédé et qu'il(s) soi(en)t toujours à charge. Les garanties et les cotisations seront basées sur la pension de réversion.

4.1.4 Jusqu'à quand puis-je adhérer ?

En fonction des garanties, les limites d'âge à l'adhésion ne sont pas les mêmes. Pour toutes les garanties, la limite maximale est de 12 mois après le départ à la retraite.

Limite d'âge à l'adhésion pour l'ouvrant droit

Décès accidentel	Âge de départ à la retraite + 12 mois
Infirmité	Âge de départ à la retraite + 12 mois
Décès toutes causes	Âge départ à la retraite + 12 mois
Invalidité	Âge de départ à la retraite
Rente de conjoint	49 ans inclus
Rente éducation	Âge de départ à la retraite + 12 mois
Rente survenance handicap	Tant que le dernier enfant est à charge, soit 21 ans ou 26 ans s'il poursuit des études

Limite de la garantie pour l'ouvrant droit

Décès accidentel	79 ans inclus
Infirmité	79 ans inclus
Décès toutes causes	70 ans inclus ou 72 ans inclus si enfants à charge
Invalidité	Date de liquidation de la pension vieillesse
Rente de conjoint	59 ans inclus
Rente éducation	59 ans inclus
Rente survenance handicap	Tant que le dernier enfant est à charge, soit 21 ans ou 26 ans s'il poursuit des études

Limite d'âge à l'adhésion pour le conjoint

Décès accidentel	Âge de départ à la retraite + 12 mois
Infirmité	64 ans inclus
Décès toutes causes	Âge départ à la retraite + 12 mois
Invalidité	SO
Rente de conjoint	49 ans inclus
Rente éducation	Âge de départ à la retraite + 12 mois
Rente survivance handicap	Tant que le dernier enfant est à charge, soit 21 ans ou 26 ans s'il poursuit des études

Limite de la garantie pour le conjoint

Décès accidentel	79 ans inclus
Infirmité	79 ans inclus
Décès toutes causes	70 ans inclus ou 72 ans inclus si enfants à charge
Invalidité	SO
Rente de conjoint	59 ans inclus
Rente éducation	59 ans inclus
Rente survivance handicap	Tant que le dernier enfant est à charge, soit 21 ans ou 26 ans s'il poursuit des études

Limite d'âge à l'adhésion pour l'enfant

Décès accidentel	Le 31 décembre de l'année de son 21 ^e anniversaire ou 26 ^e anniversaire s'il poursuit des études
Infirmité	
Décès toutes causes	
Invalidité	SO
Rente de conjoint	SO
Rente éducation	SO
Rente survivance handicap	SO

Limite de la garantie pour l'enfant

Décès accidentel	Le 31 décembre de l'année de son 21 ^e anniversaire ou 26 ^e anniversaire s'il poursuit des études
Infirmité	
Décès toutes causes	
Invalidité	SO
Rente de conjoint	SO
Rente éducation	SO
Rente survivance handicap	SO

4.1.5 Quand dois-je remplir un questionnaire de santé ?

Un questionnaire de santé vous sera demandé en cas d'adhésion aux garanties « Toutes Causes » (excepté pour la Rente survenance handicap et pour les enfants assurés). Il existe un questionnaire de santé simplifié pour les personnes de moins de 40 ans et un questionnaire complet à remplir par les personnes de 40 ans et plus. En cas d'adhésion limitée aux garanties « Accidentelles », aucun questionnaire de santé ne vous sera demandé.

4.1.6 Quelles formules dois-je choisir si nous sommes deux agents en couple ?

Si vous êtes deux agents des IEG, vous avez la possibilité de souscrire deux contrats différents ou de vous affilier sur le même contrat. Si l'un des deux ouvrants droit à moins de 40 ans, les cotisations sont plus avantageuses pour cette personne. Pour mémoire, le contrat IDCP ne propose pas la garantie Invalidité « Toutes Causes » au conjoint. Pour que celui-ci soit couvert par IDCP au titre de ce risque, il est nécessaire de faire deux contrats différents dans lesquels les deux membres du couple souscrivent en tant qu'agent.

4.1.7 Que m'apporte IDCP si j'ai d'autres contrats d'assurance de personnes à la CCAS ?

Être adhérent à IDCP permet de bénéficier de certains avantages sur les autres contrats d'assurance de personnes de la CCAS :

- si vous avez une ancienneté à 65 ans supérieure à 15 ans, vous bénéficiez d'une réduction de 2 à 6 euros par mois sur votre cotisation CSMR ;
- si vous êtes également adhérent au contrat Dépendance, le montant de votre rente en cas d'entrée en dépendance sera majoré de 15,24 € à 167,68 € par mois (66 % de ces montants en cas de dépendance partielle), en fonction de votre ancienneté aux garanties « Accidentelles » et/ou « Toutes Causes ».

4.1.8 Quand mes garanties prennent-elles effet ?

Les garanties « Accidentelles » prennent effet dès la validation de l'adhésion par la CCAS (sous réserve que le sinistre relève bien d'une cause accidentelle et ne figure pas dans les exclusions du contrat : se reporter à « Cas d'exclusion de la garantie », Notice d'information, p. 13).

Les garanties « Toutes Causes » prennent également effet dès la validation de l'adhésion par la CCAS (sauf délai de carence dans le cadre du décès par suicide et pour la Rente survenance handicap).

