idcp
Prévoyance complémentaire

GUIDE PRATIQUE À L'USAGE DU SUPER HÉROS

activités sociales de l'énergie
CCAS

PRÉVÉRE

www.ccas.fr

La solidarité, c'est notre protection

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 Nature et objet des garanties 5
2.1.2 Garanties « Toutes Causes » 7
2.1.2 Garanties « Accidentelles » 10
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 ? 12
2.3 Quelle est la différence avec le régime obligatoire ? 12
2.4 Comment optimiser la répartition entre les garanties « Décès Accidentel » et « Infirmité Accidentelle » ? 13

COMBIEN ÇA COÛTE ? 14
3.1 Quand je suis actif ? 14
3.3 En cas d'adhésion famille ? 14
3.4 Comment payer ma cotisation ? 18
3.5 Comment ma cotisation est-elle annuellement réajustée ? 18
3.6 Simulateur IDCP 18
3.7 Exemples de calcul de cotisation 18

QUESTIONS 21
4.1 Sur les formalités d'adhésion à IDCP 21
4.1.1 Comment puis-je adhérer ? 21
4.1.2 Ma famille peut-elle également adhérer ? 21
4.1.3 Les veufs et veuves CCAS peuvent-ils adhérer ? 21
4.1.4 Jusqu'à quandpuis-je adhérer ? 21
4.1.5 Quand dois-je remplir un questionnaire de santé ? 23
4.1.6 Quelles formules dois-je choisir si nous sommes deux agents en couple ? 23
4.1.7 Que m'apporte IDCP si j'ai d'autres contrats d'assurance de personnes à la CCAS ? 24
4.1.8 Quand mes garanties prennent-elles effet ? 24
4.1.9 Que dois-je faire en cas de modification de ma situation personnelle ? 24
4.2 Sur la vie du contrat 24
4.2.1 Comment modifier mes garanties ? 24
4.3 Sur la survenance d'un sinistre 25
4.3.1 Quelles sont les formalités à accomplir en cas d'accident ? 25
4.3.2 Les prestations sont-elles imposables ? 25

DOCUMENTS À RENVOYER 27
questionnaire de santé simplifié 28
questionnaire de santé complet 29
Bulletin individuel d'affiliation 31
Mandat de prélèvement SEPA 37

LEXIQUE 39

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 1er 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 :

- en souscrivant à des garanties non proposées par celui-ci ;
- ou par l'augmentation des garanties déjà proposées dans le cadre du régime obligatoire.

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 selon les garanties choisies).

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 au régime 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 vous verse le capital si :

- vous n'êtes pas encore à la retraite ;
- 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 pour les agents statutaires ou classé par la Sécurité sociale en 2e ou 3e 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 pour les agents non statutaire (conventionné ou médecin).

L'invalidité permanente handicap (IPH)

Elle 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 vous verse le capital si :

- vous n'êtes pas encore à la retraite ;
- 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 ;
- vous êtes mis en retraite d'office pour les agents statutaires ou classé par la Sécurité sociale en 2e ou 3e 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 pour les agents non statutaire (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.

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 également un veuf ou une veuve non remarié(e) d'agent ayant eu au moins un enfant avec l'agent et ce tant qu'il reste à charge, ou un conjoint divorcé non remarié ayant eu 3 enfants avec l'agent et étant affilié à la CAMIEG. Pour ouvrir un contrat IDCP, ce statut est indispensable ;
- assurés : Ce sont l'ensemble des personnes pour lesquelles un BIA (Bulletin Individuel d'Affiliation) peut être rempli. 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, d'infirmité ou d'invalidité (pour l'agent ouvrant droit). 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 Nature et objet des garanties

Le contrat IDCP propose un choix de garanties optionnelles que sont les garanties « Toutes causes » et « Accidentelle ». Au titre de ces deux garanties, des options sont également proposées.

Les garanties « Toutes causes » et « Accidentelle » se présentent ainsi :

- Garantie « Toutes causes »
  - Décès toutes causes : Elle se matérialise par le versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'assuré
  - Invalidité toutes causes : Elle se matérialise par le versement d'un capital à l'agent ouvrant droit uniquement en cas d'invalidité ;
  - Trois garanties en rente sont également accessibles optionnellement : la rente viagère de conjoint, la rente temporaire d'éducation et la rente survenance d'un handicap atteignant un enfant.
- Garantie « Accidentelle »

  Décès accidentel et ou infirmité permanente accidentelle : elle se matérialise par le versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'assuré ou à l'assuré lui-même lorsqu'il est reconnu en état d'infirmité permanente partielle (IPP) ou totale (IPT), consécutivement à un accident.

