

Contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire n° IPS20250000001P

Notice d'information de l'agent

- Garanties applicables à compter du 1^{er} janvier 2025 -



CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DU TERRITOIRE DE BELFORT (CDG 90)

Agissant tant pour son propre compte que pour le compte des collectivités qui suivent par mandat : la Ville de Belfort, Grand Belfort Communauté d'Agglomération, les communes de Bavilliers, Delle, Valdoie, et les communautés de communes du sud territoire et des Vosges du sud, le Conseil départemental du Territoire de Belfort

Préambule

Votre collectivité a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire au bénéfice de ses agents auprès de :

IPSEC
Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
SIREN n° 775 666 357

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

Toute information complémentaire peut être obtenue auprès du gestionnaire de votre contrat :

VIVINTER
Département des Collectivités Locales
EQUINOX
23 allée de l'Europe
92613 Clichy
@ : collectivite.gestionprev@vivinter.fr
☎ 01 44 20 47 67

Désignation de bénéficiaires :

Conformément à l'article de la présente notice d'information relatif aux bénéficiaires du capital décès, vous n'êtes pas tenu de remplir une désignation de bénéficiaires. En effet, en l'absence de désignation, c'est l'ordre de désignation décrit dans la présente notice d'information qui s'applique. Toutefois, si vous souhaitez une désignation différente, il convient alors de remplir une désignation de bénéficiaires. Cette désignation s'effectue uniquement en ligne, via le portail dédié <https://beneficiaire.ipsecprev.fr>

En cas de question relative à la désignation de bénéficiaires en cas de décès, contactez le gestionnaire de votre contrat dont les coordonnées figurent ci-dessus.



Désignation de bénéficiaire(s) en ligne

Si vous avez souscrit une garantie décès et souhaitez compléter ou actualiser votre désignation de bénéficiaire(s), un service permet la saisie et l'enregistrement en ligne de vos bénéficiaires si l'ordre préétabli, indiqué dans votre contrat, ne vous convient pas.

Ce service est accessible via un portail dédié :

<https://beneficiaire.ipsecprev.fr>

Simple et rapide, ce nouveau service permet une démarche assurant la confidentialité des données transmises.



Sommaire

ARTICLE 1 - Définitions.....	5
ARTICLE 2 - Dispositions relatives à l'affiliation au contrat	6
ARTICLE 3 - Date de prise d'effet des garanties / Suppression, modification ou souscription de nouvelles garanties	8
ARTICLE 4 - Suspension des garanties	8
ARTICLE 5 - Maintien des prestations.....	9
ARTICLE 6 - Date de cessation de l'affiliation.....	9
ARTICLE 7 - Date de cessation des garanties	9
ARTICLE 8 - La base des garanties et l'assiette des cotisations	9
LES GARANTIES OBLIGATOIRES.....	13
ARTICLE 9 - Garantie Incapacité Temporaire de Travail.....	13
ARTICLE 10 - Garantie Invalidité/Incapacité Permanente	18
LES GARANTIES OPTIONNELLES.....	21
ARTICLE 11 - Renfort Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité/Incapacité Permanente.....	21
ARTICLE 12 - Renfort Incapacité Temporaire de Travail plein traitement, Longue maladie, longue durée ou maladie grave	23
ARTICLE 13 - Garantie Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes du participant	24
ARTICLE 14 - Garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) doublement accident (uniquement en cas de souscription au niveau 2 de la Garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes du participant à l'article 13 ci-dessus)	27
ARTICLE 15 - Garantie double effet (uniquement en cas de souscription au niveau 2 de la Garantie Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes du participant à l'article 13 ci-dessus)	28
ARTICLE 16 - Garantie Rente éducation	29
ARTICLE 17 - Garantie Perte de retraite - Garantie exclusivement réservée aux agents relevant de la CNRACL	31
ARTICLE 18 - Garantie dépendance.....	32
ARTICLE 19 - Revalorisation des prestations	32
ARTICLE 20 - Délais de présentation des demandes de versement de prestations - Forclusion	33
ARTICLE 21 - Modalités et délai de versement des prestations.....	33
ARTICLE 22 - Exclusions.....	34
ARTICLE 23 - Obligations liées à la territorialité.....	35
ARTICLE 24 - Contrôle médical	35
ARTICLE 25 - Réclamation - Médiation	37
ARTICLE 26 - Recours - Prescription des actions.....	37
ARTICLE 27 - Appréciation du risque et fausse déclaration intentionnelle.....	38
ARTICLE 28 - Déchéance	39
ARTICLE 29 - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme – Gel des avoirs – Lutte contre la corruption sanctions économiques et financières.....	40
ARTICLE 30 - Confidentialité.....	40
ARTICLE 31 - Secret professionnel.....	40
ARTICLE 32 - Règlement général sur la protection des données (RGPD)	40
ARTICLE 33 - Autorité de contrôle.....	43

Le fonctionnement de votre régime

ARTICLE 1 - Définitions

La collectivité adhérente :

La collectivité territoriale ou l'établissement public qui a souscrit ou a adhéré au présent contrat, au bénéfice de ses agents. Elle est dénommée « collectivité adhérente » à compter de la prise d'effet du contrat ou de son adhésion au contrat.

Le participant :

Les agents de la collectivité adhérente.

Par agent de la collectivité adhérente, il faut entendre les agents suivants :

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

Ayants droit :

- **le conjoint** : le conjoint s'entend de l'époux ou de l'épouse du participant, tel(le) que défini(e) par le Code civil, non divorcé(e) suite à un jugement devenu définitif et non séparé(e) de corps judiciairement.
- **le partenaire de P.A.C.S.** : le partenaire de P.A.C.S. s'entend de la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (P.A.C.S.) au sens de l'article 515-1 du Code civil.
- **le concubin** : le concubin s'entend de la personne vivant sous le même toit que le participant, leur vie commune devant présenter un caractère de stabilité et de continuité au sens de l'article 515-8 du Code civil. La vie commune doit être d'une durée d'un an ou plus établie de façon notoire. La condition de vie commune d'un an n'est pas exigée lorsqu'un ou plusieurs enfants sont nés de cette union.

Le participant et son concubin doivent être célibataires, veufs ou divorcés au sens du Code civil, et non liés par un PACS.

- **les enfants à charge** : les enfants à charge, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs (adoption simple ou plénière), naturels ou recueillis (tels que définis ci-après), sont ceux :
 - du participant ;
 - de son conjoint ;
 - de son partenaire lié par un P.A.C.S. ;
 - de son concubin.

En outre, les enfants doivent être à la charge du participant ou des ayants droit mentionnés ci-dessus. Sont considérés comme à charge :

- les enfants du participant à naître dans les 300 jours après le décès du participant ou nés viables ;
- les enfants mineurs sans condition ;

- les enfants majeurs jusqu'à 26 ans non révolus (c'est-à-dire ne pas avoir dépassé la date anniversaire des 26 ans), entrant en compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus du participant, ou non imposables et s'ils justifient, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ou d'être en période de césure ;
 - d'être volontaire du service civique ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès de France travail comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un Centre d'Aide par le Travail en tant que travailleurs handicapés.
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26ème anniversaire, d'un taux supérieur ou égal à 80% tel que défini par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées), justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé. Toutefois, les enfants perdent la qualité d'ayant droit dès qu'ils ne sont plus titulaires de la carte d'invalidité civil ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

Il faut entendre par enfant recueilli l'enfant qui vit au foyer du participant et :

- qui est fiscalement à la charge du participant, de son conjoint, de son partenaire à un P.A.C.S. ou de son concubin
- et pour lequel les parents ne sont pas tenus au versement d'une pension alimentaire.

La qualité d'enfant à charge en tant qu'ayant droit s'apprécie à la date de survenance du sinistre.

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

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

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

ARTICLE 2 - Dispositions relatives à l'affiliation au contrat

L'adhésion de la collectivité engendre l'affiliation automatique aux garanties minimales obligatoires du socle de base, de tous les agents en activité normale de service à la date de mise en place de la convention par la collectivité.

Le participant choisit les garanties optionnelles auxquelles il souhaite adhérer, dans le bulletin d'adhésion.

Les agents des petites collectivités rempliront le bulletin d'adhésion papier tandis que les agents de Belfort/GBCA et du Conseil départemental utiliseront l'outil d'adhésion en ligne.

L'entrée dans l'assurance s'effectue sans formalités médicales.

Il est à noter que conservent la qualité de bénéficiaires actifs les agents placés dans une position ou une situation n'impliquant pas l'accomplissement effectif de leurs fonctions et percevant une rémunération, une prestation en espèces ou une allocation, versée par leurs employeurs ou un organisme de Sécurité sociale ainsi que les agents placés en disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou tout dispositif de même nature. Il s'agit, par exemple, des agents placés en congé parental, en disponibilité pour raison de santé, en congé de présence parentale, en congé de proche aidant ou encore en congé de solidarité familiale.