4.1.9 Que dois-je faire en cas de modification de ma situation personnelle ?

Pour mettre à jour votre situation personnelle, il vous suffit d'adresser les modifications au plus vite à la CCAS à l'adresse suivante :

Immeuble René le Guen
CCAS
Direction Prévoyance
et Assurances
8, rue de Rosny
BP 629 - 93 104 Montreuil Cedex

Vous pourrez ainsi modifier les personnes assurées, les garanties retenues pour ces personnes, le pourcentage du salaire, pension ou PASS déterminant le montant du capital garanti au titre des garanties « Toutes Causes » et « Accidentelles », ainsi que les options retenues au titre des garanties en rente.

En outre, toute modification, tant à la hausse qu'à la baisse, de votre salaire ou de votre pension intervenant durant l'affiliation doit être déclarée afin que le montant des garanties et des cotisations évolue également.

En tout état de cause, lors de votre départ à la retraite, vous devez déclarer le montant de la pension qui servira au calcul des capitaux et cotisations à compter de cette date. Si vous n'effectuez pas la déclaration d'une modification des revenus servant au calcul des capitaux garantis et des cotisations correspondantes, ou en cas de déclaration tardive de la modification :

- aucun remboursement de cotisation ne sera effectué pour la période antérieure à la déclaration de la modification de revenu ;
- en cas de sinistre, les capitaux garantis seront dans tous les cas déterminés en fonction du salaire ou de la pension effectivement perçu(e) à la date du sinistre, limité(e) au montant ayant servi au calcul de la cotisation.

4.2 Sur la vie du contrat

4.2.1 Comment modifier mes garanties ?

Les garanties peuvent être augmentées tant que vous respectez les conditions d'adhésion. Les formalités d'affiliation et médicales devront par ailleurs être accomplies comme s'il s'agissait d'une nouvelle affiliation au contrat.

Vous pouvez diminuer vos garanties ou les résilier partiellement, voire intégralement, à tout moment.

Pour toute résiliation partielle de garantie, veuillez remplir un Bulletin de modification en cochant les garanties à conserver. Pour résilier l'intégralité de vos garanties, envoyez à la CCAS un courrier sur papier libre à l'adresse suivante :

Immeuble René le Guen
CCAS
Direction Prévoyance
et Assurances
8, rue de Rosny
BP 629 - 93 104 Montreuil Cedex

4.2.2 Comment assurer un prêt avec IDCP ?

Couvrir un prêt est possible avec la garantie Décès « Toutes Causes ». Pour cela, il vous faut calculer le montant de cette garantie pour vérifier si le capital couvre le montant du prêt (salaire annuel brut multiplié par le taux de garantie).

Au moment de l'adhésion ou en cas d'augmentation de la garantie Décès « Toutes Causes » :

- veuillez utiliser le formulaire d'adhésion/modification de garanties ;
- augmentez la garantie et au verso, nommez l'organisme prêteur, son adresse et in-

diquez « pour les sommes restant dues au moment de l'événement » dans la partie consacrée au pourcentage de répartition des allocations par bénéficiaire.

Si vous êtes adhérent et que la garantie Décès « Toutes Causes » est suffisante :

- utilisez le formulaire de modification de la clause bénéficiaires en cas de décès « Toutes Causes », nommez l'organisme prêteur, son adresse et indiquez « pour les sommes restant dues au moment de l'événement » dans la partie consacrée au pourcentage de répartition des allocations par bénéficiaire ;
- il est conseillé de nommer d'autres bénéficiaires « pour le solde » avec répartition de votre choix. Il vous sera adressé une attestation à remettre, précisant qui est le bénéficiaire de premier rang, le montant du capital souscrit en cas de décès et l'âge terme de la garantie.

Le prêteur peut exiger d'être bénéficiaire acceptant.

Dans ce cas, une convention tripartite devra être signée par l'adhérent, le prêteur et l'assureur. Le cas échéant, vous ne pourrez modifier éventuellement votre contrat IDCP qu'avec l'accord du prêteur.

4.3 Sur la surveillance d'un sinistre

4.3.1 Quelles sont les formalités à accomplir en cas d'accident ?

L'instruction d'un dossier sinistre dépend de la présentation de pièces indispensables. Ainsi, il faudra vous reporter aux formulaires de déclaration de sinistre où figurent toutes les pièces à fournir. Prenez

bien soin de les joindre au formulaire, afin d'éviter des demandes complémentaires risquant de retarder le traitement du dossier.

De plus, n'hésitez pas à bien détailler les circonstances de l'accident, le lieu ainsi que la cause extérieure. Après l'accident, vous disposez de 10 jours pour consulter votre médecin afin d'obtenir un certificat médical attestant de l'accident. En cas d'hospitalisation, l'activation de la garantie Hospitalisation nécessite l'envoi d'un deuxième formulaire spécifique.

Quand tous les documents seront recensés, envoyez-les à l'adresse suivante :

Immeuble René le Guen
CCAS
Direction Prévoyance
et Assurances
8, rue de Rosny
BP 629 - 93 104 Montreuil Cedex

4.3.2 Les prestations sont-elles imposables ?

Non, les prestations d'assurance perçues ne sont soumises ni à l'impôt sur le revenu ni aux prélèvements sociaux (CRDS, CSG).

CONTRAT IDCP NO 9001/844.500

DOCUMENTS À RENVOYER

QUESTIONNAIRE de santé simplifié

À remplir par la personne à affilier (ouvrant droit et/ou « conjoint » de l'agent) dès lors que la demande d'affiliation ou de modification intervient plus de 6 mois après la date d'entrée en fonction de l'agent ou si le « conjoint » de l'agent n'exerce pas d'activité professionnelle à la date de la demande d'affiliation ou de modification.

