

ADHESION N° FT9 PREVOYANCE CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF

NOTICE D'INFORMATION DE L' AGENT

- Garanties applicables à compter du 1^{er} janvier 2020 -



CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE LA DROME

Agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL

**Agents titulaires, stagiaires, contractuels de droit public, affiliés
au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC**

**Agents de droit privé affiliés au régime général de la Sécurité
sociale**

Agents accueillis en détachement par la Collectivité

Agents mis à disposition auprès d'une autre structure.

PREAMBULE

Votre collectivité a souscrit un contrat collectif facultatif au bénéfice de ses agents auprès de :

IPSEC

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
agrée sous le numéro 675, dont le n° SIRET est 775 666 357 00089,
et dont le siège social se situe : Tour Egée - 9 allée de l'Arche - CS 30113 - 92671 Courbevoie cedex

Elle vous a remis la présente Notice d'information qui décrit les garanties souscrites au titre de ce contrat, ainsi que leurs conditions de mise en œuvre.

Toute information complémentaire peut être obtenue auprès de votre Collectivité.

En cas de question relative à la désignation de bénéficiaires en cas de décès, contactez le Service Administration des Ventes au **01.56.21.18.83**.

Vous pouvez également contacter le gestionnaire pour toute information concernant vos garanties :

VIVINTER – Gestions des collectivités locales
Equinox – 23 allées de l'Europe
TSA 25003
92613 CLICHY Cedex

SOMMAIRE

ARTICLE 1 - DEFINITIONS	4
ARTICLE 2 - DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHESION AU CONTRAT DE L'AGENT.....	4
ARTICLE 3 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION	6
ARTICLE 4 - FACULTE DE RENONCIATION	6
ARTICLE 5 - FACULTE DE DENONCIATION	7
ARTICLE 6 - MAINTIEN DES PRESTATIONS	7
ARTICLE 7 - DATE DE CESSATION DE L'ADHESION	7
ARTICLE 8 - LA BASE DES GARANTIES	8
ARTICLE 9 - GARANTIE OBLIGATOIRE	10
GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (GARANTIE OBLIGATOIRE).....	10
ARTICLE 10 - GARANTIE OPTIONNELLES	15
10.1 GARANTIE DECES/PERTE TOTALE ET IRRVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES	15
10.2 GARANTIE INVALIDITE / INCAPACITE PERMANENTE.....	17
10.3 GARANTIE PERTE DE RETRAITE.....	19
ARTICLE 11 - REVALORISATION DES PRESTATIONS.....	20
ARTICLE 12 - DELAIS DE PRESENTATION DES DEMANDES DE VERSEMENT DE PRESTATIONS – FORCLUSION	21
ARTICLE 13 - MODALITES ET DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	21
ARTICLE 14 - EXCLUSIONS.....	22
ARTICLE 15 - RECLAMATIONS - MEDIATION	23
ARTICLE 16 - RECOURS – PRESCRIPTION DES ACTIONS.....	24
ARTICLE 17 - SECRET PROFESSIONNEL.....	26
ARTICLE 18 - REGLEMENT GENERAL POUR LA PROTECTION DES DONNEES	26
ARTICLE 19 - CONTROLE.....	27
ARTICLE 20 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LA FRAUDE	28
ARTICLE 21 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS	28

LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE REGIME

ARTICLE 1 - DEFINITIONS

Le participant

Les garanties de la présente notice bénéficient aux agents de la Collectivité Adhérente, ci-après dénommés les Participants et qui en font la demande selon les modalités prévues à la présente notice.

Par agent de la Collectivité Adhérente, il faut entendre les agents suivants :

- Agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL.
- Agents titulaires, stagiaires, contractuels de droit public, affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC.
- Agents de droit privé affiliés au régime général de la Sécurité sociale.
- Agents accueillis en détachement par la Collectivité.
- Agents mis à disposition auprès d'une autre structure.

Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes (PTIA)

Est considéré en état de PTIA, le Participant, dont l'âge est inférieur à l'âge minimum légal de départ à la retraite, réunissant simultanément les deux conditions suivantes :

- être dans l'impossibilité définitive d'exercer une profession quelconque et/ou une autre activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- être dans l'obligation de recourir définitivement et de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer).

ARTICLE 2 - DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHESION AU CONTRAT DE L'AGENT

L'affiliation des agents au contrat est réalisée au moyen d'un bulletin d'affiliation rempli et signé par l'Agent et la Collectivité Adhérente.

Le bulletin d'affiliation indique notamment :

- l'identité de l'agent,
- la déclaration de l'agent certifiant ne pas être en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique,
- l'affiliation de l'agent à la CNRACL ou à l'IRCANTEC ou au régime général de la Sécurité sociale.
- Le choix éventuel des garanties optionnelles par l'Agent

L'entrée dans l'assurance s'effectue sans formalités médicales, **sous réserve que l'adhésion des agents appartenant à la population assurable définie à l'article 1 de la présente notice, intervienne dans un délai de 12 mois suivant :**

- la date de leur embauche, pour les nouveaux agents,
- la date d'effet du Contrat signé par la Collectivité Adhérente, pour les agents déjà présents à l'effectif.

L'adhésion au présent Contrat est subordonnée à l'application d'un délai de stage de 6 mois lorsque les agents adhèrent au contrat postérieurement à un délai de 12 mois suivant la date de leur embauche ou la date d'effet du contrat signé par la Collectivité.

Cas particulier

Les agents en activité normale de service bénéficiaires à titre individuel d'un contrat de prévoyance avec garanties équivalentes à la date de prise d'effet du présent Contrat pouvant justifier de la résiliation de celui-ci, peuvent demander leur inscription dans un délai de 12 mois après la date de la prise d'effet du présent Contrat. L'adhésion prendra alors effet le jour suivant la résiliation de leur contrat individuel sans formalités médicales.

Ne seront pas pris en charge les conséquences des pathologies liées aux arrêts antérieurs ou situations de rechute, celles-ci restant à la charge de l'assureur portant le risque du précédent contrat.

Les agents réintégrés dans la Collectivité Adhérente à la suite d'une disponibilité pour convenances personnelles, peuvent formuler leur demande d'inscription ou leur réintégration au présent Contrat dans un délai de 12 mois suivant leur reprise d'activité à temps complet.

Les agents en arrêt de travail ou bénéficiant d'un temps partiel thérapeutique à la date de prise d'effet du Contrat signé par la Collectivité Adhérente :

Pour les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident au moment de la prise d'effet du contrat, une ouverture sans carence ni formalité médicale durant les 12 premiers mois suivants leur reprise effective de travail aux conditions suivantes:

- Pour les agents non assurés précédemment qui demandent leur adhésion au contrat, ces derniers peuvent adhérer après une reprise effective de 30 jours continus de travail, avec signature d'une attestation sur l'honneur.
- Pour les agents qui étaient précédemment assurés pour les mêmes garanties, dès le 1er jour de la reprise d'activité, avec signature d'une attestation sur l'honneur et justificatif de l'ancien contrat.