Cas particulier :

- **Les agents en période de préparation au reclassement (PPR)** sont assimilés à des agents en activité normale de service. Par conséquent, leurs conditions d'adhésion sont soumises aux mêmes règles que les agents en activité normale de service.
- **Les agents en maladie ordinaire, en congé de longue maladie, en congé de longue durée, en grave maladie, en maintien du demi-traitement en attente de l'avis du Conseil médical, en disponibilité d'office pour raison de santé ou à temps partiel thérapeutique, à la date de prise d'effet du contrat, pourront adhérer au contrat dans les conditions suivantes :**
 - à l'issue d'une reprise effective de leur activité au moins égale à 30 jours continus pour les agents non couverts précédemment par un contrat de même nature,
 - Immédiatement pour les agents couverts par un contrat de même nature antérieurement à la date de leur demande d'adhésion.
- **Les agents en disponibilité pour convenances personnelles d'office à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie, ainsi que les agents en situation de maintien du demi-traitement par l'employeur** au titre de l'article 17 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique territoriale et relatif à l'organisation des Conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux, seront affiliés au contrat dès qu'ils réintègreront un emploi en activité normale de service.

Sont dispensés d'affiliation :

- les agents relevant du service de remplacement du Centre de gestion lorsque leur contrat initial ou le cumul d'engagement **n'atteint pas au moins 12 mois auprès de la même collectivité de mise à disposition**,
- les agents à temps non complet dont la durée de travail est inférieure ou égale à 90 % d'un temps plein et dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute,
- les agents et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.

ARTICLE 3 - Date de prise d'effet des garanties / Suppression, modification ou souscription de nouvelles garanties

Date d'effet des garanties

L'affiliation des agents prend effet à la même date que le contrat ou l'adhésion de la collectivité adhérente ou à la date de leur entrée dans la catégorie assurée (embauche, cessation d'une dispense d'affiliation ...).

Le participant bénéficie des garanties à partir de la date d'effet de son affiliation au contrat.

Suppression, modification ou souscription à de nouvelles garanties

Le participant peut demander la suppression de garanties, le changement de formules de garanties ou la souscription à de nouvelles garanties sans formalités médicales et sans préavis, pendant les 6 premiers mois qui suivent son affiliation aux garanties de base obligatoires.

Ces changements prennent effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'affiliation de l'agent ou de validation du bulletin dans l'outil d'adhésion en ligne.

Au-delà du délai de 6 mois, le changement de formules de garanties à la hausse, la souscription à de nouvelles garanties seront possibles à tout moment de l'année (sauf en cas de sinistre en cours) mais ne seront acquises qu'après application d'un délai de carence de 6 mois.

Ces changements prennent effet au 1^{er} jour du mois suivant la période de carence.

Le changement de garanties à la baisse pourra être demandé une fois par an, moyennant un préavis de 2 mois avant l'échéance du contrat, soit au 31 octobre de l'année en cours.

Ces changements prendront effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.

La suppression de garanties, le changement de formules de garanties, la souscription à de nouvelles garanties ne seront acquises que sous réserve que l'agent soit en activité normale de service.

ARTICLE 4 - Suspension des garanties

Les garanties sont suspendues :

- en cas d'exclusion temporaire de fonctions du participant par la collectivité adhérente ou le cas échéant, d'une mise à pied disciplinaire, pour la durée la mesure disciplinaire ;
- en cas de détachement du participant dans une autre collectivité ;
- en cas de radiation des effectifs de la collectivité pour mobilité professionnelle ;
- lorsque le participant est placé en disponibilité à sa demande pour convenances personnelles ou en congé parental.

Les garanties reprennent le jour qui suit la date de sa reprise d'activité, sous réserve du paiement des cotisations.

Le participant peut néanmoins, à titre individuel, conserver le bénéfice de sa garantie décès- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) durant la période de suspension, sous réserve qu'il prenne en charge l'intégralité des cotisations, en demandant son adhésion au contrat spécifique prévu à cet effet, dans un délai de 6 mois.

- en cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de celles-ci par la collectivité adhérente.

La suspension des garanties est sans effet sur le versement des prestations en cours de service jusqu'au terme prévu pour chacune des garanties prévues au contrat.

ARTICLE 5 - Maintien des prestations

En cas de résiliation du présent contrat, le service des prestations est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation et se poursuit jusqu'au terme contractuel prévu pour chaque garantie.

ARTICLE 6 - Date de cessation de l'affiliation

L'affiliation du participant cesse dans l'un des cas suivants :

- à la date à laquelle le participant ne remplit plus les conditions visées à l'article 1 de la présente notice d'information,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date de liquidation de la pension de retraite ou la date à laquelle le participant a atteint l'âge au-delà duquel il ne peut plus continuer à exercer ses fonctions, sauf prolongation d'activité ou maintien en fonction,
- à la date d'effet de la radiation du participant des effectifs de la collectivité adhérente,
- à la date d'effet de la résiliation du présent Contrat,
- à la date du décès du participant.

ARTICLE 7 - Date de cessation des garanties

Les garanties cessent à la date de cessation de l'affiliation.

ARTICLE 8 - La base des garanties et l'assiette des cotisations

Base des garanties

La base de garantie est définie comme étant :

- **Pour les agents titulaires et stagiaires** : le traitement indiciaire annuel perçu au cours des douze derniers mois précédant le sinistre, augmenté de la NBI (Nouvelle Bonification Indiciaire) et du régime indemnitaire, brut annuel.

Il est à noter qu'en cas de souscription de la garantie Perte de retraite visée à l'article 17 de la présente notice d'information, la base de garantie repose uniquement sur les éléments de rémunération (traitement indiciaire et NBI) utilisés dans le calcul de la pension de retraite. A cet effet, le régime indemnitaire ne sera pas intégré à la garantie perte de retraite.

- **Pour les agents contractuels de droit public** : le traitement indiciaire annuel perçu au cours des douze derniers mois précédant le sinistre et du régime indemnitaire brut annuel. En cas d'indemnisation, si le contrat prévoyance vient en complément des indemnités journalières de la Sécurité Sociale, le précompte de la cotisation de l'agent est perdu.
- **Pour les agents titulaires, en cas de congé de formation professionnelle** ne donnant pas lieu à maintien de traitement, la base de garantie est définie à partir des indemnités perçues à ce titre.

Il convient d'entendre au titre du présent article :

- **Le traitement indiciaire**

Le traitement indiciaire brut annuel est donné par la formule IT x VP.

IT : Indice de Traitement majoré du participant.

VP : Valeur du Point de l'indice.

- **La NBI (nouvelle bonification indiciaire)**

Par N.B.I., il faut entendre la majoration indiciaire octroyée par la collectivité adhérente au cours des douze derniers mois précédant le sinistre, lorsque le participant occupe une fonction ouvrant droit à ladite NBI.

- **Le RI (régime indemnitaire)**

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

Les agents contractuels de droit privé ne bénéficient pas du régime indemnitaire.

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

L'IPSEC prend en charge le régime indemnitaire à la condition qu'il ait été déclaré dans l'assiette de cotisation et qu'il ne fasse pas l'objet d'un maintien par la collectivité adhérente.

En l'absence du maintien du régime indemnitaire par la collectivité, les prestations de base versées par l'Institution seront soumises à une limite de :

- 40% en cas de maladie ordinaire (45% à 50% pour les prestations optionnelles si souscrites par l'agent) ;
- 90% en cas de longue maladie, longue durée ou maladie grave, ainsi que lors d'un placement ou d'une reprise à temps partiel thérapeutique (95% à 100% si les prestations optionnelles ont été souscrites par l'agent).

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

- **Congé de formation professionnelle**

Pour les participants en formation professionnelle et qui ne perçoivent plus de traitement, la base de garantie sera calculée sur les indemnités perçues.

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

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

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

Assiette des cotisations

L'assiette des cotisations est déterminée comme suit :

- **garantie Incapacité Temporaire Totale de travail :**
 - Pour les participants recrutés à temps complet, travaillant à temps complet : 100 % de la base de garantie exprimée en brut.
 - Pour les participants travaillant à temps partiel : fraction de la base de garantie exprimée en brut, correspondant à la quotité de travail effectuée.
 - Pour les participants travaillant à temps partiel sur un poste à temps complet : l'assiette des cotisations doit tenir compte des coefficients affectés au traitement indiciaire augmenté le cas échéant, de la NBI / à la rémunération : 32/35^e pour un agent qui travaille à 90 %, 6/7^e pour un participant qui travaille à 80 %. Pour les autres cas, il convient de retenir le pourcentage du temps partiel.
 - Pour les participants recrutés à temps non complet : fraction de la base de garantie exprimée en brut, correspondant à la quotité de travail effectuée.
- **garanties Invalidité Permanente, Perte de Retraite consécutive à une Invalidité Permanente, Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes, Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentels, rente éducation, rente de conjoint :**
 - 100 % de la base de garantie exprimée en brut.

Pour les participants dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis.

Garanties prévoyance

Le participant est obligatoirement couvert par le régime de base intégrant les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité/Incapacité Permanente (niveau de couverture à 90 %).