Le présent questionnaire ne concerne pas les agents âgés de plus de 40 ans qui doivent remplir uniquement le questionnaire de santé complet ci-après.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, confidentialiser ce questionnaire en l'insérant dans une enveloppe cachetée à l'attention du Médecin-Conseil de la CCAS - Immeuble René le Guen - 8, rue de Rosny - BP 629 - 93100 Montreuil.

ADHÉRENT Madame Monsieur NIA.....

Nom et Prénom(s)

Nom de naissance

Date de Naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Adresse

Code postal |_|_|_|_|_| Ville

Date d'entrée dans les IEG : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| CAS de (précisez en toutes lettres)

LISEZ TRÈS ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS

L'attention de la personne à affilier est attirée sur l'importance du présent questionnaire qui doit impérativement être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion au contrat.

Avez-vous subi au cours des 10 dernières années :

- des interventions chirurgicales (autres qu'appendicectomie ou ablation des amygdales et des végétations) ? Non Oui
- un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ? Non Oui

Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies (hépatites B ou C, VIH) dont le résultat a été positif ? Non Oui

Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % de votre régime social de base pour une affection de longue durée ? Non Oui

Avez-vous une maladie ou une affection nécessitant un suivi médical ou un traitement régulier ? Non Oui

Êtes-vous actuellement en arrêt total ou partiel de travail ? Non Oui

Dans les 6 prochains mois, devez-vous être hospitalisé(e) ou passer des examens médicaux ou subir une intervention chirurgicale ? Non Oui

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions, le présent questionnaire devra être transmis sous pli cacheté avec la demande d'affiliation ou de modification.

Si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions, veuillez compléter le questionnaire de santé complet.

Souhaitez-vous confidentialiser ce questionnaire de santé pour examen par le seul médecin de la CCAS ? Non Oui

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations, même si elles sont écrites par une autre personne et autorise expressément le recueil et le traitement des renseignements concernant ma santé. Nécessaires à la conclusion et à la gestion de mon affiliation, ils sont destinés soit au Médecin-Conseil de la CCAS soit à ses services de gestion en cas de non-confidentialité du présent questionnaire et traités dans le respect de la confidentialité médicale. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016/649 du 27 avril 2016, je peux exercer mes droits d'accès, d'opposition, d'effacement, de portabilité et de rectification en m'adressant à : SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE - CS 31401 - 13785 AUBAGNE CEDEX

Fait à Le

SIGNATURE DE LA PERSONNE À AFFILIER
À faire précéder de la mention « Lu et approuvé »

QUESTIONNAIRE de santé complet

À remplir par la personne à affilier (dès lors que la demande d'affiliation ou de modification intervient au-delà du 40^e anniversaire ou si la personne à affilier a répondu « OUI » à une ou plusieurs questions du questionnaire de santé simplifié).

Vous pouvez, si vous le souhaitez, confidentialiser ce questionnaire en l'insérant dans une enveloppe cachetée à l'attention du Médecin-Conseil de la CCAS - Immeuble René le Guen - 8, rue de Rosny - BP 629 - 93100 Montreuil.

ADHÉRENT Madame Monsieur NIA.....

Nom et Prénom(s)

Nom de naissance

Date de Naissance |__| |__| |__|__|__|

Adresse

Code postal |__|__|__| Ville

Date d'entrée dans les IEG : |__| |__| |__|__|__| CAS de (précisez en toutes lettres)

LISEZ TRÈS ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS

L'attention de la personne à affilier est attirée sur l'importance du présent questionnaire qui doit impérativement être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion au contrat.

Au cours des 10 dernières années

Avez-vous subi des interventions chirurgicales y compris par endoscopie (autres que césarienne, ablation des végétations ou de la vésicule biliaire, amygdalectomie, appendicectomie) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lesquelles ? Pourquoi ? Dates :
---	---	---------------------------------------

Au cours des 5 dernières années

Avez-vous consulté pour :	des troubles psychiques (ex : anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage...)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dates et précisions :
	la colonne vertébrale (ex : hernie discale, lombalgie, sciatique...)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dates et précisions :
	une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (ex : épaule, genou, hanche...)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dates et précisions :
	un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dates et précisions :
	des troubles respiratoires (ex : asthme, bronchites récidivantes...)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dates et précisions :
Avez-vous fait l'objet d'admission(s) à l'hôpital ou en clinique sauf maternité ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dates et précisions :	
Avez-vous eu un traitement médical de plus d'un mois (ex : pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle...)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lequel et pour quelle affection ?	
Avez-vous eu un ou plusieurs arrêt(s) de travail de plus d'un mois ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dates et motifs :	

Au cours des 12 derniers mois

Avez-vous eu :	plus de 3 prescriptions d'arrêt de travail quelle qu'en soit la durée ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dates et précisions :
	des examens spéciaux dans un autre cadre que celui de la visite systématique (ex : examens de laboratoire, radiologie, imagerie médicale, endoscopie) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dates et précisions : Résultats :

Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C), VIH (virus du sida) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> VHB Date : Résultat : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> VHC Date : Résultat : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> VIH Date : Résultat : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif
Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur (remboursement à 100 % des frais médicaux) par votre régime obligatoire (Sécurité sociale, Mutualité sociale agricole...)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Pour quelle raison ? Date d'attribution de la 1 ^{re} exonération ? Est-elle toujours en cours ?