Pour les agents souhaitant adhérer au-delà des délais indiqués ci-dessus et en arrêt de travail pour maladie ou accident au moment de la demande d'adhésion, un délai de stage de 6 mois sera appliqué.

Le délai de stage de 6 mois est appliqué aux garanties à compter de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat. Toute incapacité de travail ouvrant droit à un congé ou à un temps partiel pour raison thérapeutique qui survient au cours de ce délai de 6 mois ainsi que toute invalidité et perte de retraite faisant suite à cette incapacité ou survenant au cours de ce délais n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalières, invalidité et perte de retraite du présent règlement.

Les rechutes des congés de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie survenus au cours du délai d'attente n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalière, invalidité et perte de retraite du présent contrat.

Toutefois ce délai d'attente n'est pas appliqué en cas d'incapacité, d'invalidité consécutive à un accident.

Au-delà des 12 mois, les adhésions sont soumises à un délai d'attente/de stage défini précédemment et après une reprise de l'activité de 30 jours continus

ARTICLE 3 - DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION

L'adhésion est conclue pour l'agent, ci-après dénommé « Participant ».

Lorsque l'agent effectue sa demande dans les 12 mois de la date de prise d'effet du Contrat, ou de la date de son embauche lorsqu'il s'agit d'un nouvel agent :

- au 1^{er} jour du mois suivant la date de signature du bulletin d'affiliation par l'agent.

Lorsque l'adhésion est subordonnée à l'application d'un délai stage:

- au 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation de l'IPSEC ou suivant l'acceptation par l'agent des conditions d'assurance proposées par l'IPSEC.

La date de conclusion de l'adhésion est mentionnée sur le bulletin d'affiliation.

ARTICLE 4 - FACULTE DE RENONCIATION

Delai de renonciation

Le Participant bénéficie à titre contractuel d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'Affiliation.

Pendant cette période de 30 jours, aucune cotisation n'est due, et les garanties ne prennent pas effet. **Un sinistre survenant pendant cette période ne donne donc pas lieu à prise en charge.**

Le Participant a toutefois la possibilité de demander, lors de son Adhésion, la mise en œuvre immédiate de la garantie. Dans cette hypothèse, et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, la garantie prend effet à la date de conclusion de l'Adhésion, le Participant conservant malgré tout et **sauf survenance d'un sinistre couvert pendant le délai de 30 jours, la possibilité de renoncer à son Adhésion dans le délai et les conditions prévus au présent article.**

Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, le Participant doit adresser à l'IPSEC une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme)..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion n°..... (de contrat) que j'ai signée le à (Lieu d'affiliation).

Le (Date et signature) ».

Effets de la renonciation

L'IPSEC procède alors au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception.

ARTICLE 5 - FACULTE DE DENONCIATION

Faculté de dénonciation annuelle

Le participant peut dénoncer son affiliation chaque année par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception dans le respect d'un délai de préavis de deux mois avant la date d'échéance du contrat.

Faculté de dénonciation pour modification de contrat

Le participant a la faculté de dénoncer son affiliation en cas de modification apportée à ses droits et obligations par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai d'un mois suivant la réception de la nouvelle notice d'information.

ARTICLE 6 - MAINTIEN DES PRESTATIONS

En cas de résiliation du présent contrat, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation et se poursuit jusqu'au terme contractuel prévu à l'article 7 de la présente notice.

ARTICLE 7 - DATE DE CESSATION DE L'ADHESION

L'adhésion cesse dans l'un des cas suivants :

- soit en cas de renonciation ou dénonciation. Cette renonciation ou cette dénonciation s'exerce selon les modalités fixées aux articles 4 et 5 de la présente notice,
- à la date à laquelle le Participant ne remplit plus les conditions visées à l'article 1 de la présente notice,
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 25 des conditions générales,
- en cas de cessation d'activité pour les Participants placés en disponibilité à leur demande pour convenances personnelles ou en congé parental pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente; étant précisé que les garanties sont suspendues de plein droit. Les garanties reprennent le jour qui suit la date de reprise d'activité sous réserve que le Participant acquitte à nouveau ses cotisations,
- A la date de liquidation de la pension de retraite ou la date à laquelle le participant a atteint l'âge au-delà duquel il ne peut plus continuer à exercer ses fonctions, sauf prolongation d'activité ou maintien en fonction pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- A l'âge minimum légal auquel le Participant peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent pour les garanties Décès/PTIA toutes causes, Décès/PTIA accidentel(le), rente de conjoint et d'éducation,
- A l'âge minimum légal de départ à la retraite pour les garanties Invalidité Permanente,
- à la fin du mois qui suit le décès du Participant pour la garantie perte de retraite,
- à la date d'effet de la radiation du Participant des effectifs de la collectivité adhérente,

- à la date d'effet de la résiliation du présent Contrat,
- à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion par le Participant.

En application de l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'adhésion du Participant au Contrat, l'IPSEC ne peut refuser de maintenir au Participant qui en fait la demande les garanties définies aux conditions générales et ce tant que le participant n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à retraite et sous réserve du paiement des cotisations en vigueur et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Ce maintien de garanties s'applique pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente, Perte de retraite, Décès/PTIA, rente de conjoint et d'éducation.

ARTICLE 8 - LA BASE DES GARANTIES

La base de garantie est définie comme étant :

Pour les agents de droit public, le traitement indiciaire annuel perçu au cours des douze derniers mois précédant le sinistre ou la cessation d'activité, augmenté le cas échéant, de la NBI (Nouvelle Bonification Indiciaire) et, optionnellement au choix de la Collectivité Adhérente puis du Participant, du régime indemnitaire, brut annuel.

- **Le traitement indiciaire**

Le traitement indiciaire brut annuel est donné par la formule $IT \times VP$.

IT : Indice de Traitement majoré du Participant.

VP : Valeur du Point de l'indice.

- **NBI (nouvelle bonification indiciaire)**

Par N.B.I., il faut entendre la majoration indiciaire octroyée par la Collectivité Adhérente adhérente lorsque le Participant occupe une fonction ouvrant droit à ladite N.B.I.

- **RI (régime indemnitaire)**

Par régime indemnitaire, il faut entendre exclusivement les indemnités, primes et gratifications brutes résultant de dispositions législatives ou réglementaires et telles que déclarées dans la délibération de la Collectivité, à l'exclusion des remboursements de frais et des indemnités liées à l'exercice des fonctions.

Il faut également entendre par régime indemnitaire, les primes perçues par l'agent au cours des douze derniers mois civils précédant le sinistre ou la cessation d'activité.

L'Ipsec prend en charge le régime indemnitaire à condition qu'il ait été déclaré dans l'assiette de cotisation et ce, indépendamment du maintien ou non du régime indemnitaire par la Collectivité.