Il est à noter qu'au titre de la garantie Décès accidentel et/ou Infirmité permanente accidentelle, vous pouvez faire le choix d'être garanti soit contre les risques de décès et d'infirmité, soit uniquement pour l'un ou l'autre de ces deux risques.

En plus des deux garanties présentées ci-après deux garanties complémentaires vous sont proposées :

- une assistance « Famille » en cas d'accident est systématiquement accordée à l'ensemble des agents assurés et leur famille (conjoint, partenaires, concubin et enfant à charge) ;
- une assistance individuelle « hospitalisation par suite d'accident » est également accordée à l'ensemble des agents assurés de manière automatique. Par ailleurs, elle peut être souscrite en complément des précédentes garanties pour les autres personnes assurées.

Les garanties « Toutes causes » et/ou la garantie « Accidentelle » ainsi que les « garanties complémentaires » peuvent être souscrites, selon votre qualité, dans les conditions suivantes :

	Assuré			
Volet 1 : Garanties « Toutes Causes »	Agent	Conjoint	Enfant	Ascendant[1]
Capital en cas de décès Si vous êtes un agent en activité, la garantie inclut le capital en cas d'invalidité statutaire (ou conventionnelle) ou d'invalidité absolue et définitive	Oui	Oui	Oui	Oui
Capital en cas d'invalidité statutaire (ou conventionnelle) ou d'invalidité absolue et définitive[2]	Oui	Non	Non	Non
Rente viagère de «conjoint» en cas de décès[3]	Oui	Oui	Non	Non
Rente temporaire d'éducation en cas de décès[4]	Oui	Oui	Non	Non
Rente viagère si au sein de la famille, un enfant à charge de l'ouvrant droit naît handicapé ou est atteint d'un handicap[5]	Oui	Oui	Non	Non
Volet 2 : Garanties « Accidentelles »				
Capital en cas de décès et/ou d'infirmité permanente partielle (IPP) ou totale (IPT) Si vous êtes un agent en activité, la garantie inclut le capital en cas de mise en situation d'invalidité consécutive à un accident du travail	Oui	Oui	Oui	Oui
Volet 3 : Garanties complémentaires				
Assistance Famille[6]	Oui	Oui	Oui	Oui
Allocation en cas d'hospitalisation suite à un accident[7]	Oui	Oui	Oui	Oui

[1] Lorsque la garantie a été souscrite avant le 1er juillet 2017.

[2] La garantie « Capital en cas d'invalidité statutaire (ou conventionnelle) ou d'invalidité absolue et définitive » peut être souscrite seule.

[3] Vous devez avoir un « conjoint » au sens du contrat pour souscrire à la garantie Rente viagère de conjoint
Le « conjoint » ouvrant droit ne peut pas souscrire à la garantie Rente viagère de « conjoint ».

[4] Vous devez avoir au moins un enfant à charge au sens du contrat pour souscrire la garantie Rente d'éducation. La rente est viagère pour l'enfant handicapé.

[5] La garantie « survenance d'un handicap » n'est accordée qu'après 6 mois d'assurance au titre du contrat (délai de carence de 6 mois), sauf si le handicap résulte d'un accident.
Pour l'application de la garantie, le handicap de l'enfant ne doit en aucun cas avoir été médicalement constaté (reconnu, diagnostiqué et/ou traité) avant l'expiration de ce délai de carence.
La garantie étant familiale, elle n'est souscrite qu'une fois au sein d'une même famille et une seule rente sera versée par enfant handicapé.

[6] La garantie « Assistance Famille » est systématiquement accordée en complément des garanties « Toutes causes » et/ou « Accidentelles » dans tous les cas et à chaque assuré et aux membres de sa famille (conjoint, partenaire ou concubin et enfant à charge) tels qu'ils sont définis à l'article 1.

[7] La garantie « Hospitalisation accidentelle » est une garantie individuelle. Elle est systématiquement accordée à tous les agents assurés en complément des garanties « Toutes causes » et/ou « Accidentelle ». Elle ne peut être souscrite qu'en complément des garanties « Toutes causes » et/ou « Accidentelle » pour les autres personnes assurées.