Afin de renforcer sa couverture, le participant peut également lors de son affiliation au contrat souscrire aux garanties optionnelles suivantes :

- Renfort Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité/Incapacité Permanente (niveaux optionnels 1 à 95 % ou 2 à 100 %),
- Renfort Incapacité Temporaire de Travail plein traitement, Longue maladie, Longue durée ou Maladie grave (niveaux optionnels 1 à 95% ou 2 à 100%) : **le niveau d'indemnisation est forcément identique à celui qui est choisi par le participant pour la garantie obligatoire réservée aux agents percevant le régime indemnitaire. Cette indemnisation intervient dès que le participant est à demi-traitement,**
- Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes (niveaux optionnels 1 ou 2),
- Rente éducation (niveaux optionnels 1 ou 2),
- Perte de retraite, **exclusivement dédiée aux agents relevant de la CNRACL.**

Le participant choisit les garanties optionnelles auxquelles il souhaite adhérer, dans le bulletin d'adhésion.

Pour les agents ayant dépassé l'âge légal de départ en retraite et poursuivant leur activité :

Lors de son affiliation au contrat, si l'agent a déjà dépassé l'âge légal de départ en retraite, il cotisera au minimum pour les 2 garanties du socle de base « Incapacité temporaire de travail (ITT) + Invalidité permanente », qui sont indissociables et **sera couvert pour la garantie « ITT » uniquement.**

En cas de placement en Retraite pour Invalidité, la garantie « Invalidité permanente » du socle de base obligatoire n'interviendra pas.

Engagement maximum de l'IPSEC :

Les prestations dues par l'IPSEC en cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes causes (PTIA) sont limitées par participant à quatre-vingt fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Dans ce plafond, entrent en ligne de compte les capitaux garantis et les capitaux constitutifs des rentes à servir.

LES GARANTIES OBLIGATOIRES

ARTICLE 9 - Garantie Incapacité Temporaire de Travail

Définition

Est considéré en état d'incapacité temporaire de travail, le participant réunissant simultanément, pendant la période de garantie, les deux conditions suivantes :

- être temporairement inapte, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une maladie ou d'un accident constaté(e) médicalement,
- percevoir à ce titre des prestations de sa collectivité en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale, ou percevoir à ce titre des prestations d'un régime social obligatoire au titre de l'assurance maladie,
- ne plus percevoir son plein traitement.

La garantie est due si le participant est reconnu en état d'Incapacité Temporaire de Travail.

L'IPSEC se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies à l'article 24 de la notice d'information.

Objet de la garantie et montant de la prestation

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

Les prestations sont détaillées dans les tableaux ci-dessous. Les montants indiqués sont présentés déduction faite des sommes perçues au cours du mois (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité Sociale, indemnités versées par l'employeur).

Garantie Obligatoire Incapacité temporaire de travail (ITT)	Socle de base obligatoire
Agents CNRACL	
Congé pour raison de santé, disponibilité d'office pour raison de santé et maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du Conseil médical, dès la perception du demi-traitement	90% TBI + NBI + RI net
Congé de longue maladie et de longue durée en période de plein traitement, soit la prise en charge du régime indemnitaire en l'absence de maintien par l'employeur	Jusqu'à 90% RI net en complément des obligations statutaires de l'employeur
Temps partiel pour motif thérapeutique, y compris si précédé d'un congé pour raison de santé ou d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service, soit la prise en charge du régime indemnitaire en l'absence de maintien par l'employeur	Jusqu'à 90% RI net en complément des obligations statutaires de l'employeur

Garantie Obligatoire Incapacité temporaire de travail (ITT)	Socle de base obligatoire
Fonctionnaires à temps non complet relevant de l'IRCANTEC	
Congé pour raison de santé, disponibilité d'office pour raison de santé et maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du Conseil médical, dès la perception du demi-traitement (maintien de la moitié de la rémunération habituelle)	90% TBI + NBI + RI net
Congé de grave maladie dès la date d'attribution de ce congé	Jusqu'à 90% RI net en complément des obligations statutaires de l'employeur
Temps partiel pour motif thérapeutique	90% TBI + NBI + RI net

Garantie Obligatoire Incapacité temporaire de travail (ITT)	Socle de base obligatoire
Contractuels de droit public	
Congé de maladie et congé de grave maladie et tout arrêt de travail de moins de 1 095 jours (avec franchise 30 jours non imputable au service), dès perception d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	90% TBI + RI net
Congé de grave maladie en période de plein traitement, soit la prise en charge du régime indemnitaire en l'absence de maintien par l'employeur	Jusqu'à 90% RI net en complément des obligations statutaires de l'employeur
Temps partiel thérapeutique	90% TBI + RI net

Garantie Obligatoire Incapacité temporaire de travail (ITT)	Socle de base obligatoire
Contractuels de droit privé	
Arrêt de travail de moins de 1 095 jours, (avec franchise 30 jours si non imputable au service), dès perception d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale	90% rémunération nette
Temps partiel thérapeutique	90% rémunération nette

Service de la prestation

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

La prestation est versée :

Pour les agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL :

- En cas de Maladie Ordinaire (MO) : en complément des droits statutaires à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail.
- En cas de Congé de Longue Maladie (CLM) : en complément des droits statutaires à compter du 366^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail ; soit à partir de la 2^{ème} année et jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.
- En cas de Congé de maladie de Longue Durée (CLD) : en complément des droits statutaires à compter du 1096^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'à la fin de la 5^{ème} année d'arrêt de travail.
- En cas de Congé de longue durée à la suite d'une maladie contractée en service : en complément des droits statutaires à compter de la 6^{ème} année jusqu'à la fin de la 8^{ème} année.
- En cas de mise en disponibilité d'office pour les agents titulaires à la suite d'épuisement des droits statutaires, ainsi que ceux en attente de la Commission de réforme ou Comité médical, la garantie s'applique dans la limite de 1 095 jours d'indemnisation.
- Toutefois, les agents placés en disponibilité d'office pour raison de santé seront pris en charge par l'IPSEC dans l'attente d'une décision de la Commission de réforme ou du Comité médical, et de la notification de leur passage en Retraite pour Invalidité.

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

- En cas de Maladie Ordinaire (MO) : en complément des droits statutaires à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail et jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail.
- En cas de Congé de Grave Maladie (CGM) : à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année, soit jusqu'au 1 095^{ème} jour.
- En cas de mise en disponibilité d'office à la suite d'épuisement des droits statutaires ainsi que ceux en attente de la Commission de réforme ou Comité médical, la garantie s'applique dans la limite de 1 095 jours d'indemnisation.
- Toutefois, les agents placés en disponibilité d'office pour raison de santé seront pris en charge par l'IPSEC dans l'attente d'une décision de la Commission de réforme ou du Comité médical, et de la notification de leur licenciement pour inaptitude physique.

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

- En cas de Maladie Ordinaire (MO) : intervention de l'IPSEC en complément des droits statutaires, pour les agents :
 - ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à partir du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu, et lorsque le participant subit une perte de salaire,
 - ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à partir du 61^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu, et lorsque le participant subit une perte de salaire,
 - ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque le participant subit une perte de salaire,
- En cas de Congé de Grave Maladie (CGM) : intervention de l'IPSEC à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année. Ces prestations sont versées jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail.

Le versement des prestations cesse dès la fin de l'indemnisation des prestations statutaires ou de la Sécurité sociale. Elles cessent également dès que le participant a repris une activité professionnelle.

En cas de rétablissement du plein traitement par la collectivité adhérente à effet rétroactif, pour la période indemnisée au titre de la garantie, lorsque le participant est placé en congé de grave maladie, les indemnités versées par l'IPSEC doivent lui être remboursées intégralement.

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

- En cas d'arrêt maladie : intervention de l'IPSEC en complément des droits ouverts par le régime général de la Sécurité sociale, c'est-à-dire des indemnités journalières (IJ) versées au titre des prestations en espèce dans les conditions suivantes :
 - arrêt de travail inférieur à 6 mois : avoir travaillé au moins 150 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt de travail OU avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt de travail ;
 - arrêt de travail supérieur à 6 mois : justifier de 12 mois d'immatriculation en tant qu'assuré social ET avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt de travail OU avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.

La collectivité adhérente peut également décider de prendre en charge la rémunération du participant et d'être subrogé dans les droits dudit participant.

Pour les agents à temps partiel pour raisons médicales :

- Si la reprise à temps partiel se situe pendant la période à plein traitement prise en charge par la collectivité adhérente, l'IPSEC indemnise le participant au terme de la période à plein traitement à laquelle il aurait pu prétendre s'il n'avait pas repris son activité à temps partiel.
- Si le participant est amené à travailler à temps partiel pour des raisons médicales sans avoir été en arrêt complet de travail auparavant, le versement des indemnités journalières intervient au terme d'un délai de carence égal :
 - Pour les agents dont le traitement est maintenu par l'employeur, au nombre de jours pendant lequel l'employeur aurait maintenu le plein traitement pour un arrêt de travail complet dans le cadre d'un Congé de Maladie Ordinaire,
 - Pour les agents dont le traitement n'est pas maintenu par l'employeur et relevant du régime général de la Sécurité sociale, à 60 jours.