En l'absence du maintien du régime indemnitaire par la Collectivité, la limite de 47.5 % ou 95 % s'applique aux prestations versées par l'Ipsec.

Lorsque l'agent a moins de 12 mois d'ancienneté, la base de garantie est assise sur le traitement indiciaire, la NBI ou le régime indemnitaire perçu par l'agent depuis son entrée dans la collectivité et précédant le sinistre ou la cessation d'activité.

Pour les agents de droit privé, la rémunération brute du participant primes incluses, perçues au cours des douze mois civils précédant la cessation d'activité ou le sinistre et déclaré pour le calcul des cotisations de Sécurité sociale.

Lorsque le participant a moins de 12 mois d'ancienneté, la base de garantie est assise sur la rémunération brute perçue par le participant (primes incluses) depuis son entrée dans la collectivité et précédant le sinistre ou la cessation d'activité.

Lorsque la base de garantie est exprimée en montant net, on entend la base de garantie exprimée en montant brut diminué des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, IRCANTEC, Sécurité sociale, CSG, CRDS).

GARANTIES PREVOYANCE

Préambule :

Pour la Collectivité :

La Collectivité a l'obligation de proposer la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail.

Le choix des options retenues est communiqué lors de l'adhésion de la Collectivité et peut être modifié par celle-ci annuellement à l'échéance sous préavis de deux mois.

Pour le participant :

Le participant a l'obligation d'adhérer à la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail.

Cependant, le participant peut choisir ou non, le montant du Régime Indemnitaire qu'il souhaite retenir pour l'Incapacité Temporaire de Travail.

Le participant peut également lors de son adhésion au contrat souscrire **aux garanties optionnelles retenues par la Collectivité à laquelle il appartient.**

Le choix du participant pourra être modifié annuellement à l'échéance sous préavis de deux mois.

ARTICLE 9 - GARANTIE OBLIGATOIRE

GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (GARANTIE OBLIGATOIRE)

Définition

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, le Participant dont la pension de retraite n'a pas été liquidée, réunissant simultanément, pendant la période de garantie, les deux conditions suivantes :

- être temporairement inapte, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une maladie non professionnelle ou d'un accident de la vie privée, à exercer une activité professionnelle,
- percevoir à ce titre des prestations de sa Collectivité en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale, ou percevoir à ce titre des prestations d'un régime social obligatoire au titre de l'assurance maladie.

La garantie est due si le Participant :

- est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- et ne perçoit plus son plein traitement avant la date de résiliation du Contrat.

Objet et montant

La garantie a pour objet le versement d'indemnités journalières en cas de baisse du traitement indiciaire consécutif à une Incapacité Temporaire Totale de Travail d'un Participant, survenant pendant la période de garantie.

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur du plafond du traitement mensuel net auquel s'ajoute la NBI et éventuellement le régime indemnitaire que l'Assuré aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (demi-traitement, indemnités journalières de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de régime d'assurance obligatoire) et dans la limite de la règle de cumul définie ci-après.

- Agents travaillant à temps partiel : les indemnités journalières sont calculées au pourcentage de la rémunération au moment de l'obtention de la présente prestation.
- L'agent à temps partiel pour raison thérapeutique est considéré comme étant à temps complet et perçoit à ce titre l'intégralité de son traitement, l'assureur prend en charge l'éventuelle diminution du régime indemnitaire consécutive à ce temps partiel.
- Agents à temps non complet : les indemnités journalières sont calculées au pourcentage du temps d'activité au moment de l'obtention de la présente prestation ou de la moyenne des 12 derniers mois si des heures complémentaires sont intégrées dans l'assiette.

Le versement d'indemnités journalières d'un montant unitaire égal à la différence entre :

- Le produit de la 360^{ème} part de la base de garantie (Traitement mensuel Net auquel s'ajoute la NBI) et éventuellement (si tel est son choix) le Régime indemnitaire que l'agent aurait perçu par le taux de couverture prévu au présent cahier des charges,
et
- Le montant des indemnités journalières que le membre participant perçoit au titre de son arrêt de travail, soit :
 - le salaire ou traitement net que le membre participant continue à percevoir de son employeur ;
 - les prestations en espèce nettes servies par l'assurance maladie obligatoire.

Selon le choix de la collectivité, le montant de l'indemnité journalière versé par l'Institution, est augmenté de 47.5 % ou 95 % du Régime Indemnitaire net du Participant.

A l'issue de la période de temps partiel autorisée, si le Participant demeure en congé de maladie, il recouvre les mêmes droits que les participants exerçant leur activité à temps plein.

Service et durée maximale de la prestation

La prestation est servie mensuellement, à terme échu, à la date de reconnaissance de l'état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et à l'expiration d'un **délai de franchise**.

Délai de franchise :

Le **délai de franchise** est la période pendant laquelle aucune prestation n'est versée. Ce délai est décompté à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Il est constitué de jours continus ou discontinus d'arrêt de travail pour ouvrir droit aux prestations versées sous forme d'indemnités journalières. La durée du délai de franchise varie selon le régime et le statut de l'agent.

Service de la prestation :

La prestation est versée :

Pour les agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'Etat :

- en cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour,
- en cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année,
- en cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4^{ème} année jusqu'à la fin de la 5^{ème} année,
- en cas de mise en disponibilité d'office consécutif à l'épuisement des droits statutaires à maladie lorsque l'agent perçoit régulièrement les indemnités de coordination visées à l'article 4 du décret n°60-58 du 11 janvier 1960 ou l'allocation d'invalidité temporaire visée à l'article 6 du décret précité.
- afin de couvrir les dispositions des décrets n°87-602 du 30 juillet 1987 et n°2011-1245 du 5 octobre 2011, les prestations sont maintenues jusqu'à la date de la décision de reprise de service ou de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite.

Pour les agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC :

- en cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour,
- en cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.
- En cas de disponibilité d'office pour raisons de santé, si l'agent bénéficie d'indemnités journalières dans la limite de 1095 jours d'arrêts (congés statutaires compris)
- en cas de congé pour accident du travail ou de maladie professionnelle, à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu soit à la fin des obligations statutaires jusqu'à la guérison ou la consolidation lorsque l'agent subit une perte de rémunération.

Pour les agents non titulaires de droit public affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC :

- en cas de maladie ordinaire :

- ❖ pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque le Participant subit une perte de salaire,
- ❖ pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à compter du 61^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
- ❖ pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
- en cas de congé de grave maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans :
 - ❖ à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.
- En cas de congé sans traitement (18 mois maximum) :
 - ❖ à l'issue d'un congé maladie, si l'agent bénéficie d'indemnités journalières
- En cas de congé pour accident du travail ou de maladie professionnelle :
 - ❖ pour les agents ayant une ancienneté inférieure à un an, au plus tôt à partir du 31^{ème} jour d'arrêt de travail, continu ou discontinu lorsque l'agent subit une perte de rémunération,
 - ❖ pour les agents ayant une ancienneté inférieure à trois ans de services, au plus tôt à partir du 61^{ème} jour d'arrêt de travail, continu ou discontinu lorsque l'agent subit une perte de rémunération,
 - ❖ pour les agents ayant une ancienneté supérieure à trois ans, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail, continu ou discontinu lorsque l'agent subit une perte de rémunération.