QUESTIONNAIRE de santé complet (SUITE)

État actuel		
Votre taille (en cm) :	Votre poids (en kg) :	
Êtes-vous en arrêt total ou partiel de travail ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Pour quelle raison ? Depuis quelle date ? Date prévue de reprise du travail :
Êtes-vous atteint d'une affection ou d'une maladie ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Laquelle ? Depuis quand ?
Suivez-vous un traitement médical (ex : tranquillisants, traitements pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle...)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lequel ? Pourquoi ?
Avez-vous une infirmité ou un handicap ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisez : Date :
Avez-vous une invalidité d'un taux supérieur à 15% ouvrant droit à pension ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Taux d'invalidité : À quel titre ? <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Accident du travail
Êtes-vous atteint d'un défaut de l'ouïe ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Précisez : Origine :
Dans les 6 prochains mois, devez-vous être hospitalisé ou passer des examens médicaux ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Pourquoi ? Dates : Nature des examens : Type d'intervention :
Souhaitez-vous confidentialiser ce questionnaire pour examen par le seul médecin de la CCAS ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

Je soussigné(e) certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations, même si elles sont écrites par une autre personne et autorise expressément le recueil et le traitement des renseignements concernant ma santé. Nécessaires à la conclusion et à la gestion de mon affiliation, ils sont destinés soit au Médecin-Conseil de la CCAS soit à ses services de gestion en cas de non-confidentialité du présent questionnaire et traités dans le respect de la confidentialité médicale. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016/649 du 27 avril 2016, je peux exercer mes droits d'accès, d'opposition, d'effacement, de portabilité et de rectification en m'adressant à : SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE - CS 31401 - 13785 AUBAGNE CEDEX

Fait à Le

SIGNATURE DE LA PERSONNE À AFFILIER
À faire précéder de la mention «Lu et approuvé »

Avis du Médecin conseil de la CCAS	
.....	Fait le
.....	Signature
.....	
.....	

NB : n'oubliez pas de joindre ce questionnaire à votre Bulletin Individuel d'Affiliation (BIA).

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION POUR L'AGENT OUVRANT DROIT AU CONTRAT N° 93006.IDCP.01 SOUSCRIT PAR LA CCAS

CCAS - DIRECTION PRÉVOYANCE ASSURANCES - 8 rue de Rosny - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX - Tél : 01 48 18 60 00

Demande d'affiliation Demande de modification Date d'effet de l'affiliation/modification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(au plus tôt le jour où le bulletin d'affiliation a été reçu et agréé par la CCAS, sous réserve des formalités médicales)

IDENTIFICATION DE L'OUVRANT DROIT

Madame Monsieur NIA

Nom et Prénom(s)

Nom de naissance Date de Naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse

Code postal |_|_|_|_|_| Ville

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Nb d'enfant(s) à charge Nb d'enfant(s) handicapé(s)

Date d'entrée dans les IEG : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Classement : NR |_|_|_| Échelon |_|_| Majoration résidentielle |_|_|

Si pensionné, n° de pension Salaire/pension annuel brut €

CAS de (précisez en toutes lettres) SLVie n° |_|_|_|

CHOIX DES GARANTIES ET/OU DES CAPITAUX (EN FONCTION DE L'ÂGE DE L'AGENT À AFFILIER)

Décès « Toutes Causes » Oui Non

en % du salaire de l'agent ou de la pension

Souscription avant 54 ans inclus

Jusqu'à l'âge de départ à la retraite + 12 mois 50% 100% 150% 200% 400%

De l'âge de départ à la retraite + 12 mois à 70 ans inclus si pas d'enfant à charge 50% 100% 150% 200%

De l'âge de départ à la retraite + 12 mois à 72 ans inclus si au moins un enfant à charge 50% 100% 150% 200% 400%

Souscription à compter de 55 ans inclus

De l'âge de départ à la retraite + 12 mois à 72 ans inclus si au moins un enfant à charge 50% 100% 150% 200%

À compter de l'âge de départ à la retraite + 12 mois, les modifications se font uniquement à la baisse

Invalidité « Toutes Causes » (si Décès « Toutes Causes » non souscrit) Oui Non

agent en activité seulement, en % du salaire de l'agent

Jusqu'à 54 ans inclus 50% 100% 150% 200% 400%

De 55 ans à l'âge de départ à la retraite 50% 100% 150% 200%

Rente viagère de conjoint* en cas de décès Oui Non

en % du salaire de l'agent

Jusqu'à 49 ans inclus Option 1 Option 2 Option 3 Option 4
(option détaillée dans la notice)

Rente viagère d'éducation en cas de décès Oui Non

en % du salaire de l'agent

Jusqu'à l'âge de départ à la retraite + 12 mois Option 1 Option 2 (option détaillée dans la notice)

Rente viagère en cas de survenance d'un handicap atteignant un enfant Oui Non

en % du salaire de l'agent

Option 15 Option 20 Option 30
(option détaillée dans la notice)

Décès et/ou infirmité permanente par accident Oui Si oui, indiquez la répartition (de 0 à 100)
 Non entre le capital Décès et le capital Infirmité

en % du salaire de l'agent ou de la pension

Jusqu'à l'âge de départ à la retraite + 12 mois 100% 200% 400% 600% 800%

Jusqu'à 79 ans inclus en cas de modification 100% 200% 400% 600% 800%

COTISATION - CADRE RÉSERVÉ À LA CCAS

Taux de cotisation pour les garanties sur le salaire (ou la pension) %

* Conjoint : conjoint marié, partenaire d'un PACS ou concubin.