Durée maximale de la prestation

Pour tous les participants, quel que soit leur statut, la durée maximale du service des indemnités journalières ne peut excéder en tout état de cause trois ans d'arrêt de travail continu ou discontinu.

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

Règle de cumul

Le montant de l'indemnité journalière versée par l'IPSEC, augmenté des prestations versées par la collectivité adhérente ou de toute autre indemnité, ne peut à aucun moment excéder 100% de la totalité ou de la fraction du traitement indiciaire selon le régime de travail du participant, augmenté(e) de la N.B.I. et du régime indemnitaire net annuel définis à l'article 8 de la présente notice d'information, pris en compte par l'IPSEC au titre de la présente garantie et revalorisé dans les conditions définies à l'article 19 de la présente notice d'information.

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

Cessation du versement des prestations

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

- dès la reprise d'activité, même partielle du participant, y compris en cas de temps partiel thérapeutique,
- dès la fin de l'indemnisation par la collectivité adhérente au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale et/ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale et tout autre régime social obligatoire,
- à la date d'ouverture des droits à la pension d'invalidité versée par le régime général de Sécurité sociale du participant,
- à la date de liquidation de la pension de retraite ou la date à laquelle le participant a atteint l'âge au-delà duquel il ne peut plus continuer à exercer ses fonctions, sauf prolongation d'activité ou maintien en fonction,
- au jour du décès ou de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du participant,
- en cas de démission ou de radiation des effectifs de la collectivité,
- à la fin d'un contrat de travail d'un agent contractuel,
- à l'expiration du délai de trois ans visé au paragraphe « Durée maximale de la prestation » de la présente notice d'information,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical du participant,
- en cas de refus du participant de se soumettre à un contrôle médical ou une expertise,
- au jour où le participant ne remplit plus les conditions contractuelles pour bénéficier des prestations.

Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination des indemnités journalières garanties doivent être adressées par la collectivité adhérente ou par le participant à l'IPSEC, dans les jours qui suivent la survenance de l'Incapacité Temporaire de Travail et au plus tard dans un délai de 90 jours, accompagnées des pièces suivantes :

- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- une attestation émanant de la collectivité adhérente qui indique : la nature du congé accordé (maladie ordinaire, congé de longue maladie, congé de longue durée, disponibilité),
- l'avis du Conseil médical et, le cas échéant, les résultats du contrôle médical du médecin agréé,
- le certificat médical d'arrêt,
- les bulletins de paie pour les périodes à demi-traitement demandées,
- les 12 derniers bulletins de paie ou à défaut le dernier bulletin de décembre,
- une attestation de la collectivité adhérente indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- pour les agents contractuels, une attestation de la collectivité adhérente précisant la date d'embauche du participant,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité du participant en cours de validité,
- un Relevé d'Identité Bancaire du participant.

ARTICLE 10 - Garantie Invalidité/Incapacité Permanente

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Incapacité Temporaire de Travail.

Définition

L'Invalidité Permanente est reconnue lorsque le participant, dont l'âge est inférieur à l'âge minimum légal de départ à la retraite, se trouve dans l'impossibilité médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail et remplit les conditions suivantes :

- pour les participants relevant de la CNRACL, avoir liquidé sa pension de retraite au titre d'une retraite pour invalidité ;
- ou
- pour les participants relevant du Régime général de la Sécurité sociale, être atteint d'une invalidité non imputable au service classée en 2ème ou 3ème catégorie ou qui justifient d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Objet et montant

L'IPSEC garantit le versement d'une rente temporaire en cas de baisse du (de la) traitement/rémunération consécutive à une Invalidité Permanente survenant pendant la période de garantie.

L'IPSEC se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies à l'article 24 de la notice d'information.

Montant de la prestation

Garantie Obligatoire Invalidité	Socle de base obligatoire
Agents CNRACL	
Invalidité	90% TBI + NBI + RI net

Garantie Obligatoire Invalidité	Socle de base obligatoire
Fonctionnaires à temps non complet relevant de l'IRCANTEC	
Invalidité (sauf 1ère catégorie)	90% TBI + NBI + RI net
Incapacité permanente de la vie professionnelle > à 66%	90% TBI + NBI + RI net

Garantie Obligatoire Invalidité	Socle de base obligatoire
Contractuels de droit public	
Invalidité (sauf 1ère catégorie)	90% TBI + RI net
Incapacité permanente de la vie professionnelle > à 66%	90% TBI + RI net

Garantie Obligatoire Invalidité	Socle de base obligatoire
Contractuels de droit privé	
Invalidité (sauf 1ère catégorie)	90% rémunération nette
Incapacité permanente de la vie professionnelle > à 66%	90% rémunération nette

Le fait générateur de l'invalidité est la mise en invalidité.

Toutefois, lorsque l'invalidité survient au cours d'un arrêt de travail, le fait générateur de l'invalidité est la date de l'arrêt de travail initial.

Service de la prestation

La rente est servie mensuellement, et à terme échu :

- à compter de la date de mise en retraite pour invalidité pour les agents relevant de la CNRACL,
- à compter de la date d'attribution d'une pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou d'une rente d'incapacité pour un taux au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC.

Les agents placés en disponibilité d'office pour raison de santé sont pris en charge par l'organisme d'assurance dans l'attente d'une décision de la Commission de réforme, au titre de la garantie Incapacité temporaire de travail.

Pour les agents affiliés à la CNRACL bénéficiant d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 50 % ou les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou à l'IRCANTEC bénéficiant d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 % ou classés en invalidité de 2ème ou 3ème catégorie : versement d'une rente d'invalidité permettant le maintien du revenu net de l'agent (TI + NBI + RI) à hauteur de 90 %, sous déduction des prestations versées par la CNRACL ;

Pour les agents affiliés CNRACL bénéficiant d'un taux d'invalidité < 50% : versement au titre de la prévoyance complémentaire d'une rente d'invalidité proportionnelle au taux d'invalidité définie par la CNRACL selon la formule suivante : $M = R \times I / 50 \%$ - (« M » pour montant de la rente versée – « R » pour de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenue par la CNRACL – « I » pour pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL).

Règle de cumul

Le montant annuel de la rente versée par l'IPSEC, augmenté des prestations versées par la collectivité adhérente ou de tous autres revenus, rentes, pensions et prestations ne peut en aucun cas excéder 100% de la totalité ou de la fraction du traitement indiciaire, selon le régime de travail du participant, augmenté le cas échéant de la N.B.I. et/ou du régime indemnitaire net annuel définis à l'article 8 de la présente notice d'information, pris en compte par l'IPSEC au titre de la présente garantie et revalorisé dans les conditions définies à l'article 19 de la présente notice d'information.

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

Cessation du versement des prestations

Le versement de la rente cesse :

- dès la reprise d'activité, même partielle du participant, y compris en temps partiel thérapeutique,
- en cas de suppression de la pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale,
- en cas de décès du participant,
- en cas de refus du participant de se soumettre à un contrôle médical ou à une expertise,
- au jour de la liquidation de la pension vieillesse pour les participants relevant du régime général de la Sécurité sociale,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical du participant,
- à la date du décès ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du participant,

Formalités en cas de sinistre

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

A l'ouverture des droits :

- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité du participant en cours de validité,
- un Relevé d'Identité Bancaire du participant lors de la 1^{ère} demande et en cas de modification des données concernant le participant,
- un certificat médical,
- une attestation établie par l'employeur certifiant que le participant a épuisé ses droits statutaires à congé de maladie,
- le 12 derniers bulletins de paie.

Doivent également être produits :

- pour les agents relevant de la Fonction Publique Territoriale :
 - un extrait de liquidation de la pension pour invalidité de la CNRACL et le cas échéant de la rente,
 - les bulletins de paiement émanant de la CNRACL,
 - le document émanant de la CNRACL mentionnant l'invalidité.
- pour les agents relevant de la Sécurité sociale :

- les notifications de la Sécurité sociale classant le participant en incapacité permanente ou invalidité permanente,
- les décomptes de paiements de la Sécurité sociale.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

ARTICLE 11 - Renfort Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité/Incapacité Permanente

Le participant peut, à titre facultatif, renforcer la couverture obligatoire mentionnée aux articles 8 et 9 de la présente notice d'information pour atteindre les niveaux figurant dans le tableau ci-après :

Option au choix de l'agent	Niveau optionnel 1	Niveau optionnel 2
Fonctionnaires relevant de la CNRACL		
Congé pour raison de santé, disponibilité d'office pour raison de santé et maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du Conseil médical, dès la perception du demi-traitement	95% TBI + NBI + RI net	100% TBI + NBI + RI net
Congé de longue maladie et de longue durée en période de plein traitement, soit la prise en charge du régime indemnitaire en l'absence de maintien par l'employeur	90% RI net	90% RI net
Temps partiel pour motif thérapeutique, y compris si précédé d'un congé pour raison de santé ou d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service	Jusqu'à 95% RI net en complément des obligations statutaires de l'employeur	Jusqu'à 100% RI net en complément des obligations statutaires de l'employeur
Invalidité	95% TBI + NBI + RI net	100% TBI + NBI + RI net