Pour les agents de droit privé affiliés au régime général de la Sécurité sociale :

- En cas de congé maladie :
 - ❖ Ancienneté inférieure à un an : en complément des indemnités journalières dans la limite de trois ans,
 - ❖ Ancienneté supérieure à un an : en complément des indemnités journalières et des prestations dues par la Collectivité Adhérente au regard des article L1226-1, D1226-1 et suivants du code du travail.
- En cas de congé pour accident du travail ou maladie professionnelle :
 - ❖ Ancienneté inférieure à un an : en complément des indemnités journalières jusqu'à la guérison ou la consolidation lorsque l'agent subit une perte de rémunération,
 - ❖ Ancienneté supérieure à un an : en complément des indemnités journalières et des prestations dues par la Collectivité Adhérente au regard des article L1226-1, D1226-1 et suivants du code du travail lorsque l'agent subit une perte de rémunération .

Détail des garanties spécifiques aux assistants familiaux et maternels

Les assistants familiaux sont des agents non-titulaires IRCANTEC, ils disposent d'une convention spécifique concernant l'indemnisation sécurité sociale et employeur pour leur arrêt de travail. Le groupement interviendra en complément des indemnisations sécu et employeur selon les dispositions suivantes :

Ancienneté	Aucune Indemnisation	50% Sécurité Sociale : 50% Employeur : 0%	90% Sécurité Sociale : 50% Employeur : 40%	66,66% Sécurité Sociale : 50% Employeur : 16,66%	50,00% Sécurité Sociale : 50% Employeur : 0%
Moins d'un an	3 Jours de carence	4 jours	aucune	aucune	
Entre 1 et 5 ans	3 Jours de carence	4 jours	30 jours	30 jours	
Entre 6 et 10 ans	3 Jours de carence	4 jours	40 jours	40 jours	
Entre 11 et 15 ans	3 Jours de carence	4 jours	50 jours	50 jours	Jusqu'au 360 ^{ème} jour d'arrêt ou jusqu'à la fin des 3 ans d'indemnisation en cas d'affection de longue durée
Entre 16 et 20 ans	3 Jours de carence	4 jours	60 jours	60 jours	
Entre 21 et 25 ans	3 Jours de carence	4 jours	70 jours	70 jours	
Entre 26 et 30 ans	3 Jours de carence	4 jours	80 jours	80 jours	
Plus de 31 ans	3 Jours de carence	4 jours	90 jours	90 jours	

Durée maximale de la prestation :

En cas de rétablissement du plein traitement par la Collectivité Adhérente, à effet rétroactif, pour la période indemnisée au titre de la présente garantie, lorsque le Participant est placé en congé de longue maladie (CLM), en congé de maladie de longue durée (CLD) ou en congé de grave maladie, les indemnités versées par l'IPSEC doivent être remboursées par le Participant.

Règle de cumul

Le montant de l'indemnité journalière versée par l'IPSEC, augmenté des prestations versées par la Collectivité Adhérente ou de toute autre indemnité, ne peut en aucun moment excéder le plafond de prise en charge auquel s'ajoute la revalorisation.

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par l'IPSEC sont réduites à due concurrence de ce montant.

Cessation du versement des prestations

Les prestations cessent d'être servies au titre de l'Incapacité de temporaire totale de travail :

- dès la reprise d'activité, même partielle du Participant, y compris en cas de temps partiel thérapeutique,
- dès la fin de l'indemnisation par la collectivité adhérente au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale et/ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- à la date de liquidation d'une pension d'Invalidité par le régime de base du Participant,
- A la date de liquidation de la pension de retraite ou la date à laquelle le participant a atteint l'âge au-delà duquel il ne peut plus continuer à exercer ses fonctions, sauf prolongation d'activité ou maintien en fonction,
- à la fin du mois qui suit le décès ou la PTIA du Participant,
- à l'expiration du délai de 1095 jours visé à l'article 9 de la présente notice,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical du Participant,
- en cas de démission ou de radiation des effectifs de la Collectivité Adhérente,
- en cas de refus du Participant de se soumettre à un contrôle médical ou une expertise

- au jour où le Participant ne remplit plus les conditions contractuelles pour bénéficier des prestations.

Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination des indemnités journalières garanties doivent être adressées par la Collectivité Adhérente ou par le Participant à l'IPSEC, dans les jours qui suivent la survenance de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail et au plus tard dans un délai de 3 mois, accompagnées des pièces suivantes :

- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du Statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- une attestation émanant de la Collectivité Adhérente qui indique : la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité),
- l'avis du Comité médical ou de la Commission de réforme,
- le certificat médical d'arrêt,
- les bulletins de paie pour les périodes à demi-traitement demandées,
- les 3 derniers bulletins de paie,
- une attestation de la Collectivité Adhérente indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- pour les contractuels, une attestation de la Collectivité Adhérente précisant la date d'embauche du Participant,
- un Relevé d'Identité Bancaire du Participant,
- le dernier avis d'imposition.

ARTICLE 10 - GARANTIE OPTIONNELLES

10.1 GARANTIE DECES/PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès ou de PTIA d'un participant dont l'âge est inférieur à l'âge minimum auquel il peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent, survenant pendant la période de garantie.

Montant du capital

Le montant de ce capital est fixé à **100%** du traitement indiciaire / de la rémunération net(te) annuel(le) augmenté(e) le cas échéant de la N.B.I. Ce montant est évalué sur la base des douze bulletins de rémunération, éventuellement recomposé si le participant n'a pas douze mois d'ancienneté.

Bénéficiaires

En cas de PTIA, le bénéficiaire du capital garanti est le participant lui-même ou son représentant légal.

S'agissant du versement du capital décès, à défaut de désignation particulière du bénéficiaire, ou si cette désignation est devenue caduque, le(s) bénéficiaire(s) du capital garanti sont :

- En priorité le conjoint survivant, judiciairement non séparé, non divorcé ou le partenaire lié par un P.A.C.S. à condition qu'il ne soit pas séparé au moment du décès;
- à défaut, les enfants du participant, y compris adoptifs (adoption simple ou plénière), vivants ou représentés, nés ou à naître, par parts égales entre eux ou les survivants d'entre eux ;
- à défaut, le père et la mère du participant, biologiques et/ou adoptifs, vivants, par parts égales entre eux ou les survivants d'entre eux ;
- à défaut, les frères et sœurs du participant, biologiques et/ou adoptifs, vivants, par parts égales entre eux ou les survivants d'entre eux ;
- à défaut de tous les susnommés, les héritiers du participant, tels que définis, selon le cas, par la dévolution successorale ou l'attestation des héritiers, par parts égales entre eux.