2.1.2 Garanties « Toutes Causes »

2.1.2.1 Capital Décès et Invalidité

Comme évoqué précédemment, 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 ouvrant droit) lors de sa mise en situation d'invalidité statutaire ou conventionnelle, sa reconnaissance en état d'invalidité absolue et définitive, ou dans le cas de son invalidité permanente handicap.

Le conjoint assuré de l'agent (partenaire ou concubin) et l'enfant à charge sont couverts au titre de la garantie « toutes causes » pour le décès seulement.

Le capital en cas d'invalidité statutaire (ou conventionnelle) ou d'invalidité absolue et définitive est inclut dans la garantie « toutes causes » uniquement pour les agents ouvrants droit en activité.

L'agent peut néanmoins souscrire la garantie « capital en cas d'invalidité statutaire (ou conventionnelle) ou d'invalidité absolue et définitive, seule.

En tout état de cause, 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 uniquement)
- âge de l'assuré à la souscription ou à la modification de la garantie

Agent et/ou conjoint

Pour une souscription avant 54 ans inclus	Capital en pourcentage du salaire ou de la pension annuel brut de l'agent				
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 jusqu'à 70 ans inclus pour l'assuré sans enfant	50%	100%	150%	200%	
De l'âge de départ à la retraite + 12 mois jusqu'à 72 ans inclus pour l'assuré avec au moins un enfant à charge	50%	100%	150%	200%	400%

Pour une souscription à compter de 55 ans inclus	Capital en pourcentage du salaire ou de la pension annuel brut de l'agent			
De l'âge de départ à la retraite + 12 mois jusqu'à 70 ans inclus pour l'assuré sans enfant ou 72 ans inclus pour l'assuré avec 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.

À noter : pour le cas des ouvrants droites "conjoint" d'agent décédé, se reporter à la notice d'information.

Garanties « Toutes Causes » *(suite)*

Enfant à charge	Capital en pourcentage du PASS*
Juqu'à 11 ans inclus (couvert pour le risque 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%

* 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 vous concerne si vous êtes un agent et/ou un conjoint assuré. Les conjoints ouvrants droit ne peuvent y souscrire.

Cette dernière 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 décédera tard, plus la rente versée au conjoint sera faible. Son montant dépend par ailleurs du salaire annuel brut de l'ouvrant droit et de l'option retenue.

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 annuel brut 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 60e anniversaire.

2.1.1.3 Rente temporaire d'éducation en cas de décès

Cette garantie vous concerne si vous êtes un ouvrant droit ou un conjoint assuré.

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.

Pour l'enfant handicapé, le montant de la rente est fixé quel que soit l'âge et la rente est viagère.

Si l'enfant est orphelin de père et de mère, le montant de la rente sera doublé.

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 annuel brut 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 au profit de l'enfant à charge de l'assuré si cet enfant naît ou devient handicapé avant la date de ses 21 ans ou ses 26 ans s'il poursuit des études, et à charge fiscale de l'ouvrant droit ou de son conjoint.

La garantie est accordée à l'issue d'un délai de carence de six mois à partir de la date de souscription de cette dernière sauf si le handicap de l'enfant résulte d'un accident.

Le handicap de l'enfant ne doit en aucun cas avoir été médicalement constaté, reconnu, diagnostiqué, traité avant la date de souscription de la garantie ou de l'expiration du délai de carence.

Le montant de cette rente est fonction de votre salaire ou de de votre pension et de l'option retenue, uniformément quel que soit l'âge de l'enfant.

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

Dans le cas d'un « conjoint » ouvrant droit, il est possible de souscrire à cette garantie lors de sa demande d'adhésion au contrat en sa qualité d'ouvrant droit si le statut lui est accordé.

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.

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 annuel brut ou de la pension 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.

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 ;

consécutif à un accident hors exclusions du présent contrat.

L'assureur garantit le risque de décès résultant exclusivement d'un accident sous réserves des faits suivants entre autres : les accidents vasculaires cérébraux, le burn out, l'accident résultant de la pratique même à titre d'amateur d'un sport aérien, etc.

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.

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. Ce taux peut ainsi porter sur le seul risque de décès ou le seul risque d'infirmité permanente ou sur les deux risques.

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 pas possible de souscrire un capital décès pour les enfants de moins de 12 ans).

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

De plus, pour l'agent ouvrant droit en activité, la garantie inclut le capital en cas de mise en situation d'invalidité consécutive à un accident du travail.