Option au choix de l'agent	Niveau optionnel 1	Niveau optionnel 2
Fonctionnaires à temps non complet relevant de l'IRCANTEC		
Congé pour raison de santé, disponibilité d'office pour raison de santé et maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du Conseil médical, dès la perception du demi-traitement	95% TBI + NBI + RI net	100% TBI + NBI + RI net
Congé de grave maladie dès l'attribution	Jusqu'à 90% RI net	Jusqu'à 90% RI net

Option au choix de l'agent	Niveau optionnel 1	Niveau optionnel 2
Fonctionnaires à temps non complet relevant de l'IRCANTEC		
	en complément des obligations statutaires de l'employeur	en complément des obligations statutaires de l'employeur
Temps partiel pour motif thérapeutique	95% TBI + NBI + RI net	100% TBI + NBI + RI net
Incapacité (sauf 1ère catégorie)	95% TBI + NBI + RI net	100% TBI + NBI + RI net
Incapacité permanente de la vie professionnelle > à 66%	95% TBI + NBI + RI net	100% TBI + NBI + RI net

Option au choix de l'agent	Niveau optionnel 1	Niveau optionnel 2
Contractuels de droit public		
Congé de maladie et congé de grave maladie et tout arrêt de travail de moins de 1 095 jours (avec franchise 30 jours non imputable au service), dès perception d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	95% TBI + RI net	100% TBI + RI net
Congé de grave maladie en période de plein traitement, soit la prise en charge du régime indemnitaire en l'absence de maintien par l'employeur	Jusqu'à 90% RI net en complément des obligations statutaires de l'employeur	Jusqu'à 90% RI net en complément des obligations statutaires de l'employeur
Temps partiel thérapeutique	95% TBI + RI net	100% TBI + RI net
Incapacité (sauf 1ère catégorie)	95% TBI + RI net	100% TBI + RI net
Incapacité permanente de la vie professionnelle > à 66%	95% TBI + RI net	100% TBI + RI net

Option au choix de l'agent	Niveau optionnel 1	Niveau optionnel 2
Contractuels de droit privé		
Arrêt de travail de moins de 1 095 jours, (avec franchise 30 jours si non imputable au service), dès perception d'indemnités journalières S/S	90% rémunération nette	100% rémunération nette
Temps partiel thérapeutique	90% rémunération nette	100% rémunération nette
Invalidité (sauf 1ère catégorie)	95% rémunération nette	100% rémunération nette
Incapacité permanente de la vie professionnelle > à 66%	90% rémunération nette	100% rémunération nette

ARTICLE 12 - Renfort Incapacité Temporaire de Travail plein traitement, Longue maladie, longue durée ou maladie grave

Cette garantie est proposée uniquement aux agents CNRACL et IRCANTEC.

La garantie se déclenche en complément et en relais des obligations statutaires, dès lors qu'un participant perçoit des prestations soit de l'employeur (agents affiliés à la CNRACL), soit du régime général d'assurance maladie (agents affiliés à l'IRCANTEC) sur la base d'un plein traitement.

Elle s'applique également aux participants qui sont amenés temporairement à exercer leur activité à temps partiel pour raisons médicales (Incapacité temporaire de travail plein traitement, congé longue maladie, congé longue durée, congé maladie grave).

Cette garantie revient à garantir une indemnisation du RI net pendant cette période à plein traitement.

Le niveau d'indemnisation est forcément identique à celui qui est choisi par le participant pour la garantie facultative qui intervient dès que ce dernier est à demi-traitement.

Option au choix de l'agent CNRACL ou IRCANTEC	Niveau optionnel 1	Niveau optionnel 2
Incapacité temporaire de travail (ITT) : congé de longue maladie et de longue durée en période de plein traitement (le niveau est obligatoirement le même que celui choisi pour les périodes de demi-traitement)	Jusqu'à 95% RI net en complément des obligations statutaires de l'employeur	Jusqu'à 100% RI net en complément des obligations statutaires de l'employeur

ARTICLE 13 - Garantie Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes du participant

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) d'un participant dont l'âge est inférieur à l'âge au-delà duquel il ne peut plus continuer à exercer ses fonctions, sauf prolongation d'activité ou maintien en fonction.

Définition

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), le participant, dont l'âge est inférieur à l'âge au-delà duquel il ne peut plus continuer à exercer ses fonctions, sauf prolongation d'activité ou maintien en fonction réunissant simultanément les deux conditions suivantes :

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

L'IPSEC se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies à l'article 24 de la notice d'information.

Montant du capital

Deux niveaux de couverture figurant dans le tableau ci-après peuvent être souscrits :

Garantie Facultative	Niveau optionnel 1	Niveau optionnel 2
Décès toutes causes et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	Capital 100% de la rémunération annuelle nette (TIB, NBI et RI, ou salaire net)	• Capital 100% de la rémunération annuelle nette (TBI + NBI + RI ou salaire net annuel) • Double effet • Doublement en cas d'accident pendant la période de garantie.

Le capital garanti est exigible après la date à laquelle la preuve de l'existence de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) aura été apportée. **Dans le cas où le participant décède après la reconnaissance de la PTIA mais avant son règlement, le versement du capital garanti en cas de PTIA s'effectue au bénéfice de la succession du participant.**

L'assurance en cas de décès prend fin lors du règlement du capital PTIA.

La prestation cesse dès lors que le participant ne fait plus partie des effectifs de la collectivité adhérente.

Bénéficiaires

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), le bénéficiaire du capital garanti est le participant lui-même ou son représentant légal.

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

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

Désignation particulière

Le participant est libre de désigner un ou plusieurs bénéficiaires de son choix au moment de son affiliation ou ultérieurement, si cette désignation type ne lui convient pas, ou si la désignation faite antérieurement n'est plus adaptée à sa situation.

Cette désignation est effectuée uniquement via le service en ligne IPSEC <https://beneficiaire.ipsecprev.fr>

Chaque bénéficiaire peut être désigné, soit :

- en raison de sa qualité. Celle-ci est appréciée au jour du décès du participant ;
- nommément. Dans ce cas, le participant indique son nom, son prénom, ses coordonnées, sa date et son lieu de naissance afin qu'après son décès l'IPSEC puisse informer le bénéficiaire de la désignation faite à son profit.

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

Une fois acceptée, la désignation devient irrévocable, le participant ne pourra pas la modifier sauf accord du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

L'IPSEC procédera de bonne foi au versement des prestations en fonction des informations qui sont portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier. Ce versement libère l'IPSEC de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire(s) lui serait notifiée ultérieurement. En cas de litige porté devant les tribunaux entre la date de survenance du décès du participant et la date de versement des capitaux, l'IPSEC consigne les sommes dans l'attente de la décision de justice définitive.

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

Lorsqu'aucun des bénéficiaires n'accepte le capital ou lorsque tous les bénéficiaires désignés sont décédés au jour du décès du participant, l'IPSEC applique la clause de désignation type par défaut.

Cas Particuliers

Il est toutefois précisé que :

- lorsque le bénéficiaire désigné par le participant ayant un ou plusieurs enfants à charge n'est ni le conjoint survivant, ni les enfants, ledit bénéficiaire ne saurait en aucun cas recevoir un capital supérieur à celui qui serait versé, à raison du décès du participant célibataire.
- Dans ce cas, cette différence est obligatoirement répartie par parts égales entre les enfants à charge du participant. S'ils sont mineurs, elle est versée sur un compte ouvert à leur nom.
- si le représentant légal n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.
- en cas de décès du participant et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre du décès, le participant est présumé avoir survécu le dernier.

Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination du capital garanti doivent être adressées à l'IPSEC accompagnées des pièces suivantes :

En cas de décès :

- L'acte de décès original ;
- Un certificat médical original établi par le médecin à partir des constatations médicales qu'il a été en mesure de faire lui-même, précisant si la cause du décès est naturelle, accidentelle ou si le décès n'entre pas dans les cas d'exclusions prévus au Contrat et dont il aura préalablement pris connaissance ;
- Une copie intégrale du livret de famille du participant certifiée conforme par un membre de la famille (la date et le nom, prénom sont à apposer sur la copie) ;
- Une copie intégrale de son dernier avis d'imposition sur les revenus ;
- Un acte de notoriété dressé par un notaire dans le cadre de la succession ;
- S'agissant d'un accident, tout document établissant le lien de cause à effet entre l'accident et le sinistre, tels que : le procès-verbal de gendarmerie ou de police ainsi que toutes coupures de presse ;
- Pour les enfants à la charge du défunt ayant entre 18 ans et 26 ans et selon le cas ; le certificat de scolarité original ainsi que l'attestation d'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants ou une copie du contrat d'apprentissage ou une copie de l'accord conclu entre l'enfant et le chef d'établissement d'enseignement supérieur en cas de période de césure ou tout justificatif de sa situation en cas d'invalidité d'un taux supérieur ou égal à 80% ou une copie de l'accord conclu entre l'enfant et la structure d'accueil en cas de service civique ou l'attestation de non-indemnisation par France Travail pour les demandeurs d'un premier emploi ;
- Pour les enfants mineurs bénéficiaires de capitaux décès, une copie recto-verso de leurs pièces d'identité en cours de validité ou leurs extraits d'actes de naissance de moins de 3 mois ainsi que les RIB de comptes bancaires ouverts à leurs noms, portant la mention « sous tutelle de... » ou « sous administration légale de... ». À défaut, l'ordonnance du Juge des tutelles des mineurs précisant le mode de versement des fonds ;
- Une copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité du ou des bénéficiaires des garanties décès ainsi que leurs RIB portant le code IBAN et BIC ;
- Coordonnées (Prénom, Nom, téléphone, adresse e-mail) de la personne que le service d'aide aux démarches administratives peut contacter ;
- les 12 derniers bulletins de paie.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

Le participant doit fournir à l'IPSEC, dans les jours qui suivent la survenance du sinistre, les pièces suivantes :

- la notification de la décision de Sécurité sociale le classant en 3^{ème} catégorie d'invalidé ou en incapacité permanente à 100 % au titre de la réglementation des accidents de travail et maladies professionnelles, ou l'avis du Conseil médical,
- un certificat médical de son médecin traitant précisant si possible la cause de la PTIA ou l'attestation médicale d'Incapacité-Invalidité, disponible auprès de l'IPSEC,
- un relevé d'identité bancaire du participant,
- les 12 derniers bulletins de paie.