- **Formalisme de désignation**

Au moment ou au cours de son affiliation, le participant peut désigner toute autre personne ou fixer un ordre d'attribution et de partage d'un capital différent des stipulations de l'article 10 de la présente notice, grâce à un formulaire spécialement prévu à cet effet annexé à la présente notice ou **téléchargeable sur notre site internet rubrique « assurés/désignation de bénéficiaire/formulaire interpro »**.. Une fois complété ce formulaire est adressé à l'IPSEC qui le conserve.

La désignation du bénéficiaire peut également être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Le participant peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires. En cas de pluralité de bénéficiaires, la désignation peut être successive ou conjointe :

- la désignation successive est celle qui prévoit plusieurs bénéficiaires déterminés les uns à défaut des autres selon un ordre défini par le participant. Lors du décès du participant, le bénéficiaire est celui désigné en premier. S'il refuse le versement du capital à son profit ou est lui-même décédé avant le participant, le capital est versé au bénéficiaire désigné en second, et ainsi de suite ;
- la désignation conjointe est celle qui prévoit l'attribution d'une part du capital à plusieurs bénéficiaires désignés. Le total des fractions ainsi attribuées doit impérativement être égal à 100 % du capital. À défaut, l'IPSEC répartit entre bénéficiaires de même rang, selon leur quotité respective, la différence entre le montant total du capital et celui issu de la répartition stipulée par le participant. Sans indication de répartition entre bénéficiaires de même rang, le capital est versé par parts égales entre eux. Si un ou plusieurs bénéficiaires refusent le versement du capital à leur profit ou sont eux-mêmes décédés avant le participant, la ou les fractions de capital concernées seront réparties entre bénéficiaires survivants de même rang, par parts égales entre eux. À défaut de bénéficiaire de même rang, elles le seront entre bénéficiaires de rang inférieur, et ainsi de suite.

Lorsqu'aucun des bénéficiaires n'accepte le capital ou lorsque tous les bénéficiaires désignés sont décédés au jour du décès du participant, l'IPSEC applique la clause par défaut prévue à l'article 9 de la présente notice ou celle expressément prévue aux conditions particulières du contrat.

Chaque bénéficiaire peut être désigné, soit :

- en raison de sa qualité. Celle-ci est appréciée au jour du décès du participant ;

- nommément. Dans ce cas, le participant indique son nom, son prénom, ses coordonnées, sa date et son lieu de naissance afin qu'après son décès l'IPSEC puisse informer le bénéficiaire de la désignation faite à son profit.

La désignation peut être revue à tout moment par le participant, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale du participant, naissance, décès) sauf si le bénéficiaire reconnaît par écrit accepter de percevoir le capital. En effet, dans ce dernier cas, la désignation faite à son profit devient irrévocable, excepté dans les cas légaux.

En tout état de cause, l'IPSEC est déliée de son obligation de verser le capital dès lors qu'elle réalise son versement de bonne foi. En cas de litige porté devant les tribunaux entre le décès et le versement du capital, l'IPSEC consigne les sommes dans l'attente de la décision de justice définitive.

Pour être opposable à l'Ipsec, la désignation doit avoir été reçue par l'IPSEC au plus tard le jour du décès du participant. Aussi, en cas de succession de désignations, la désignation opposable à l'IPSEC est celle reçue par elle en dernier lieu.

- **Cas Particuliers**

Il est toutefois précisé que :

- lorsque le bénéficiaire désigné par le participant ayant un ou plusieurs enfants à charge n'est ni le conjoint survivant, ni les enfants, ledit bénéficiaire ne saurait en aucun cas recevoir un capital supérieur à celui qui serait versé, à raison du décès du participant célibataire.
Dans ce cas, cette différence est obligatoirement répartie par parts égales entre les enfants à charge du participant. S'ils sont mineurs, elle est versée sur un compte ouvert à leur nom.
- en cas de décès du participant et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre du décès, le participant est présumé avoir survécu le dernier, sauf pour l'application de la garantie « Double Effet ».

10.2 GARANTIE INVALIDITE / INCAPACITE PERMANENTE

Définition

La garantie invalidité a pour objet de servir une rente au participant qui se trouve dans l'impossibilité médicalement constatée, d'exercer ses fonctions par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail et :

- pour les Participants relevant du statut de la Fonction Publique Territoriale, avoir été admis à la retraite pour invalidité par la CNRACL,

ou

- pour les Participants relevant du Régime général de la Sécurité sociale, être atteint d'une invalidité non imputable au service classée en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou qui justifient d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Objet et montant

L'IPSEC garantit le versement d'une rente temporaire en cas de baisse du traitement consécutif à une Invalidité.

Le montant annuel de la prestation versé sous forme de rente augmenté des prestations versées par la Collectivité Adhérente ou de toute autre indemnité est au plus égal au produit de **45% par le traitement indiciaire/rémunération** net(te) annuelle du Participant augmenté(e) le cas échéant de la N.B.I.

Règle de cumul

Le montant de la rente versée par l'assureur, augmenté des prestations versées par la CNRACL, la sécurité sociale et tout autre organisme ou des traitements ou salaires perçus lors de reprise d'une activité, ne peut excéder le plafond retenu auquel s'ajoute la revalorisation et, le cas échéant, la NBI et le régime indemnitaire que l'Assuré aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité.

En cas de dépassement de cette limite, la prestation versée par l'IPSEC est réduite à due concurrence de ce montant.

Cessation du versement des prestations

Le versement de la rente cesse :

- dès la reprise d'activité, même partielle du Participant, y compris en temps partiel thérapeutique,
- en cas de suppression de la pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale,
- en cas de décès du Participant,
- en cas de refus du Participant de se soumettre à un contrôle médical ou à une expertise,
- à l'âge minimum légal de départ à la retraite au titre du régime auquel l'agent est affilié,
- au jour de la liquidation de la pension vieillesse pour les agents relevant du régime général de la Sécurité sociale,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical du Participant,
- à la fin du mois qui suit le décès.

Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination des prestations garanties doivent être adressées par la Collectivité Adhérente ou le Participant à l'IPSEC dans les jours qui suivent la survenance de l'Invalidité Permanente et au plus tard dans un délai de 6 mois, accompagnées des pièces suivantes :

A l'ouverture des droits :

- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité du Participant en cours de validité,
- un Relevé d'Identité Bancaire du Participant lors de la 1^{ère} demande et en cas de modification des données concernant le Participant,
- un certificat médical,

- une attestation établie par l'employeur certifiant que le Participant a épuisé ses droits statutaires à congé de maladie,
- un Relevé d'Identité Bancaire du Participant,
- les 3 derniers bulletins de paie,
- le dernier avis d'imposition.