ATTRIBUTION BÉNÉFICIAIRE PARTICULIER DU CAPITAL DÉCÈS

Si vous désirez que le capital garanti ne soit pas attribué suivant la clause contractuelle type figurant ci-après, ou si, en cours de contrat, vous souhaitez désigner un (ou plusieurs) autre(s) bénéficiaire(s), vous devez désigner expressément le (ou les) bénéficiaire(s) de votre choix en indiquant ci-après leurs nom, prénom(s), date et lieu de naissance. *L'assureur et la CCAS attirent votre attention sur la nécessité de mettre à jour régulièrement votre (vos) désignation(s) de bénéficiaire(s) particulière(s).* Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation.

DÉCÈS « TOUTE CAUSES »	Nom - Prénom(s)	Date et lieu de naissance	Un seul bénéficiaire ou à répartir selon %
Bénéficiaire(s) particulier(s) / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
À défaut / / à .....	.....
 / / à .....	.....
			Total = 100 %
DÉCÈS « ACCIDENTEL »	Nom - Prénom(s)	Date et lieu de naissance	Un seul bénéficiaire ou à répartir selon %
Bénéficiaire(s) particulier(s) / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
À défaut / / à .....	.....
 / / à .....	.....
			Total = 100 %

DROIT DE RENONCIATION

Vous aurez la possibilité de renoncer à votre affiliation au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de renvoi de votre Bulletin Individuel d'Affiliation au contrat. Cette renonciation doit reproduire le texte suivant : "Je soussigné(e) déclare renoncer expressément à mon affiliation au contrat n° 93006.IDCP.01 et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L.223-8 du Code de la mutualité." La renonciation entraîne la restitution de toutes les sommes que vous avez versées dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la lettre recommandée par l'assureur.

ATTRIBUTION BÉNÉFICIAIRE

CLAUSE BÉNÉFICIAIRE :

Sauf stipulation contraire valable au jour de votre décès, le capital garanti revient à l'agent, à défaut, à votre conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou à votre partenaire survivant avec lequel vous êtes lié par un pacte civil de solidarité, à défaut à vos enfants, nés et à naître, légitimes ou naturels, vivants ou représentés comme en matière de succession et à défaut à vos autres héritiers.

ACCEPTATION :

Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation, au terme d'un délai de 30 jours au moins suivant la date d'effet de votre affiliation au contrat lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit. Tant que vous êtes en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de l'assureur, de vous-même et du bénéficiaire, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé de vous-même et du bénéficiaire. L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

Votre attention est attirée sur le fait que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de ce bénéficiaire dans les conditions ci-dessus.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016/649 du 27 avril 2016, en justifiant de votre identité, vous êtes habilités à exercer vos droits d'opposition, d'accès, d'effacement, de portabilité et de rectification pour toute information vous concernant qui figurerait sur les fichiers à usage de la société d'assurances, de ses mandataires et réassureurs, et des organismes participant à la gestion du contrat. Ces informations peuvent également être utilisées à des fins commerciales, à l'exclusion de vos données de santé, au bénéfice d'autres sociétés du groupe et de leurs partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, vous pouvez vous y opposer. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de communication et de rectification en adressant votre demande à : SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE - CS 31401 - 13785 AUBAGNE CEDEX

Je soussigné(e) (nom et prénom) autorise la CCAS à souscrire l'assurance en cas de décès sur ma tête conformément aux dispositions du contrat dont j'ai pris connaissance et reçu la notice d'information.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations servant de base à mon affiliation au contrat, dont je prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne.

J'atteste par ailleurs avoir pris connaissance des conditions d'admission à l'assurance et d'attribution du bénéfice de l'assurance décès figurant ci-dessus.

Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de mon affiliation conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

Signature de l'assuré(e) :

(à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

Fait à le

**BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION POUR LE CONJOINT* AYANT DROIT
AU CONTRAT N° 93006.IDCP.01 SOUSCRIT PAR LA CCAS**

CCAS - DIRECTION PRÉVOYANCE ASSURANCES - 8 rue de Rosny - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX - Tél : 01 48 18 60 00

Demande d'affiliation Demande de modification Date d'effet de l'affiliation/modification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(au plus tôt le jour où le bulletin d'affiliation a été reçu et agréé par la CCAS, sous réserve des formalités médicales)

IDENTIFICATION DE L'OUVRANT DROIT

Madame Monsieur NIA

Nom et Prénom(s)

Nom de naissance Date de Naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse

Code postal |_|_|_|_|_| Ville

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Nb d'enfant(s) à charge Nb d'enfant(s) handicapé(s)

Date d'entrée dans les IEG : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Classement : NR|_|_|_| Échelon |_|_| Majoration résidentielle |_|_|

Si pensionné, n° de pension Salaire/pension annuel brut €

CAS de (précisez en toutes lettres) SLVie n° |_|_|

IDENTIFICATION DU CONJOINT ASSURÉ

Madame Monsieur

Nom et Prénom(s)

Nom de naissance Date de Naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse

Code postal |_|_|_|_|_| Ville

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Nb d'enfant(s) à charge

Êtes-vous en activité professionnelle ? Oui Non Êtes-vous retraité ? Oui Non

CHOIX DES GARANTIES ET/OU DES CAPITAUX (EN FONCTION DE L'ÂGE DU CONJOINT À AFFILIER)