ARTICLE 14 - Garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) doublement accident (uniquement en cas de souscription au niveau 2 de la Garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes du participant à l'article 13 ci-dessus)

La garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentels ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes.

Objet de la garantie et montant de la prestation

La garantie a pour objet **le doublement du capital** défini à l'article 13 de la présente notice d'information en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du participant imputable à un accident survenant pendant la période de garantie.

Le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est considéré(e) comme accidentel(le) lorsqu'il (elle) survient soit immédiatement, soit dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident pour des causes cliniques qui ont affecté la santé du participant et qui résultent de l'accident.

La preuve de la relation directe de cause à effet, entre l'accident et le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent aux bénéficiaires.

L'IPSEC se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies à l'article 24 de la notice d'information.

Définition

L'accident est caractérisé par toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant, provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Aussi, l'IPSEC n'est pas tenue par la définition de l'accident retenue par l'organisme social notamment en matière d'accident du travail.

Le décès n'est pas considéré comme accidentel, lorsqu'il est survenu à la suite d'une intervention chirurgicale. De même, les affections vasculaires, cérébrales ou cardiaques, les affections coronariennes, l'infarctus du myocarde ne sont pas considérés comme des accidents.

Par accident de la circulation, il faut entendre, et ce, exclusivement, l'accident provoqué :

- par un véhicule quelconque, un piéton ou un animal, lorsque le participant circule à pied sur une voie publique ou privée ;

- par l'usage comme conducteur ou passager d'un moyen de transport public ou privé par voie de terre ;
- par l'usage comme passager seulement, d'un moyen de transport (public ou privé) par voie de fer, d'air ou d'eau.

Par accident d'avion, il faut entendre le décès résultant d'un accident de navigation aérienne, lorsqu'un certificat valable de navigation a été délivré pour l'appareil et que le pilote est titulaire d'un brevet ou d'une licence non périmés, ce pilote pouvant être le participant lui-même.

Bénéficiaires

Les prestations sont versées dans les mêmes conditions que le capital prévu en cas de décès toutes causes.

Service de la prestation

Le capital garanti est exigible à la date à laquelle la preuve de l'existence du décès accidentel ou de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentelle aura été apportée.

Le règlement au titre du décès met fin à la garantie PTIA.

L'assurance en cas de décès prend fin lors du règlement du capital PTIA. Si le participant décède après la reconnaissance de la PTIA et avant son règlement, c'est le capital garanti en cas de décès qui sera versé.

Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination du capital garanti doivent être adressées à l'IPSEC, dans les jours qui suivent la survenance du sinistre, accompagnées des pièces suivantes :

- les pièces à fournir au titre de la garantie décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes ,
- tout document établissant le lien de cause à effet entre l'accident et le sinistre, tels que, selon les cas :
 - procès-verbal de gendarmerie ou de police ;
 - coupures de presse.

ARTICLE 15 - Garantie double effet (uniquement en cas de souscription au niveau 2 de la Garantie Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) toutes causes du participant à l'article 13 ci-dessus)

Objet de la garantie

L'IPSEC garantit le versement d'un capital lorsque, simultanément ou postérieurement au décès du participant, le conjoint, non remarié et non lié par un PACS vient lui-même à décéder.

Définition

Est considéré comme :

- Simultané : le décès du conjoint, non remarié et non lié par un PACS, qui survient dans les 24 heures qui suivent ou qui précèdent le décès du participant.
- Postérieur : le décès du conjoint, non remarié et non lié par un PACS, qui survient au maximum dans les 365 jours qui suivent le décès du participant.

Montant du capital

Le montant du capital est égal à celui prévu à l'article 13 ci-dessus.

Bénéficiaires

Le capital est à répartir entre les enfants qui étaient à la charge du participant au jour de son décès.

La qualité d'enfant à charge est appréciée au jour du décès du participant au regard de la définition prévue à l'article 1 de la présente notice d'information.

Si le bénéficiaire est un enfant mineur, le capital est versé sur un compte ouvert à son nom.

Païement du capital

Le capital est versé :

- si le contrat est toujours en vigueur à la date du décès du *conjoint* non remarié et non lié par un PACS,
- et s'il n'a pas liquidé sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif. Si sa situation ne permet pas d'ouvrir droit à une pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire, celle-ci est appréciée comme s'il avait exercé une activité professionnelle.

Formalités en cas de sinistre

La demande de liquidation de la prestation doit être adressée à l'IPSEC, accompagnée :

- des pièces justificatives énumérées à l'article 13 de la présente notice d'information,
- d'une attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le conjoint, non remarié et non lié par un PACS, n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit.

ARTICLE 16 - Garantie Rente éducation

Objet de la garantie

La garantie a pour objet le service d'une rente temporaire au profit de chaque enfant à charge du participant en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de ce dernier survenant pendant la période de garantie.

Le versement des prestations en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) met fin à la garantie. Le décès du participant ne donnera pas lieu au versement d'une nouvelle rente éducation.

Montant de la rente

- Deux niveaux de couverture figurant dans le tableau ci-après peuvent être souscrits :

Garantie Facultative Rente éducation	Niveau optionnel 1	Niveau optionnel 2
Rente éducation en cas de décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'agent	Rente 10% rémunération annuelle nette par enfant	Rente 20% rémunération annuelle nette par enfant

Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont les enfants à la charge du participant à la date de l'événement.

Modalités de paiement et durée

La rente est payable mensuellement à terme échu. Si le bénéficiaire est mineur, elle est versée sur un compte ouvert à son nom. Si le bénéficiaire est un majeur protégé, elle est versée à son représentant légal.

Le versement de la rente débute à compter du jour du décès ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du participant ; un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du participant et l'échéance mensuelle suivante.

La prestation est versée à chaque enfant :

- jusqu'à la fin du mois au cours duquel il atteint son 21^{ème} anniversaire ;
- jusqu'à la fin du mois au cours duquel il atteint son 26^{ème} anniversaire :
 - tant qu'il est affilié au régime de la Sécurité sociale des étudiants et poursuit des études supérieures, y compris en cas de période de césure ;
 - ou tant qu'il effectue son service civique ;
 - ou tant qu'il est en apprentissage ;
- jusqu'à la fin du mois au cours duquel il décède ;
- sans limitation de durée si l'enfant est invalide à un taux supérieur ou égal à 80 % avant son 26^{ème} anniversaire.

Formalités en cas de sinistre

Les demandes de liquidation des prestations doivent être adressées à l'IPSEC accompagnées des pièces justificatives énumérées à l'article 13 de la présente notice d'information en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Le bénéficiaire des prestations, ou son représentant légal s'il est mineur, fournit annuellement à l'IPSEC :

- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité du ou des bénéficiaire(s) en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son (ses) représentant(s),
- les pièces justificatives de la poursuite de ses études supérieures ;
- une copie de l'accord conclu entre l'enfant et le chef d'établissement d'enseignement supérieur en cas de période de césure ;
- une copie de l'accord conclu entre l'enfant et la structure d'accueil en cas de service civique ;
- de sa situation d'invalidité ;
- une copie de l'avis d'imposition ou de l'Avis de Situation Déclarative à l'Impôt sur le Revenu (ASDIR) du participant et des bénéficiaires au titre de l'exercice précédant l'événement ;
- une copie des douze (12) derniers bulletins de paie précédant le décès ou l'arrêt de travail initial du participant.

À défaut de production de ces justificatifs au cours du premier semestre de l'exercice en cours, le service des prestations est suspendu jusqu'à ce que les documents demandés soient fournis par le bénéficiaire.

ARTICLE 17 - Garantie Perte de retraite - Garantie exclusivement réservée aux agents relevant de la CNRACL

Objet et montant

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

L'IPSEC garantit alors le versement d'une prestation complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse du participant, en cas d'Invalidité Permanente.