Doivent être produits en outre :

- pour les agents relevant de la Fonction Publique Territoriale :
 - ❖ un extrait de liquidation de la rente pour invalidité CNRACL,
 - ❖ les bulletins de paiements émanant de la CNRACL.
 - ❖ le document émanant de la CNRACL mentionnant l'invalidité.
- pour les agents relevant de la Sécurité sociale :
 - ❖ les notifications de la Sécurité sociale classant le Participant en incapacité permanente ou invalidité permanente,
 - ❖ les décomptes de paiements de la Sécurité sociale.

10.3 GARANTIE PERTE DE RETRAITE

Objet et montant

La garantie perte de retraite est définie comme la différence entre le montant de la retraite que l'Assuré aurait perçu à la date de prise en charge au titre de la présente garantie s'il n'avait pas cessé son activité, et le montant total des diverses pensions dont l'Assuré bénéficie (retraite CNRACL, de la sécurité sociale ou de l'IRCANTEC).

L'IPSEC garantit alors le versement d'une rente viagère annuelle complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse du Participant, en cas d'Invalidité.

Cette rente viagère permet de compléter à hauteur de **95%** la pension de retraite de l'Assuré, sous déduction des autres revenus de retraite perçus.

Règle de cumul

L'ensemble du montant des pensions et retraites, des régimes légaux et du complément de retraite servi par l'IPSEC ne peut excéder 75% du traitement indiciaire / de la rémunération brut(e) annuel(le), défini à l'article 8 de la présente notice.

Lorsque le Participant bénéficie en outre d'une rente d'invalidité, le cumul des pensions, retraites, rentes diverses servies par les régimes légaux, ainsi que du complément servi par l'IPSEC peuvent se cumuler dans la limite de 100% du traitement indiciaire/rémunération net(te) annuel(le) défini à l'article 8 de la présente notice.

En cas de dépassement de cette limite, la prestation versée par l'IPSEC est réduite à due concurrence de ce montant.

Les retraites complémentaires souscrites volontairement par ailleurs ne sont pas prises en compte dans la règle de cumul.

Service de la prestation

La rente est servie mensuellement et à terme échu à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime vieillesse du Participant, et au plus tôt à l'âge minimum légal de départ à la retraite.

Cessation du versement de la prestation

La prestation cesse à la fin du mois qui suit le décès.

Formalités en cas de sinistre

- le ou les titres de pension,
- et
- le relevé de pension(s) de retraite(s) obligatoire(s) (CNRACL, etc.),
- et
- une attestation sur l'honneur mentionnant que l'intéressé(e) ne perçoit pas d'autre(s) pension(s) de retraite(s) obligatoire(s) (CNRACL, etc.),

Doivent être produits en outre :

- **pour les agents relevant de la Fonction Publique Territoriale :**
 - ❖ le dernier bulletin de paiement émanant de la CNRACL.
- **pour les agents relevant de la Sécurité sociale :**
 - ❖ le dernier décompte de paiement de la Sécurité sociale.

ARTICLE 11 - REVALORISATION DES PRESTATIONS

Revalorisation des prestations incapacité temporaire/invalidité permanente/perte de retraite.

Personnel de droit public

Les prestations Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente et Perte de retraite, en cours de service, sont revalorisées à la date de l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale et selon les éventuels avancements de l'agent **et ce, même après la résiliation du contrat.**

Personnel de droit privé

Les prestations « Incapacité Temporaire Totale de travail », « Invalidité Permanente », rente éducation et rente de conjoint en cours de service, sont revalorisées à la date de l'évolution du point de retraite AGIRC/ARRCO **et ce, même après la résiliation du contrat.**

Revalorisation du capital décès post mortem

En vertu de la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014, ensemble le décret n° 2015-1092 du 28 août 2015, sont revalorisées les prestations qui, d'une part, ont la nature d'un capital et qui, d'autre part, sont versées en raison du décès du participant.

Pour l'application de ces dispositions, la PTIA du participant n'est pas assimilée au décès.

Est ainsi revalorisé le capital versé lors de la mise en œuvre des garanties Décès toutes causes.

Le capital produit de plein droit des intérêts net de frais, à compter de la date de connaissance du décès du participant, pour chaque année civile, dont le taux est au minimum égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

ARTICLE 12 - DELAIS DE PRESENTATION DES DEMANDES DE VERSEMENT DE PRESTATIONS – FORCLUSION

Sous peine de déchéance des droits à indemnisation, la demande de prestations doit être accompagnée des pièces justificatives et être produite à l'IPSEC dans les délais suivants :

- d'un an pour les garanties rente éducation et rente de conjoint,
- de 6 mois pour le risque invalidité ou perte de retraite,

suivant la survenance du sinistre ou sa connaissance par le participant ou le bénéficiaire.

La demande de prestations dues en cas de PTIA ne peut parvenir à l'IPSEC qu'à l'expiration d'un délai de 6 mois à compter de la date à laquelle le participant est classé en 3^{ème} catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale.

Concernant le cas particulier de la garantie incapacité temporaire de travail, les demandes d'indemnités journalières, accompagnées des documents justificatifs, doivent être produites à l'IPSEC au plus tard 90 jours après la fin de la période de carence.

Lorsque le délai de présentation de la demande de prestation n'est pas respecté, la date de liquidation des prestations périodiques est fixée au jour de la réception par l'IPSEC de la déclaration de sinistre, le cachet de la poste sur le courrier de déclaration faisant foi de cette date.

Toutefois, l'IPSEC ne pourra se prévaloir de la déchéance que si elle prouve avoir subi un préjudice du fait de la déclaration tardive.

ARTICLE 13 - MODALITES ET DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

SIACI SAINT HONORE règle les prestations, notamment par virement bancaire ou postal, auprès du participant ou du bénéficiaire généralement dans les 10 jours ouvrés qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire compris.

Ces délais sont donnés à titre indicatif et ne sauraient en aucun cas engager la responsabilité de SIACI SAINT HONORE.

En vertu de la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014, l'Ipsec dispose d'un délai de quinze jours, après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du bénéficiaire, tel que défini ci-après, pour lui demander de fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement des prestations.

Si, au-delà du délai de quinze jours mentionné ci-dessus, l'Ipsec a omis de demander au bénéficiaire l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement des prestations stipulé à l'alinéa suivant.

L'Ipsec dispose d'un mois à compter de la réception de l'ensemble des justificatifs pour verser au(x) bénéficiaire(s) les prestations dues en cas de décès du participant ou d'un de ses ayants droit, lorsque les garanties le prévoient.

Si l'Ipsec ne respecte pas ce délai de paiement, les prestations produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

De même, pour l'application de ces dispositions, le PTIA du participant n'est pas assimilé au décès.