Décès « Toutes Causes » Oui Non

en % du salaire de l'agent ou de la pension ou, pour un conjoint d'agent décédé, de la pension de réversion ou de 60 % du PASS

Souscription avant 54 ans inclus

Jusqu'à l'âge de départ à la retraite + 12 mois 50% 100% 150% 200% 400%

De l'âge de départ à la retraite + 12 mois à 70 ans inclus si pas d'enfant à charge 50% 100% 150% 200%

De l'âge de départ à la retraite + 12 mois à 72 ans inclus si au moins un enfant à charge 50% 100% 150% 200% 400%

Souscription à compter de 55 ans inclus

De l'âge de départ à la retraite + 12 mois ou 72 ans inclus si au moins un enfant à charge 50% 100% 150% 200%

À compter de l'âge de départ à la retraite + 12 mois, les modifications se font uniquement à la baisse

Rente viagère de conjoint* en cas de décès Oui Non

en % du salaire de l'agent

Jusqu'à 49 ans inclus Option 1 Option 2 Option 3 Option 4
(option détaillée dans la notice)

Rente viagère d'éducation en cas de décès Oui Non

en % du salaire de l'agent

Jusqu'à l'âge de départ à la retraite + 12 mois Option 1 Option 2 (option détaillée dans la notice)

Rente viagère en cas de survenance d'un handicap atteignant un enfant Oui Non

en % du salaire de l'agent

Option 15 Option 20 Option 30
(option détaillée dans la notice)

Décès et/ou infirmité permanente par accident Oui Si oui, indiquez la répartition (de 0 à 100)
 Non entre le capital Décès et le capital Infirmité

en % du salaire de l'agent ou de la pension

Jusqu'à l'âge de départ à la retraite + 12 mois 100% 200% 400% 600% 800%

Jusqu'à 79 ans inclus en cas de modification 100% 200% 400% 600% 800%

Hospitalisation par suite d'accident Oui Non

COTISATION - CADRE RÉSERVÉ À LA CCAS

Taux de cotisation pour les garanties sur le salaire (ou la pension) %

* Conjoint : conjoint marié, partenaire d'un PACS ou concubin.

ATTRIBUTION BÉNÉFICIAIRE PARTICULIER DU CAPITAL DÉCÈS

Si vous désirez que le capital garanti ne soit pas attribué suivant la clause contractuelle type figurant ci-après, ou si, en cours de contrat, vous souhaitez désigner un (ou plusieurs) autre(s) bénéficiaire(s), vous devez désigner expressément le (ou les) bénéficiaire(s) de votre choix en indiquant ci-après leurs nom, prénom(s), date et lieu de naissance. *L'assureur et la CCAS attirent votre attention sur la nécessité de mettre à jour régulièrement votre (vos) désignation(s) de bénéficiaire(s) particulière(s).* Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation.

DÉCÈS « TOUTE CAUSES »	Nom - Prénom(s)	Date et lieu de naissance	Un seul bénéficiaire ou à répartir selon %
Bénéficiaire(s) particulier(s) / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
À défaut / / à .....	.....
			Total = 100 %
DÉCÈS « ACCIDENTEL »	Nom - Prénom(s)	Date et lieu de naissance	Un seul bénéficiaire ou à répartir selon %
Bénéficiaire(s) particulier(s) / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
À défaut / / à .....	.....
			Total = 100 %

DROIT DE RENONCIATION

Vous aurez la possibilité de renoncer à votre affiliation au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de renvoi de votre Bulletin Individuel d'Affiliation au contrat. Cette renonciation doit reproduire le texte suivant : " Je soussigné(e) déclare renoncer expressément à mon affiliation au contrat n° 93006.IDCP.01 et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L.223-8 du Code de la mutualité." La renonciation entraîne la restitution de toutes les sommes que vous avez versées dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la lettre recommandée par l'assureur.

ATTRIBUTION BÉNÉFICIAIRE

CLAUSE BÉNÉFICIAIRE :

Sauf stipulation contraire valable au jour de votre décès, le capital garanti revient à l'agent, à défaut, à votre conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou à votre partenaire survivant avec lequel vous êtes lié par un pacte civil de solidarité, à défaut à vos enfants, nés et à naître, légitimes ou naturels, vivants ou représentés comme en matière de succession et à défaut à vos autres héritiers.

ACCEPTATION :

Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation, au terme d'un délai de 30 jours au moins suivant la date d'effet de votre affiliation au contrat lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit. Tant que vous êtes en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de l'assureur, de vous-même et du bénéficiaire, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé de vous-même et du bénéficiaire. L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

Votre attention est attirée sur le fait que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de ce bénéficiaire dans les conditions ci-dessus.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016/649 du 27 avril 2016, en justifiant de votre identité, vous êtes habilités à exercer vos droits d'opposition, d'accès, d'effacement, de portabilité et de rectification pour toute information vous concernant qui figurerait sur les fichiers à usage de la société d'assurances, de ses mandataires et réassureurs, et des organismes participant à la gestion du contrat. Ces informations peuvent également être utilisées à des fins commerciales, à l'exclusion de vos données de santé, au bénéfice d'autres sociétés du groupe et de leurs partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, vous pouvez vous y opposer. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de communication et de rectification en adressant votre demande à : SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE – CS 31401 – 13785 AUBAGNE CEDEX

Je soussigné(e) (nom et prénom) autorise la CCAS à souscrire l'assurance en cas de décès sur ma tête conformément aux dispositions du contrat dont j'ai pris connaissance et reçu la notice d'information.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations servant de base à mon affiliation au contrat, dont je prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne.