Le capital est calculé selon deux niveaux au choix du participant : **90 % (niveau 1)** ou **95 % (niveau 2)** de **5 %** du traitement brut annuel par année d'invalidité constatée entre la date de reconnaissance de l'invalidité telle que définie ci-avant et l'âge d'ouverture des droits à la retraite du participant, sous déduction des autres revenus de retraite perçus. Si une année d'invalidité est incomplète, le capital est calculé au prorata du nombre de mois d'invalidité sur 12 mois.

L'IPSEC se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies à l'article 24 de la notice d'information.

Règle de cumul

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

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

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

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

Service de la prestation

La prestation est versée sous forme de capital (en une seule fois ou fractionné) à la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime vieillesse du participant, et au plus tôt à l'âge minimum légal de départ à la retraite.

Formalités en cas de sinistre

Les éléments nécessaires à la détermination des prestations garanties doivent être adressés par le participant à l'IPSEC, dans les jours qui suivent le passage en retraite à taux plein et au plus tard dans un délai de 6 mois, accompagnés des pièces suivantes :

A l'ouverture des droits :

- le ou les titres de pension,
- et

- le relevé de pension(s) de retraite(s) obligatoire(s) (CNRACL, etc.),
et
- une attestation sur l'honneur mentionnant que l'intéressé(e) ne perçoit pas d'autre(s) pension(s) de
retraite(s) obligatoire(s) (CNRACL, etc.),
et
- le dernier bulletin de paiement émanant de la CNRACL.

ARTICLE 18 - Garantie dépendance

Objet

La garantie « Dépendance » est assurée par l'Ocirp (Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance), Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, ayant son siège social 17 rue de Marignan - 75008 Paris.

Elle permet au participant, s'il devient dépendant, de percevoir une prestation, soit sous forme de rente mensuelle, soit sous forme de capital.

Bien que reliée à la convention de participation du centre de gestion, elle obéit aux conditions générales de l'OCIRP.

L'adhésion se fera donc via un bulletin d'adhésion spécifique à l'Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance (OCIRP).

Les prélèvements seront effectués directement sur le compte bancaire indiqué par l'agent cotisant, et donc distincts des prélèvements pour les autres garanties gérées par l'Institution.

La notice d'information relative à la garantie dépendance est annexée à la présente notice d'information, dont elle fait partie intégrante.

ARTICLE 19 - Revalorisation des prestations

Revalorisation des prestations Incapacité Temporaire de Travail, Invalidité/Incapacité Permanente, Perte de retraite et Rente éducation.

Personnel de droit public :

Les prestations Incapacité Temporaire de travail, Invalidité/Incapacité Permanente, Perte de retraite et Rente éducation en cours de service, sont revalorisées à la date de l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique et selon les éventuels avancements du participant.

Personnel de droit privé :

Les prestations Incapacité Temporaire de travail, Invalidité/Incapacité Permanente et Rente éducation en cours de service, sont revalorisées à la date de l'évolution de la valeur du point de service AGIRC/ARRCO.

Revalorisation du capital décès post mortem

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

Pour l'application de ces dispositions, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du participant n'est pas assimilée au décès.

Est ainsi revalorisé le capital versé lors de la mise en œuvre des garanties suivantes :

- Décès toutes causes ;
- Décès accidentel.

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

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

ARTICLE 20 - Délais de présentation des demandes de versement de prestations - Forclusion

Les demandes de prestations, accompagnées des documents justificatifs visés à la présente notice d'information, doivent parvenir à l'IPSEC dans un délai maximum :

- **d'un an pour les prestations à servir au titre de la garantie Rente éducation,**
- **de 6 mois en cas d'Invalidité ou de Perte de retraite,**

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

La demande de prestations en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ne peut être adressée à l'IPSEC qu'à l'expiration d'un délai de 6 mois à compter de la date de survenance du sinistre.

Concernant le cas particulier de la garantie Incapacité Temporaire de travail, les demandes d'indemnités journalières, accompagnées des documents justificatifs visés à la présente notice d'information, doivent être produites à l'IPSEC au plus tard 90 jours après l'ouverture des droits à la prestation.

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

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

ARTICLE 21 - Modalités et délai de versement des prestations

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

Ces délais sont donnés à titre indicatif et ne sauraient en aucun cas engager la responsabilité de l'IPSEC.

L'IPSEC dispose d'un délai de quinze jours, après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du bénéficiaire pour lui demander de fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement des prestations.

En cas de non-respect de ce délai de 15 jours, le capital produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant un mois puis, à l'expiration de ce délai d'un mois, au triple du taux légal.

A réception des pièces, l'IPSEC verse, dans un délai qui ne peut excéder un mois, le capital garanti au bénéficiaire. Si, au-delà de ce délai de quinze jours au cours duquel la demande de pièces nécessaires au paiement du capital décès doit être effectuée, l'IPSEC a omis de demander au bénéficiaire l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement des prestations.

Au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal. La période au cours de laquelle le capital a, le cas échéant, produit intérêt en raison du non-respect du délai de 15 jours susmentionné, s'impute sur le calcul de ce délai de deux mois.

Pour l'application de ces dispositions, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du participant n'est pas assimilée au décès.

ARTICLE 22 - Exclusions

Le fait que l'IPSEC ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

Exclusions communes à toutes les garanties

L'IPSEC ne garantit pas les conséquences :

- de suicide du participant dans la première année d'assurance ;
- d'accidents, blessures, mutilations ou maladies qui sont le fait volontaire du participant ;
- de faits intentionnellement causés ou provoqués par un bénéficiaire du capital. Le capital sera toutefois versé :
 - aux autres bénéficiaires désignés à l'origine du fait intentionnel,
 - ou autres bénéficiaires subséquents selon l'étude des désignations prévues dans la clause bénéficiaire.
- de faits de guerre civile, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le participant y prend une part active ;
- de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- les conséquences de la participation volontaire et violente du participant à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris ;
- directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atomes.

Exclusions spécifiques aux garanties Décès accidentel, Incapacité Temporaire de travail et Invalidité/Incapacité Permanente

Outre les exclusions communes à toutes les garanties, l'IPSEC ne garantit pas les conséquences :

- des sinistres consécutifs à l'éthylisme, ou s'il est révélé qu'au moment de l'accident, le participant ait une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure aux normes admises pour la conduite d'un véhicule sauf si le(s) bénéficiaire(s) apportent la preuve que cette concentration d'alcool n'a eu aucun lien de cause à effet avec la réalisation dudit accident ;

- des sinistres qui résultent de l'usage de stupéfiants, de tranquillisants ou de produits toxiques non prescrits médicalement ;
- de risques aériens se rapportant à :
 - des compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, de raids ;
 - des vols d'essai, vols sur prototype ;
 - des vols effectués avec un élastique, un parachute ou un parapente ;
 - des vols ou sauts effectués avec tout autre matériel si le matériel ou le saut ne sont pas homologués ;
 - des vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides.
- de risques provenant de l'usage de véhicules à moteur, encourus à l'occasion de compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, de courses de vitesse, démonstrations ou acrobaties.

ARTICLE 23 - Obligations liées à la territorialité

Sauf mention particulière au contrat, l'activité de la collectivité adhérente est réputée s'exercer en France Métropolitaine.

Le participant bénéficie des garanties lorsqu'il exerce son activité :

- sur le territoire français
- ou
- hors de ce territoire :
 - lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois,
 - ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L761-1 et 2 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties ne sont pas accordées dans une zone, une région ou un pays formellement déconseillé ou déconseillé sauf raison impérative par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères français, excepté en cas de déclaration préalable par la collectivité adhérente dans les 30 jours avant le départ auprès de l'IPSEC sous réserve de l'acceptation de celui-ci et d'une éventuelle révision tarifaire.

Pour le participant déjà présent sur les lieux au moment de l'inscription dans la liste des pays/région et/ou zone « formellement déconseillés » ou « déconseillés sauf raison impérative », l'exclusion ne s'applique qu'après un délai de quatorze jours après l'inscription dudit pays/région et/ou zone.

ARTICLE 24 - Contrôle médical

L'IPSEC peut procéder via un médecin désigné par lui, au contrôle médical du participant afin de bénéficier des prestations prévues au contrat ou de poursuivre leurs effets, lorsque les prestations sont liées à l'état de santé.

L'IPSEC n'est pas tenue de suivre les décisions de l'Employeur public et/ou de la Sécurité sociale et/ou les avis des instances statutaires (Conseil médical et médecin agréé).

Les médecins missionnés par l'IPSEC doivent pouvoir constater l'état de santé du participant à toute période.

Sous peine de déchéance de garantie, les médecins doivent donc avoir un libre accès :

- au lieu de traitement,
- ou tous les jours ouvrables, au domicile,

du participant en état d'incapacité ou d'invalidité.

De même, le participant doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par l'IPSEC.

Si le participant refuse ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont interrompues après information du participant et de la collectivité adhérente. Lors du contrôle médical, le participant a la faculté de se faire assister par un médecin de son choix ou tout autre représentant.

L'IPSEC se réserve la possibilité, sur la base des conclusions du contrôle médical, de modifier ou d'interrompre le service des prestations concernées.