ARTICLE 14 - EXCLUSIONS

Sont exclus les risques résultants :

- **De faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante.**
- **De guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroule ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active.**
- **Pour les garanties autres que les garanties décès et PTIA, du fait intentionnellement causé par l'assuré.**

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 15 - RECLAMATIONS - MEDIATION

Réclamation auprès de l'Institution

L'IPSEC met à la disposition de la Collectivité Adhérente et des participants la possibilité, sans préjudice des actions qu'ils peuvent exercer par ailleurs, de contacter la Mission Qualité de l'Ipsec pour la gestion des réclamations concernant l'exécution du contrat d'adhésion.

La réclamation doit être adressée aux coordonnées suivantes :

IPSEC
Mission Qualité
Tour Egée - 9 allée de l'Arche
CS 30113 - 92671 Courbevoie cedex

La réclamation fait l'objet d'un accusé de réception dans un délai de dix jours ouvrables à compter de sa date de réception, sauf si la réponse elle-même est apportée au client dans ce délai.

L'IPSEC s'engage à apporter une réponse à la Collectivité Adhérente ou au participant dans un délai de deux mois à compter de cette même date. Toutefois, des circonstances particulières peuvent nécessiter un délai supplémentaire. Dans cette hypothèse, l'IPSEC en informe la Collectivité Adhérente ou le participant.

Procédure de médiation CTIP

A défaut d'accord entre les parties au terme de la procédure de règlement des réclamations énoncée ci-dessus, celles-ci peuvent faire appel au médiateur du Centre technique des IPSECs de prévoyance (CTIP).

En tant que membre du CTIP, l'IPSEC adhère à la Charte de médiation des IPSECs de prévoyance et de leurs unions. A ce titre, dans les limites de deux fois par an, le médiateur peut être saisi par :

- la Collectivité Adhérente ;
- le Participant ;
- les bénéficiaires de prestations ;
- les Ayants droit du Participant.

L'IPSEC ne saisit le médiateur que si l'autre partie au litige lui donne son accord pour ce faire. En tout état de cause, quel que soit le demandeur, la prescription est suspendue à compter du jour où les parties auront convenu de recourir à la médiation.

Le demandeur peut se faire représenter ou assister par un tiers de son choix à tous les stades du processus de médiation.

Un litige ne peut être examiné par le médiateur lorsque :

- Le demandeur ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de l'IPSEC par une réclamation écrite selon les modalités exposées précédemment ;

- La demande est manifestement infondée ou abusive ;
- Le litige a été précédemment ou est actuellement examiné par un autre médiateur ou par un tribunal ;
- Le demandeur a introduit sa demande auprès du médiateur du CTIP dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de l'IPSEC ;
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur du CTIP :
 - Décisions rendues au titre de l'action sociale de l'IPSEC ;
 - Contrôle de la motivation des résiliations ;
 - Décisions d'augmentation des cotisations ;
 - Procédure de recouvrement des cotisations.

La procédure de médiation est une procédure gratuite et écrite. La partie qui saisit le médiateur lui envoie un dossier complet soit :

- Par courrier aux coordonnées suivantes : Le Médiateur du CTIP - 10, rue CAMBACERES - 75008 PARIS ;
- A partir du site internet du CTIP, rubrique « Médiateur » (www.ctip.asso.fr).

Le médiateur peut faire appel à tout expert qu'il juge utile pour mener à bien sa mission.

Il dispose de 90 jours à compter de la réception du dossier complet pour rendre son avis écrit et motivé, étant entendu que ce délai peut être étendu en cas de dossier complexe et que la durée moyenne du processus est de 5 mois à compter de la date à laquelle le médiateur est saisi.

Les parties disposent d'un délai de réflexion raisonnable fixé par le médiateur pour accepter ou refuser la proposition. L'avis du médiateur ne lie pas les parties.

La procédure de médiation et l'avis du médiateur sont confidentiels. Les parties intéressées et le médiateur peuvent exclusivement faire état de l'existence de la médiation, d'un accord ou d'un désaccord en fin de médiation.

Tout recours contentieux engagé par l'une des parties et ayant le même objet que la saisine du médiateur met immédiatement fin à la procédure de médiation.

ARTICLE 16 - RECOURS – PRESCRIPTION DES ACTIONS

Recours judiciaire

Toutes actions intentées en exécution des dispositions du contrat d'adhésion seront soumises à la juridiction compétente dans les conditions prévues par la loi.

Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'IPSEC dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite du montant des prestations versées. L'IPSEC se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce dans le cadre des dispositions de la loi n°85-677 du 5 Juillet 1985 modifiée par la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'IPSEC n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

Prescription

Toutes actions dérivant des opérations décrites au présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions de l'article L932-13 et L932-13-3 du Code de la Sécurité sociale.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'IPSEC 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 ignorée jusque-là.

Quand l'action de la Collectivité Adhérente, du participant, de l'ayant droit ou du bénéficiaire contre l'IPSEC a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre la Collectivité Adhérente, le participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans, d'une part pour les garanties liées à la vie humaine lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant, d'autre part pour les garanties du risque accident lorsque le bénéficiaire est l'ayant droit du participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions précédentes, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci visées aux articles 2240 et suivants du code civil :
 - reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
 - demande en justice, même en référé, ou porté devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;
 - mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
 - acte d'exécution forcée.
- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée par l'IPSEC à l'Entreprise adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 17 - SECRET PROFESSIONNEL

Conformément à l'article 226-13 du Code pénal, l'IPSEC est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

ARTICLE 18 - REGLEMENT GENERAL POUR LA PROTECTION DES DONNEES

Cet article a pour objectif de vous informer, de la manière dont vos données personnelles sont collectées et traitées par l'IPSEC et ce en conformité avec le RGPD.

L'Institution a nommé un délégué à la protection des données joignable aux coordonnées suivantes : dpo@ipsecprev.fr ou à : Ipsec - À l'attention du Délégué à la protection des données - Tour Egée - 9 allée de l'Arche – CS 30113 - 92671 Courbevoie cedex.

Vous pouvez exercer vos droits en adressant un courrier, accompagné d'un justificatif, à l'adresse ou au courriel mentionné ci-dessus. Nous pouvons vous demander de nous fournir une pièce d'identité avant de répondre à votre demande.

Pourquoi collectons-nous vos données personnelles ?

En sa qualité d'assureur, l'Institution doit recueillir certaines de vos données personnelles qui lui permettent, d'une part, de vous identifier d'un point de vue contractuel et, d'autre part, de vous proposer les garanties et services adaptés à vos besoins.

Vos données à caractère personnel, qu'elles soient obligatoires ou facultatives, sont nécessaires afin de permettre à l'Institution de mettre en œuvre toutes les activités prévues par les statuts et conformes à la réglementation à laquelle l'Institution est soumise.

Elles peuvent également servir les intérêts de l'Institution notamment en matière de développement et d'amélioration des garanties et des produits. Ces traitements sont mis en œuvre dans des conditions qui permettent de préserver vos droits, par exemple en vous informant ou en vous permettant de vous y opposer.