J'atteste par ailleurs avoir pris connaissance des conditions d'admission à l'assurance et d'attribution du bénéfice de l'assurance décès figurant ci-dessus.

Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de mon affiliation conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

Signature de l'assuré(e) :

(à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

Fait à le

**BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION POUR L’ ENFANT AYANT DROIT
AU CONTRAT N° 93006.IDCP.01 SOUSCRIT PAR LA CCAS**

CCAS - DIRECTION PRÉVOYANCE ASSURANCES - 8 rue de Rosny - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX - Tél : 01 48 18 60 00

Demande d'affiliation Demande de modification Date d'effet de l'affiliation/modification I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I _ _
(au plus tôt le jour où le bulletin d'affiliation a été reçu et agréé par la CCAS, sous réserve des formalités médicales)

IDENTIFICATION DE L’OUVRANT DROIT Madame Monsieur NIA

Nom et Prénom(s)

Nom de naissance Date de Naissance I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I _ _

Adresse

Code postal I _ _ I _ _ I _ _ Ville

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Nb d'enfant(s) à charge Nb d'enfant(s) handicapé(s)

Date d'entrée dans les IEG : I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ Classement : NRI _ _ I _ _ Échelon I _ _ I Majoration résidentielle I _ _ I

Si pensionné, n° de pension Salaire/pension annuel brut €

CAS de (précisez en toutes lettres) SLVie n° I _ _ I

IDENTIFICATION DE L’ENFANT ASSURÉ Madame Monsieur

Nom et Prénom(s)

Nom de naissance Date de Naissance I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I _ _

Adresse (si différente de l'ouvrant droit)

Code postal I _ _ I _ _ I _ _ Ville

En études : Oui Non À charge fiscalement : Oui Non Enfant handicapé : Oui Non

Lien de parenté avec l'ouvrant droit

CHOIX DES GARANTIES ET/OU DES CAPITAUX (EN FONCTION DE L'ÂGE DE L'ENFANT À AFFILIER)	
Décès « Toutes Causes »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>en % du plafond annuel de la Sécurité sociale</i>	
De 12 à 21 ans ou 26 ans**	<input type="checkbox"/> 100%
Décès et/ou infirmité permanente par accident	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez la répartition (de 0 à 100) entre le capital Décès <input type="text"/> et le capital Infirmité <input type="text"/>
<i>en % du plafond annuel de la Sécurité sociale</i>	
Jusqu'à 11 ans inclus (seulement infirmité permanente par accident)	<input type="checkbox"/> 100%
De 12 à 21 ans ou 26 ans**	<input type="checkbox"/> 100%
Hospitalisation par suite d'accident	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

COTISATION - CADRE RÉSERVÉ À LA CCAS

Taux de cotisation pour les garanties assises sur le plafond de la Sécurité sociale %

* Enfant : enfant légitime, naturel ou adopté y compris enfant du conjoint.
** Si études ou apprentissage ou sans limite d'âge pour l'enfant handicapé.

ATTRIBUTION BÉNÉFICIAIRE PARTICULIER DU CAPITAL DÉCÈS

Si vous désirez que le capital garanti ne soit pas attribué suivant la clause contractuelle type figurant ci-après, ou si, en cours de contrat, vous souhaitez désigner un (ou plusieurs) autre(s) bénéficiaire(s), vous devez désigner expressément le (ou les) bénéficiaire(s) de votre choix en indiquant ci-après leurs nom, prénom(s), date et lieu de naissance. *L'assureur et la CCAS attirent votre attention sur la nécessité de mettre à jour régulièrement votre (vos) désignation(s) de bénéficiaire(s) particulière(s).* Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation.

DÉCÈS « TOUTE CAUSES »	Nom - Prénom(s)	Date et lieu de naissance	Un seul bénéficiaire ou à répartir selon %
Bénéficiaire(s) particulier(s) / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
À défaut / / à .....	.....
 / / à .....	.....
			Total = 100 %
DÉCÈS « ACCIDENTEL »	Nom - Prénom(s)	Date et lieu de naissance	Un seul bénéficiaire ou à répartir selon %
Bénéficiaire(s) particulier(s) / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
 / / à .....	.....
À défaut / / à .....	.....
 / / à .....	.....
			Total = 100 %

DROIT DE RENONCIATION

Vous aurez la possibilité de renoncer à votre affiliation au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de renvoi de votre Bulletin Individuel d'Affiliation au contrat. Cette renonciation doit reproduire le texte suivant : "Je soussigné(e) déclare renoncer expressément à mon affiliation au contrat n° 93006.IDCP.01 et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L.223-8 du Code de la mutualité." La renonciation entraîne la restitution de toutes les sommes que vous avez versées dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la lettre recommandée par l'assureur.

ATTRIBUTION BÉNÉFICIAIRE

CLAUSE BÉNÉFICIAIRE :

Le capital revient à l'agent, à défaut à la personne ayant supporté les frais d'obsèques et à défaut à vos autres héritiers.