Préalablement à toute modification ou interruption, l'IPSEC notifie par lettre recommandée au participant et à la collectivité adhérente les résultats du contrôle médical et les conséquences sur le service des prestations concernées.

Si après l'un de ces contrôles, la décision de l'IPSEC est contestée par le participant, une procédure de conciliation peut être demandée par le participant selon les modalités prévues à l'article 24 de la présente notice d'information.

Conciliation

Le participant qui conteste la décision de l'IPSEC suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut demander l'ouverture d'une procédure de conciliation suite à ce contrôle.

Pour ce faire, le participant doit faire parvenir à l'IPSEC dans les trois mois suivants la notification de la décision :

- une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il accepte les règles de procédure de conciliation indiquées ci-après,
- un certificat médical justifiant sa réclamation et détaillant l'état de santé du participant au jour du dernier contrôle médical effectué par l'IPSEC ainsi que son évolution depuis cette date.

Le médecin que le participant aura désigné et le Médecin-contrôleur de l'IPSEC rechercheront une position commune relative à l'état de santé du participant. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de tierce expertise décrite ci-après est mise en œuvre.

Tierce Expertise

L'IPSEC invite son Médecin-contrôleur et le médecin désigné par le participant à désigner un médecin tiers-expert afin de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers, la procédure prend fin.

Les conclusions de cet expert s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième sont à la charge de la partie perdante.

En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 25 - Réclamation - Médiation

En cas de difficultés dans l'application du contrat, la collectivité adhérente, le participant et les bénéficiaires peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel.

La réclamation peut également être adressée comme suit :

- soit via le formulaire de contact accessible sur ipsecprev.fr : rubrique « Contactez-nous » > « Faire une réclamation »,
- soit par email : reclamations@ipsecprev.fr,
- soit par courrier aux coordonnées suivantes : Ipsec - Groupe Malakoff Humanis - 21 rue Laffite - 75009 Paris.

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée, ou lorsque l'IPSEC ou le gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, la collectivité adhérente, le participant et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance – CTIP) à l'adresse suivante :

- M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris
- ou par voie électronique <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'IPSEC et sans préjudice du droit d'agir en justice.

ARTICLE 26 - Recours - Prescription des actions

Juridiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le Tribunal français compétent.

Recours subrogatoire

Lorsque le participant est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'IPSEC dispose d'un recours subrogatoire légal concernant les indemnités journalières et les rentes d'invalidité qu'il a payées contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Par ailleurs, les prestations que l'IPSEC verse en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie et dont les modalités de calcul sont en relation directe avec les revenus salariaux du participant, constituent une avance sur recours. En conséquence, le participant, le bénéficiaire ou leurs ayants droit subrogent expressément l'IPSEC dans leurs droits ou actions contre l'assureur du tiers responsable dans la limite des prestations versées.

Lors de la demande de prestation à la suite d'un dommage causé par un tiers responsable, l'IPSEC doit être informé de l'existence de ce tiers par le participant victime, le bénéficiaire ou leurs ayants droit.

Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court pas :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'IPSEC en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque la collectivité adhérente, le participant ou le bénéficiaire intente une action en justice à l'encontre de l'IPSEC et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre de la collectivité adhérente, du participant ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par la collectivité adhérente, le participant ou le bénéficiaire.

La prescription est fixée à dix ans pour le risque décès si le bénéficiaire n'est pas le participant et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant en cas de décès de celui-ci.

La prescription est fixée à cinq ans pour l'incapacité temporaire de travail.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription conformément aux articles 2240 et suivants du Code civil :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- la demande en justice, même en référé,
- un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception lorsque l'IPSEC s'adresse à la collectivité adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique lorsque le participant ou le bénéficiaire s'adresse à l'IPSEC en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 27 - Appréciation du risque et fausse déclaration intentionnelle

Les déclarations faites, tant par la collectivité adhérente que par le participant, servent de base à la détermination des conditions de la garantie. L'IPSEC se réserve la possibilité de demander à la collectivité adhérente ou au participant de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits tant au moment de la souscription, du versement des cotisations qu'au moment du versement des prestations.

Dans tous les cas, l'IPSEC n'est engagée que sur la base des éléments qui lui ont été communiqués par la collectivité adhérente ou le participant.

Conformément à l'article L.932-7 du Code de la Sécurité sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du participant, la garantie qui lui est accordée par l'IPSEC est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'IPSEC, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent acquises à l'IPSEC qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

L'IPSEC doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

ARTICLE 28 - Déchéance

Le bénéficiaire des garanties décès qui a été condamné judiciairement pour avoir donné volontairement la mort au participant est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

Le participant ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences de celui-ci,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'IPSEC.

ARTICLE 29 - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme – Gel des avoirs – Lutte contre la corruption sanctions économiques et financières

Comme tout organisme d'assurances, l'IPSEC est tenue au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, aux mesures de gel des avoirs, à la lutte contre la corruption ainsi qu'au respect des sanctions économiques et financières.

A ce titre, l'IPSEC a l'obligation de recueillir des informations afin d'identifier et de connaître la collectivité adhérente, les participant, les bénéficiaires ainsi que toute personne à laquelle elle serait amenée à verser les prestations. Les informations recueillies doivent permettre à l'IPSEC de respecter les obligations auxquelles elle est soumise.

ARTICLE 30 - Confidentialité

L'IPSEC et chaque collectivité adhérente sont tenus l'une envers l'autre de préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'IPSEC est tenue envers chaque collectivité adhérente de conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

ARTICLE 31 - Secret professionnel

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

ARTICLE 32 - Règlement général sur la protection des données (RGPD)

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le participant et les ayants droit sont informés par l'« IPSEC », ci-après désigné Malakoff Humanis, en qualité de responsable de traitement, sur les données personnelles de la personne assurée et ses ayants droit identifiées et décrites ci-dessous :

Détails des données :	Finalités des données	Catégorie de destinataires des données :	Durée de conservation des données :
	Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données de le participant et celles de ses ayants droit dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :		
- Données d'identification - Données relatives à la situation familiale, à la vie personnelle, la santé du participant - Données économique, patrimoniale et financière, professionnelle - Données relatives à l'appréciation du risque	- La souscription, la gestion, y compris commerciale, la passation et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe - L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que le participant et ses ayants droit expriment - La gestion des avis du participant et de ses ayants droit sur les produits, services ou contenus que Malakoff Humanis ou ses partenaires proposent - L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux - L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques qui permettent de s'assurer de la non réidentification du participant - L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du	- Les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données - Les sous-traitants éventuels - Les délégataires de gestion - Les intermédiaires d'assurance - Les réassureurs et coassureurs - Les organismes professionnels habilités - Les partenaires - Les sociétés extérieures	Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction : - des finalités pour lesquelles les données sont collectées - de la durée de la relation contractuelle et de la typologie de contrat - des obligations légales de Malakoff Humanis - des prescriptions légales et réglementaires applicables de conservation

	terrorisme et à la lutte contre la fraude, qui peuvent conduire à l'inscription du participant sur une liste de personnes qui présentent un risque de fraude, et qui incluent un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) - La proposition au participant et ses ayants droit de produits, de services et/ou d'outils qui permettent de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis et ses partenaires. - La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du participant et de ses ayants droit		
Données relatives à la santé du participant : le Numéro de Sécurité sociale (le « NIR ») et celui de ses ayants droit	La passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale	- Le Service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical de Malakoff Humanis - Acteurs de la protection sociale conformément à la liste fournie à l'article 2.A.1°) du Décret n° 2019-341 du 19 avril 2019	

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données personnelles du participant et des ayants droit ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Hormis les traitements nécessaires aux fins d'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du participant et de ses ayants droit est recueilli pour permettre le traitement des données personnelles de santé.

A ce titre, les données personnelles relatives à la santé du participant et celles de ses ayants droit sont traitées dans des conditions :

- **(1) garantissant un niveau de sécurité et de confidentialité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées appropriées adapté au risque présenté par le traitement des données du participant et de ses ayants droit**
- **et permettant (2) de notifier la CNIL dans le délai prévu après la découverte d'une violation de données personnelles et (2.1) d'informer le participant dans les meilleurs délais si cette violation représente un risque pour ses droits et libertés.**

Si les données personnelles du participant et de ses ayants droit venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et qui ne présente pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, à la protection du transfert de données par des garanties appropriées ainsi qu'au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Le participant et ses ayants droit disposent de droits prévus par le RGPD (d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition à la prospection commerciale, et de portabilité de leurs données) qu'ils peuvent exercer :

- via le site internet Malakoff Humanis dans l'onglet dédié « Exercer mes droits »
- par mail à dpo@malakoffhumanis.com
- ou
- par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9

Le participant et ses ayants droit peuvent formuler une réclamation auprès de la CNIL, et s'opposer au démarchage téléphonique en suivant les démarches distinctes indiquées dans la Politique de protection de l'IPSEC (www.ipsecprev.fr/assures/protection-de-vos-donnees).

ARTICLE 33 - Autorité de contrôle

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

ACPR
4 Place de Budapest
CS 92459
75436 PARIS Cedex 09