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

Garanties « Accidentelles »*

- capital en cas de décès et/ou d'infirmité permanente, partielle ou totale
- âge de l'assuré à la souscription ou à la modification de la garantie

Agent et/ou conjoint	Capital en pourcentage du salaire annuel brut ou de la pension de l'agent				
Jusqu'à l'âge de départ à la retraite + 12 mois (79 ans inclus)	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 l'âge de départ à la retraite + 12 mois (79 ans inclus)	100%	200%	400%	600%	800%
Enfant à charge	**Capital en pourcentage du PASS**				
Jusqu'à 11 ans inclus, seule la garantie « infirmité » peut être souscrite pour l'enfant	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.

** Capital en pourcentage de la pension de réversion (veuf/veuve) ou de 60 % du PASS (PACS ou concubin) pour l'ouvrant droit « conjoint » d'un agent décédé.

2.1.2.2 Invalidité consécutive à un accident du travail

Cette garantie concerne l'agent ouvrant droit uniquement.

Dans le cas d'une invalidité entrainant 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 agent 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.

La notice d'informations Inter Mutuelle Assistance (IMA) détaillant l'ensemble des services associés à la garantie Assistance Famille est disponible sur le site de la CCAS pour plus d'informations.

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. Certaines d'entre elles vous sont proposées en Capital et/ou en rente.

2.3 Quelle est la différence avec le régime obligatoire ?

Comme énoncé en introduction, les agents statutaires bénéficient d'un régime obligatoire de prévoyance, peuvent être couverts pour les mêmes risques que certaines garanties du contrat IDCP.

Néanmoins, Pour mémoire, le régime obligatoire s'arrête à la mise en inactivité de l'agent contrairement à IDCP qui le couve jusqu'à 79 ans inclus pour certaines garanties (cas de la garantie «Accidentelle» par exemple).

Par ailleurs, aucune indemnisation n'est proposée au titre du risque d'infirmité. De même, 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 :

* Pour les garanties RO non accidentelles (décès et invalidité) et les garanties RO accidentelles (décès uniquement), il y a une majoration de 50 % pour conjoint, partenaire de PACS et concubin et une majoration par enfant à charge de 80 %.

Garanties RO accidentelles / IDCP accidentelles

		OD statutaire*	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.
* en % du salaire brut de l'agent
** en % du PASS

Garanties RO non accidentelles/IDCP toutes causes

		OD statutaire*	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%[5]	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).
[5] Pour la tranche de 0 à 15 ans inclus = 15 % ; Pour la tranche de 16 à 21 ans inclus = 20 %
* en % du salaire brut de l'agent
** en % du PASS

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 optimiser la répartition 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 annuel brut 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 toute l'année. Le montant de la cotisation représente donc 1/12e 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 annuel brut 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 annuel brut ou de la pension de l'agent				
Capital souscrit	50%	100%	150%	200%	400%
Taux de cotisation assuré de moins de 40 ans	0,030	0,060	0,090	0,120	0,240
Taux de cotisation assuré de 40 ans et plus	0,122	0,244	0,366	0,488	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	En pourcentage du salaire annuel brut 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 annuel brut 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 annuel brut de l'agent		
	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 annuel brut ou de la pension de l'agent et en fonction de la répartition retenue[1]				
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 annuel brut ou de la pension de l'agent et en fonction de la répartition retenue[1]				
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 et en fonction de la répartition retenue[1]				
Capital souscrit	100%				
Taux de cotisation	0,021				

[1] Capital égal au :
- Capital garanti selon la répartition pour le risque décès
- Capital garanti selon la répartition pour le risque d'infirmité proportionnelle au taux d'infirmité

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. Peut-être souscrite individuellement par les autres personnes assurées.

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 annuel brut 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 annuel brut 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	0,415	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.

3.4 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.

3.5 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.

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

3.6 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, d'éditer votre bulletin d'adhésion pré-rempli ainsi que les autres documents contractuels nécessaires.

Le simulateur IDCP présente 3 onglets principaux qui sont :

- votre situation personnelle : il convient de renseigner votre date de naissance, votre situation familiale 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.

3.7 Exemples de calcul de cotisation

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

Exemple 1

Informations sur l'agent :

Mme MARTIN est âgée de 58 ans.

Son conjoint, M. MARTIN est âgé de 57 ans.

Ils ont un enfant à charge âgé de 17 ans.

Mme 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 B
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 Mme 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 Mme Martin	58 ans
Âge de M. Martin	57 ans

Garantie	Taux de cotisation	Montant
Garantie N°1	0,166%	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 âgé de 56 ans.