ACCEPTATION :

Avec votre accord, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation, au terme d'un délai de 30 jours au moins suivant la date d'effet de votre affiliation au contrat lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit. Tant que vous êtes en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de l'assureur, de vous-même et du bénéficiaire, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé de vous-même et du bénéficiaire. L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

Votre attention est attirée sur le fait que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de ce bénéficiaire dans les conditions ci-dessus.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016/649 du 27 avril 2016, en justifiant de votre identité, vous êtes habilités à exercer vos droits d'opposition, d'accès, d'effacement, de portabilité et de rectification pour toute information vous concernant qui figurerait sur les fichiers à usage de la société d'assurances, de ses mandataires et réassureurs, et des organismes participant à la gestion du contrat. Ces informations peuvent également être utilisées à des fins commerciales, à l'exclusion de vos données de santé, au bénéfice d'autres sociétés du groupe et de leurs partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, vous pouvez vous y opposer. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de communication et de rectification en adressant votre demande à : SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE – CS 31401 – 13785 AUBAGNE CEDEX

Je soussigné(e) (nom et prénom) autorise la CCAS à souscrire l'assurance en cas de décès sur ma tête conformément aux dispositions du contrat dont j'ai pris connaissance et reçu la notice d'information.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations servant de base à mon affiliation au contrat, dont je prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne.

J'atteste par ailleurs avoir pris connaissance des conditions d'admission à l'assurance et d'attribution du bénéfice de l'assurance décès figurant ci-dessus.

Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de mon affiliation conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

Signature de l'assuré(e) si majeur ou représentant légal si mineur
(à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

Fait à le

MANDAT de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la FMP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la FMP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.



GIE FMP Gestion
Groupement d'intérêt économique à capital variable
4 rue Marie-Georges Picquart 75017 PARIS
RCS Paris 813 915 287

Veuillez compléter les champs marqués * et joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire

Référence unique de mandat (à compléter par le créancier) :
Identifiant Créancier SEPA : FR11ZZZ805688
Nom - Prénom de l'adhérent* :
NIA* :

Nom et adresse du titulaire du compte à débiter	Nom et adresse du créancier
Nom*	GIE FMP GESTION COTISATIONS CS 71121 75134 Paris Cedex 11
Prénom*	
Adresse*	
.....	
Code postal* | |_|_| |_|_|	
Ville*	
Pays*	

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN* (International Bank Account Number)

| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Code international d'identification de votre banque - BIC* (Bank Identifier Code)

| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Date de prélèvement : Prélèvement :

Le 5 du mois

Mensuel

Signé à*

Le*

Signature*

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 01/04/1980 de la Commission Informatique et Liberté.

LEXIQUE

A

Adhérent

Personne qui adhère au contrat d'assurance de groupe.

Assiette

- **Pour l'ouvrant ou conjoint :** l'assiette de cotisation ou de prestation correspond au traitement brut mensuel de l'ouvrant droit. Elle est composée des éléments suivants selon le statut de l'adhérent :

- Pour les adhérents actifs :

c'est le salaire brut mensuel (NR, échelon et majoration résidentielle) calculé sur 13 mois (soit 13/12^e de mois). Pour les agents bénéficiant de la prime « complément pour conduite nucléaire », il convient de l'ajouter au montant du salaire brut.

- Pour les adhérents inactifs : c'est le montant de la pension brute mensuelle auquel s'ajoutent les majorations enfants.

- **Pour les personnes à charge :** l'assiette de cotisation ou de prestation correspond respectivement au montant du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) ou du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS).

Assurés

C'est l'ensemble des personnes pour lesquelles un BIA (Bulletin Individuel d'Affiliation) peut être rempli. Comme indiqué précédemment, dans cette population peuvent être présents les agents eux-mêmes ainsi que leurs ayants droit : leur conjoint, leurs enfants ou ceux de leur conjoint, ainsi que leurs ascendants à charge.

B

Bénéficiaires

Ce sont les personnes qui vont toucher l'argent (capital et/ou rente) en cas de décès. Chaque assuré désigne ses bénéficiaires sur le BIA, ceux-ci pouvant n'avoir aucun lien avec l'assuré. En cas de non-désignation, la clause bénéficiaire type sera appliquée.

C

CAMIEG

Caisse d'Assurance-Maladie des Industries Électrique et Gazière.

Capital souscrit

Le capital souscrit est la multiplication du taux choisi pour la garantie concernée par l'assiette.

Carence

Période qui suit l'adhésion pendant laquelle l'assuré n'est pas couvert par la (les) garantie(s).

CCAS

Caisse Centrale d'Activités Sociales.

CMCAS

Caisse Mutuelle Complémentaire et d'Action Sociale.

D

Documents d'adhésion

Il s'agit de la demande d'adhésion (Bulletin Individuel d'Affiliation).

I

IEG

Industries Électrique et Gazière.

O

OD

Ouvrant Droit

P

PASS

Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

PMSS

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

R

Résiliation

Droit pour l'assuré ou l'assureur de mettre fin à l'adhésion.

Revalorisation

Opération de modification des montants de garantie prenant effet à l'échéance principale.

RO

Régime Obligatoire (de prévoyance).

Du lundi au vendredi de 9 h à 17 h

0 800 00 50 45

Service & appel
gratuits



Caisse Centrale d'Activités
Sociales du Personnel des Industries
Électrique et Gazière

www.ccas.fr

PREVERE

Solimut
Mutuelle
de France

Caisse Centrale d'Activités Sociales du Personnel
des Industries Électrique et Gazière
CCAS 8, rue de Rosny - BP 629
93104 Montreuil Cedex