Le traitement de vos données permet également de satisfaire les obligations légales et réglementaires.

Comment sont sécurisées vos données personnelles ?

L'Institution met en place des mesures organisationnelles et techniques pour préserver la sécurité de vos données et, notamment, pour empêcher qu'elles soient altérées, endommagées ou accessibles par des tiers (sauf accord de votre part).

Les données sensibles, et en particulier les données de santé, font l'objet de mesures de sécurité spécifiques. Pour assurer la sécurité et la confidentialité de vos données, celles-ci sont uniquement visibles par un personnel habilité et sensibilisé aux questions de protection des données personnelles.

Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Les données personnelles ne peuvent être conservées que pour une durée limitée. Cette durée est déterminée en fonction de la finalité du traitement et de règles issues de recommandations de la CNIL ou déterminées en fonction d'obligations réglementaires.

Les données nécessaires à la gestion de votre contrat et des services associés sont conservées pendant toute la durée de votre contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales énumérés à l'article L 932-13 du Code de la Sécurité Sociale.

Quels sont vos droits ?

Vous disposez du droit de demander :

- **l'accès aux données** vous concernant : vous pouvez demander à l'Institution des informations sur les traitements vous concernant et sur vos données personnelles ;
- **la rectification** : vous pouvez demander la rectification de vos données personnelles si celles-ci sont obsolètes ou erronées ;
- **l'effacement (droit à l'oubli)** : vous avez le droit d'obtenir l'effacement de vos données à caractère personnel dans les cas prévus par la loi (inutilité des données ou retrait de votre consentement) ;
- **l'opposition au traitement** : à tout moment, vous avez le droit de vous opposer pour des raisons tenant à votre situation particulière, à un traitement de vos données. L'Institution n'a donc plus à traiter vos données qui ne seraient pas nécessaires à la gestion de votre contrat.

En outre, en cas de collecte de vos données à des fins de prospection, vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement de vos données à caractère personnel. Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site www.bloctel.gouv.fr.

- **la portabilité de vos données** : vous avez le droit de recevoir les données personnelles que vous avez fournies, dans un format numérique, lorsqu'elles sont traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Enfin, vous avez la possibilité de définir des **directives générales et particulières** précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits après votre décès.

Vous pouvez retrouver l'ensemble du dispositif mis en œuvre par l'Institution relatif au RGPD sur notre site internet :

www.ipsecprev.fr/assures/protection-de-vos-donnees

ARTICLE 19 - CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution :

ACPR
4 Place de Budapest
CS 92459
75436 PARIS Cedex 09

ARTICLE 20 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LA FRAUDE

Conformément aux dispositions du code monétaire et financier, l'IPSEC a mis en place un dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme.

A ce titre, des poursuites civiles et pénales pourront être engagées.

ARTICLE 21 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS

Les garanties du présent contrat d'adhésion sont accordées moyennant le paiement de cotisations.

Les taux exprimés sont indicatifs et sont susceptibles d'évoluer à partir du 01/01/2023.

Le montant de la cotisation est fixé à :

Mutualisation inférieure à 80%	Taux TTC SANS RI	TAUX TTC avec RI à 47,5 %	TAUX TTC avec RI à 95 %
Offre Base : Incapacité Temporaire de Travail	0.85 % du TIB + NBI	0.85 % du TIB + NBI + RI	1.05 % du TIB + NBI + RI
Option au choix de la Collectivité : Invalidité	0.51 % du TIB + NBI	0.51 % du TIB + NBI + RI	0.51 % du TIB + NBI + RI
Option au choix de la Collectivité : Perte de Retraite	0.46 % du TIB + NBI	0.46 % du TIB + NBI + RI	0.46 % du TIB + NBI + RI
Option au choix de la Collectivité : Capital décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	0.25 % du TIB + NBI	0.25 % du TIB + NBI + RI	0.25 % du TIB + NBI + RI

L'**assiette de cotisation** est composée du traitement brut indiciaire, de la Nouvelle Bonification Indiciaire et optionnellement, selon le choix de l'agent si la collectivité à retenue l'option, du régime indemnitaire.

Le Régime indemnitaire est quant à lui indemnisé uniquement au titre de la garantie INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL mais devra être intégré dans l'assiette de cotisation pour l'ensemble des garanties choisies par l'agent.

Ex : Madame X souhaite souscrire par l'intermédiaire de son employeur, aux garanties INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL/INVALIDITE/DECES.

La collectivité de Madame X a retenu l'offre à 47,5% de maintien du RI.

Son taux de cotisation sera donc de 0,85% + 0,51% + 0,25% soit 1,61%

Son assiette de cotisation sera composée de son traitement de base + NBI + RI

Les taux sont maintenus sur les 3 premières années soit du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2022.

La majoration est plafonnée à 15 % de la valeur du marché.

Ces cotisations sont réputées TTC (toutes taxes comprises). Toute évolution des taxes s'appliquera de plein droit.

La présente convention met en place une clause de minoration de 5 % en fonction du nombre d'agents assurés au sein de chaque Collectivité. Ce taux de minoration est calculé pour chacune des collectivités si le nombre d'adhésion dépasse 80% de l'effectif potentiel déclaré dès le 1^{er} janvier 2020. Pour les années suivantes, le taux d'adhésion est observé chaque 1er janvier, il pourra seulement donner lieu à application d'une minoration plus forte.

Un taux minoré obtenu par une collectivité est ainsi définitivement acquis.

Tout adhérent pris en charge au titre de la garantie invalidité ou perte de retraite est exonéré du paiement des cotisations. L'exonération est partielle si l'adhérent reçoit une rémunération réduite, la cotisation restant due au prorata de la rémunération perçue.

Le saviez-vous ?

L'IPSEC gère un **fonds social** notamment destiné à l'attribution d'aides individuelles aux participants lorsque leur situation matérielle et / ou leur état de santé le justifie.

Les domaines d'intervention du fonds social sont :

- Le Handicap : complément financier pour les projets suivants : appareillage, adaptation du véhicule, du logement et à la vie courante ;
- Les difficultés matérielles ponctuelles : attribution d'aides sous forme de dons ou de prêts ;
- Le surendettement : l'IPSEC propose un accompagnement budgétaire et social par un partenaire spécialisé, visant à stabiliser la situation financière de ses participants ;
- La scolarité : une aide au financement des études supérieures.

Chaque dossier fait l'objet d'une étude personnalisée par la Commission du fonds social, composée d'administrateurs de l'IPSEC, qui se réunit chaque mois. Elle peut accorder, le cas échéant, des aides financières sous forme de dons et / ou de prêts, en complément des dispositifs publics.

Notre déléguée sociale se tient à votre disposition pour vous conseiller, vous orienter ou étudier votre demande. N'hésitez pas à la contacter par téléphone au : **01.56.21.18.83** ou par mail à : fds@ipsecprev.fr.