Sa conjointe, M^me GRENIER est âgée de 47 ans.

Ils ont deux enfants à charge âgés tous les deux de 20 ans.

La pension mensuelle de M. GRENIER est de 1 000 euros.

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°4 « Toutes Causes » pour conjoint Capital Décès « Toutes Causes » à 200 %
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°5 « Toutes Causes » pour conjoint Rente viagère en cas de survenance d'un handicap atteignant un enfant option 30 %
N°3 « Toutes Causes » enfant 100 % du PASS à 100 % en Infirmité	N°6 « Toutes Causes » Rente viagère conjoint option 1

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

Information sur l'agent	
Pension mensuelle	1 000 €
Pension prise en compte dans le calcul de la cotisation	1 000 €
Âge de M^me Grenier	47 ans
Âge de M. Grenier	56 ans

Garantie	Taux de cotisation	Montant
Garantie N°1	0,498%	4,98 €
Garantie N°2	0,196%	1,96 €
Garantie N°3	0,021%	0,21€
Garantie N°4	0,488%	4,88 €
Garantie N°5	0,188%	1,88 €
Garantie N°6	0,36%	3,60 €
Prévoyance obligatoire	0%	0,00 €
Total		17,51 €

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.

CCAS
Direction Prévoyance et Assurances
Immeuble René le Guen
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 est à noter que toutes les pièces à caractère médical sont à adresser sous pli cacheté séparé, au Médecin Conseil de la CCAS, qui agit dans tous les cas en accord avec le Médecin Conseil de l'assureur.

Pensez également 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 ?

Vous pouvez demander l'affiliation des membres de votre famille au contrat, pour les garanties « Toutes causes » et/ou « Accidentelle ».

Il peut s'agir de :

- votre conjoint (partenaire ou concubin) ;
- de vos enfants à charge :
  - jusqu'à 21 ans ou jusqu'à 26 ans s'ils poursuivent des études ;
  - quel que soit leur âge si ils sont handicapés.

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. Il en est de même pour les conjoints divorcés ayant eu au moins trois enfants avec un agent. Il est à noter que pour être effectif, le conjoint doit demeurer non remarié, n'ait pas conclu un PACS et/ou ne vive pas en concubinage et soit affilié à la CAMIEG. Ce dernier pourra alors demander son adhésion au contrat ou la transformation de son affiliation au contrat pour des garanties identiques ou différentes.

Les garanties et les cotisations seront basées sur la pension de réversion ou, si vous étiez partenaire ou concubin, forfaitairement à hauteur de 60 % du PASS.

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	Âge de départ à la retraite et au plus tard à 79 ans inclus
Infirmité	Jusqu'à 79 ans inclus
Décès toutes causes	Jusqu'à 70 ans inclus ou 72 ans inclus si enfants à charge
Invalidité	Date de liquidation de la pension vieillesse
Rente de conjoint	Âge de départ à la retraite et au plus tard à 59 ans inclus
Rente éducation	Âge de départ à la retraite et au plus tard à 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 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 le conjoint

Décès accidentel	Âge de départ à la retraite et au plus tard à 79 ans inclus
Infirmité	Jusqu'à 79 ans inclus
Décès toutes causes	Jusqu'à 70 ans inclus ou 72 ans inclus si enfants à charge
Invalidité	SO*
Rente de conjoint	Âge de départ à la retraite et au plus tard à 59 ans inclus
Rente éducation	Âge de départ à la retraite et au plus tard à 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

* Sans objet

Limite d'âge à l'adhésion pour l'enfant	
Décès accidentel	Jusqu'à 21 ans ou 26 ans si études ou apprentissage ou sans limite d'âge pour l'enfant handicapé
Infirmité	
Décès toutes causes	
Invalidité	SO*
Rente de conjoint	SO*
Rente éducation	SO*
Rente survenance handicap	SO*
Limite de la garantie pour l'enfant	
Décès accidentel	De 12 ans jusqu'à 21 ans ou 26 ans si études ou apprentissage ou sans limite d'âge pour l'enfant handicapé
Infirmité	Jusqu'à 21 ans ou 26 ans si études ou apprentissage ou sans limite d'âge pour l'enfant handicapé
Décès toutes causes	De 12 ans jusqu'à 21 ans ou 26 ans si études ou apprentissage ou sans limite d'âge pour l'enfant handicapé
Invalidité	SO*
Rente de conjoint	SO*
Rente éducation	SO*
Rente survenance handicap	SO*

* Sans objet

4.1.5 Quand dois-je remplir un questionnaire de santé ?

Un questionnaire de santé vous sera demandé selon plusieurs cas.

4.1.5.1 En cas d'une adhésion aux garanties « Toutes Causes » (excepté pour la Rente survenance handicap et pour les enfants assurés)

- Si la demande d'affiliation ou de modification intervient plus de 6 mois après la date d'entrée en fonction de l'agent dans les IEG, vous devez compléter un questionnaire de santé complet.
- Pour les personnes de moins de 40 ans, un questionnaire simplifié sera à remettre.
- Pour les personnes de plus de 40 ans, un questionnaire complet sera à remettre.
- Si vous êtes un « conjoint » assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle à la date de votre demande d'affiliation ou de modification, vous devrez remplir un questionnaire de santé simplifiée voire complet.

Selon certains cas spécifiques un questionnaire de santé simplifié ou complet pourra vous être demandé. Nous vous invitons à vous reporter à la notice d'informations en cas de doute selon votre situation.

Il est à noter que les questionnaires médicaux, quels qu'ils soient, demeurent valables pendant 3 mois. Au-delà, un nouveau questionnaire devra être rempli par la personne à assurer.

4.1.5.2 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 diff érents en qualité d'agents ouvrants droit ou de vous affilier sur le même contrat, l'un en qualité d'agent ouvrant droit et l'autre en qualité de conjoint. 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 ouvrant droit.

Par ailleurs, si l'un des deux ouvrants droit a moins de 40 ans, les cotisations sont plus avantageuses pour cette personne.

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 disposez d'une ancienneté IDCP projetée à votre 65e anniversaire supérieure ou égale 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 ?

L'affiliation au contrat prend effet à la date de réception par la CCAS de l'ensemble des pièces contractuelles et sous réserve de l'acceptation du risque par l'assureur en cas de formalités médicales et du paiement de la première cotisation dans un délai maximum de 3 mois.

Les garanties prennent effet, pour chacun des assurés, à cette même date.

Ainsi pour les garanties « Accidentelles », celles-ci 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 à l'exception du 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 :

CCAS
Direction Prévoyance et Assurances
Immeuble René le Guen
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 demande de modification ou de résiliation partielle de garantie, celles-ci devront être présentées à la CCAS par le biais du Bulletin d'affiliation. Les garanties à conserver devront être cochées.

Dès que vos modifications sont agréées par la CCAS vous recevez un exemplaire du bulletin individuel d'affiliation portant la mention de l'agrément et la date d'effet de la modification.

Dans le cas où vos demandes de modifications ne seraient pas recevables, les exemplaires vous seront retournés avec les motifs de rejet.

Pour résilier l'intégralité de vos garanties, envoyez à la CCAS un courrier sur papier libre à l'adresse suivante :

4.3 Sur la survenance d'un sinistre

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

Les demandes de règlement de prestation seront présentées à l'assureur par l'intermédiaire de la CCAS ainsi que les prestations assurées (capital ou rente) qui vous seront versées sous conditions de la présentation des pièces indispensables au traitement de votre dossier sinistre.

L'ensemble des pièces requises sont à adresser à la CCAS qui agit par mandat de l'assureur.

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.

L'assureur se réserve cependant le droit de réclamer toute autre pièce complémentaire qui lui paraîtrait nécessaire à l'instruction et au règlement des prestations.

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.

Une fois les documents recensés, envoyez-les à l'adresse suivante :

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

4.3.2 Les prestations sont-elles imposables ?

Les prestations d'assurance perçues ne sont soumises ni à l'impôt sur le revenu ni aux prélèvements sociaux.

CONTRAT IDCP N° 93006.IDCP.01

DOCUMENTS À RENVOYER

CONTRAT IDCP N° 93006.IDCP.01

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 - 93104 Montreuil Cedex.

ADHÉRENT ☐ Madame ☐ Monsieur NIA .....

Nom et Prénom(s) .....

Nom de naissance .....

Date de Naissance I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Adresse .....

Code postal I__I__I__I__I__I Ville .....

Date d'entrée dans les IEG : I__I__I I__I__I I__I__I__I__I 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-confidentialisation 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 »

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

CONTRAT IDCP N° 93006.IDCP.01

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 40e 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 - 93104 Montreuil Cedex.

ADHÉRENT ☐ Madame ☐ Monsieur NIA .....

Nom et Prénom(s) .....

Nom de naissance .....

Date de Naissance I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Adresse .....

Code postal I__I__I__I__I Ville .....

Date d'entrée dans les IEG : I__I__I I__I__I I__I__I__I__I 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) ?		☐ Non ☐ Oui	Lesquelles ? Pourquoi ? Dates :
Au cours des 5 dernières années			
Avez-vous consulté pour :	des troubles psychiques (ex : anxiété, dépression, fatigue, stress, surmenage...) ?	☐ Non ☐ Oui	Dates et précisions :
	la colonne vertébrale (ex : hernie discale, lombalgie, sciatique...) ?	☐ Non ☐ Oui	Dates et précisions :
	une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (ex : épaule, genou, hanche...) ?	☐ Non ☐ Oui	Dates et précisions :
	un souffle cardiaque ?	☐ Non ☐ Oui	Dates et précisions :
	des troubles respiratoires (ex : asthme, bronchites récidivantes...) ?	☐ Non ☐ Oui	Dates et précisions :
Avez-vous fait l'objet d'admission(s) à l'hôpital ou en clinique sauf maternité ?		☐ Non ☐ Oui	Dates et précisions :
Avez-vous eu un traitement médical de plus d'un mois (ex : pour cholestérol, diabète, hypertension artérielle...) ?		☐ Non ☐ Oui	Lequel et pour quelle affection ?
Avez-vous eu un ou plusieurs arrêt(s) de travail de plus d'un mois ?		☐ Non ☐ 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 ?	☐ Non ☐ 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) ?	☐ Non ☐ Oui	Dates et précisions : Résultats :
Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C), VIH (virus du sida) ?		☐ Non ☐ Oui	☐ VHB Date : Résultat : ☐ Négatif ☐ Positif ☐ VHC Date : Résultat : ☐ Négatif ☐ Positif ☐ VIH Date : Résultat : ☐ Négatif ☐ 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...) ?		☐ Non ☐ Oui	Pour quelle raison ? Date d'attribution de la 1re exonération ? Est-elle toujours en cours ?

CONTRAT IDCP N° 93006.IDCP.01

QUESTIONNAIRE de santé complet (SUITE)

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

Solimut Mutuelle de France

Cadre réservé à la CCAS

idcp Prévoyance complémentaire

CCAS
Caisse Centrale d'Activités Sociales du Personnel des Industries Electrique et Gazière
www.ccas.fr

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 : 0 800 00 50 45

☐ Demande d'affiliation ☐ Demande de modification Date d'effet de l'affiliation/modification I__I__I I__I__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 I__I__I__I__I
Adresse .....
Code postal I__I__I__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__I I__I__I__I__I Classement : NR I__I__I__I Échelon I__I__I Majoration résidentielle I__I__I
Si pensionné, n° de pension ..... Salaire/pension annuel brut .....€
CAS de (précisez en toutes lettres) ..... SLVie n° I__I__I

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 temporaire 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 ☐ Non Si oui, indiquez la répartition (de 0 à 100) 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.

10/2017 - En cas d'acceptation de la demande, ce document a valeur de Conditions Particulières.

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 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 2016/679 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.

Fait à ..... le .....

Signature de l'assuré(e) :
(à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

Solimut Mutuelle de France - Siège administratif CS 31 401 - 13785 Aubagne. Siège social 47 rue Maurice Flandin 69003 Lyon. Entité soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 61 Rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09).
SIREN 383 143 617. Mutuelle adhérente à Solimut Mutuelles de France, Union Mutualiste de Groupe, régie par le code de la mutualité. SIREN 539 793 885.

Solimut Mutuelle de France

Cadre réservé à la CCAS

idcp Prévoyance complémentaire

CCAS Caisse Centrale d'Activités Sociales du Personnel des Industries Electrique et Gazière
www.ccas.fr

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 : 0 800 00 50 45

☐ Demande d'affiliation ☐ Demande de modification Date d'effet de l'affiliation/modification I__I__I I__I__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 I__I__I__I__I
Adresse .....
Code postal I__I__I__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__I I__I__I__I__I Classement : NR I__I__I__I Échelon I__I__I Majoration résidentielle I__I__I
Si pensionné, n° de pension ..... Salaire/pension annuel brut .....€
CAS de (précisez en toutes lettres) ..... SLVie n° I__I__I

IDENTIFICATION DU CONJOINT ASSURÉ

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom et Prénom(s) .....
Nom de naissance ..... Date de Naissance I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
Adresse .....
Code postal I__I__I__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 .....
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 temporaire 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 ☐ Non Si oui, indiquez la répartition (de 0 à 100) 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.

10/2017 - En cas d'acceptation de la demande, ce document a valeur de Conditions Particulières.

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 2016/679 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.

Fait à ..... le .....

Signature de l'assuré(e) :
(à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

Solimut Mutuelle de France - Siège administratif CS 31 401 - 13785 Aubagne. Siège social 47 rue Maurice Flandin 69003 Lyon. Entité soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 61 Rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09).
SIREN 383 143 617. Mutuelle adhérente à Solimut Mutuelles de France, Union Mutualiste de Groupe, régie par le code de la mutualité. SIREN 539 793 885.

Solimut Mutuelle de France

Cadre réservé à la CCAS

idcp Prévoyance complémentaire

CCAS
Caisse Centrale d'Activités Sociales du Personnel des Industries Electrique et Gazière
www.ccas.fr

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 : 0 800 50 45

☐ Demande d'affiliation ☐ Demande de modification Date d'effet de l'affiliation/modification I__I__I I__I__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 I__I__I__I__I
Adresse .....
Code postal I__I__I__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__I I__I__I__I__I Classement : NR I__I__I__I Échelon I__I__I Majoration résidentielle I__I__I
Si pensionné, n° de pension ..... Salaire/pension annuel brut .....€
CAS de (précisez en toutes lettres) ..... SLVie n° I__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 I__I__I__I__I
Adresse (si différente de l'ouvrant droit) .....
Code postal I__I__I__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 »	☐ Oui ☐ Non
en % du plafond annuel de la Sécurité sociale	
De 12 à 21 ans ou 26 ans**	☐ 100%
Décès et/ou infirmité permanente par accident	☐ Oui ☐ Non — Si oui, indiquez la répartition (de 0 à 100) entre le capital Décès ☐ et le capital Infirmité ☐
en % du plafond annuel de la Sécurité sociale	
Jusqu'à 11 ans inclus (seulement infirmité permanente par accident)	☐ 100%
De 12 à 21 ans ou 26 ans**	☐ 100%
Hospitalisation par suite d'accident	☐ Oui ☐ 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.

10/2017 - En cas d'acceptation de la demande, ce document a valeur de Conditions Particulières.

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 2016/679 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.

Fait à ..... le .....

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

Solimut Mutuelle de France - Siège administratif CS 31 401 - 13785 Aubagne. Siège social 47 rue Maurice Flandin 69003 Lyon. Entité soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 61 Rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09).
SIREN 383 143 617. Mutuelle adhérente à Solimut Mutuelles de France, Union Mutualiste de Groupe, régie par le code de la mutualité. SIREN 539 793 885.

MEG 1990

MANDAT PRELEVEMENT

SEPA

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

C C A S
Caisse Centrale d'Activités Sociales du Personnel des Industries Electrique et Gazière

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.

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* :

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER	
Nom*	
Prénom*	
Adresse*	
Code Postal*	
Ville*	
Pays*	

ORGANISME CRÉANCIER
GIE FMP GESTION COTISATIONS
CS 71121 75134 PARIS CEDEX 11

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 :
☒ Le 5 du mois

Prélèvement :
☒ Mensuel

Signé à * _____ Le* _____

Signature*

papiers Avec Ecofolio tous les papiers se recyclent.

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 nécessitées 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

Agent statutaire

Ouvriers, employés, agents de maîtrise, cadres administratifs et techniques en situation d'activité ou d'inactivité, régis par le statut national du Personnel des Industries Électrique et Gazière

Agent non statutaire

Personnel ne bénéficiant pas du statut National du Personnel des Industries Electrique et Gazière (Agent contractuel de la CCAS, permanent des CAS, praticien de la CCAS, Médecin du travail ou conseil)

Assiette

- **Pour l'ouvrant droit ou pour le 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 13/12e 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 enfants 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.

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.

I

IEG

Industries Électrique et Gazière.

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

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

www.ccas.fr

PREVERE

Solimut Mutuelle de France

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

DOCUMENT NON CONTRACTUEL,
excepté le bulletin d'affiliation, le questionnaire de santé et le mandat de prélèvement SEPA.

Conception Réalisation OptiComRH - Édition 2019/10 - Crédit photo Shutterstock & Fotolia